

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07614026

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FMS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 9.955/94)



ABRIL 2015

ASSINATURA DO PORTADOR

COBRANÇA



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

XONE
MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

FILIAÇÃO
ANTONIO REIS DE LUCENA
AMALIA GONÇALVES DE LUCENA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
27/11/1980

RG
2543454 - SSP/PB

CPF
000.705.384-37

SESSÃO DE ORÇÃO E TESSIDOR
NÃO

VIA
EXPERIÊNCIA EM

DATA
09/09/2015

Odor Bezerra Cavalcanti Sobrinho
ODOR BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

21734

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009705364 / 137, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cleussom Wagner Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.940.974 / 21

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cleussom Wagner Pereira de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.940.974 / 21, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Prof. Oswaldo de M. Pereira</u>	Número: <u>860</u>	Complemento: <u>Sala 206/207</u>
Bairro: <u>Brasão</u>	Cidade: <u>Jacó Pereira</u>	Estado: <u>PIB</u>
E-mail: <u>marceloliveira.adv@gmail.com</u>	CEP: <u>581033-410</u>	Tel.(DDD): <u>1631986344569</u>

Local e Data: Jacó Pereira 20/01/2021

Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS DE NASCIMENTO 18/02/94

NOME DA MÃE MARIA ELIZABETH PEREIRA DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.207.477

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 01/12/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:14

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 00.9 + T 01.9 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de queda, conduzido pelos Bombeiros, apresentando ferimento na cabeça com perda da consciência após um ônibus ter derrubado um poste e com a queda de fios, atingiram o paciente que transitava à pé na localidade, queixando-se de dor na cabeça e braço E + ferimento corto-contuso em região occipital + edema e dor em braço E, abrasões em parede abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX do tórax - AP

RX do braço E - AP e P

USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Sem alteração à TC, USG e aos RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

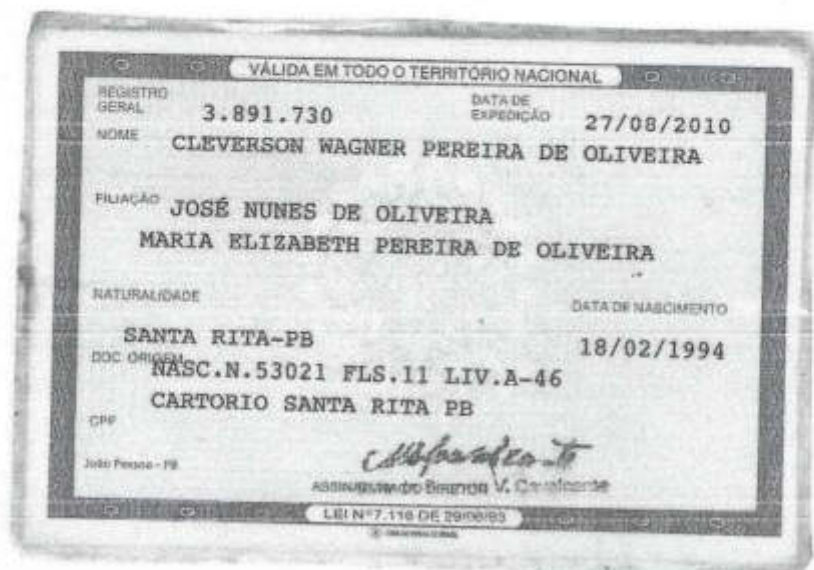
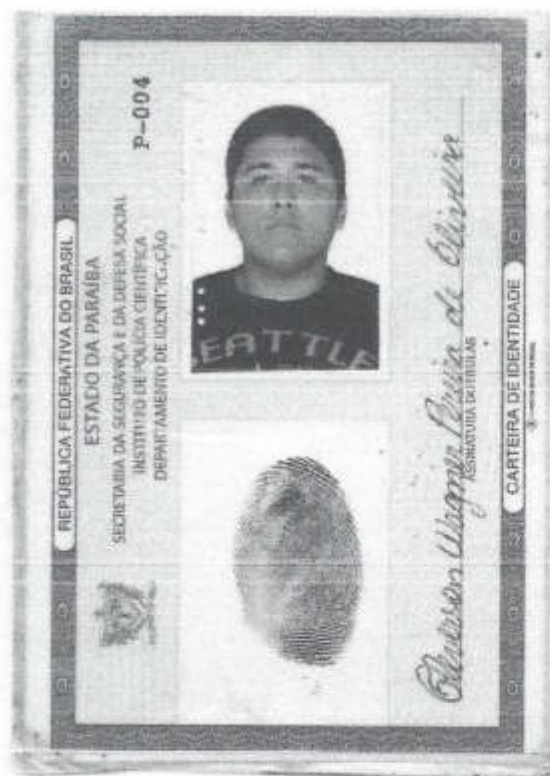
ALTA HOSPITALAR: 02/12/19

DATA DA EMISSÃO: 06/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1207477



Identificação do paciente					
ID 1462616	Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA				Sexo Masculino
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25 anos 9 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA	Pai JOSE NUNES DE OLIVEIRA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)				
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3891730	Nº Cns 704101621665050			
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICÍPIO				UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58301565	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO		
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR			
Admissão					
Data e Hora 01/12/2019 20:14:23	Número da pulseira 100007185860				Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []					
Dados clínicos					
<i> vítima de acidente de moto, epueto de, envolto pelo seu encosto de co cido</i>					
Diagnóstico					
CID					
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES					
Tempo 49seg					

Imprimir

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210143387 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 01/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE
FERIMENTOS MÚLTIPLOS

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Data de nascimento
18/02/1994

Mãe
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA

Endereço
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN

Acidente
OUTROS

Data/Hora Classificação
01/12/2019 20:14:23

BAE
1207477
Sexo
Masculino

Data/Hora Entrada
01/12/2019 20:14:23
CNS
704101621665050

Data Baixa
2019-12-02 00:34:44.0
Telefone de Contato
(83) 986069425
Prontuário

Bairro
POPULAR

Município
SANTA RITA
Profissional
RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
Data/Hora Prescrição
02/12/2019 00:34:55

UF
PB
Nº Cons. Regional
6700/PB

ANAMNESE

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS QUE INFORMAM TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA COM PERDA DA CONSCIÊNCIA APOS UM ÔNIBUS TER DERRUBADO UM POSTE E COM A QUEDA OS FIOS ATINGIRAM O PACIENTE QUE TRANSITAVA À PÉ NA LOCALIDADE. ENCONTRA-SE DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO, QUEIXANDO-SE DE DOR NA CABEÇA E BRAÇO ESQUERDO. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO, ABRASÕES EM PAREDE ABDOMINAL, TÓRAX E ABDOME: NDN. MOBILIDADE DO MSD E MMII PRESERVADA. CONDUTA: EXS. COMPLEMENTARES + PARECER DA NCR E ORTOPEDIA.
(01/12/2019 20:33:37-GILVANDO CARNEIRO LEAL)

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÊ-LO ATINGIDO, PÓS COLISÃO ÔNIBUS-POSTE. HÁ RELATO DE TER SIDO ATINGIDO POR FIO CONDUTOR DE ELETRICIDADE. AO EXAME: - GLASGOW 15 - SEM DÉFICIT MOTOR - AUSÊNCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO - LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO TCC: - PRESENÇA DE HEMATOMA SUBGALEAL - AUSÊNCIA DE LESÃO AXIAL - AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO, HEMATOMA O OUTRAS COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA
(01/12/2019 22:09:49-FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES)

#ORTOPEDIA#QUEDA DE PROPRIA ALTURA #DOR EM BRAÇO ESQ, SEM LIMITAÇÕES DE ADM # AO RX: SEM SINAIS DE FX OU LX #CD: TIPOIA + ALTA DA ORTOPEDIA
(02/12/2019 00:06:50-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES)

FAST NEGATIVO AUSENCIA DE PATOLOGIAS ABDOMINAIS JA SUTURA DE LESAO EM COURO CABELUDO ALTA DA NEURO E ORTOPEIDA CD: ALTA COM OIRENTACOES DE RETORNO EM CASO DE PIORA ATB E AINES
(02/12/2019 00:34:55-RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO)

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., CONTINUA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: 30 GTS/MIN)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

M79.6 - Dor em membro

S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário
RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO

Motivo de Alta

Data e Hora
02/12/2019 00:34:44
Observações:

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto
Urologia
CRM-PB 6700

PROCURAÇÃO

Outorgante: Cleverson Wagner Pereira de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão zelandor, residente e domiciliado à Rua João Francisco de Araújo, nº 33, bairro Popular, Município de Bayeux, Estado de(o) Pernambuco, Cep: 50300-000, portador(a) do Rg nº 3.891.730, SSP/ e CPF nº 107.940.974-21

Outorgado: Mercelo Antonio Rodrigues de Sousa, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Diagista, residente e domiciliado(a) à Rua Prof Osvaldo de Mendonça, nº 860, bairro Buxman, Município de João Pessoa, Estado de (o) Pernambuco, Cep: 50300-000, portador (a) do RG nº 21.734, SSP/ DAB PB e CPF nº 009.705.384-37

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cleverson Wagner Pereira de Oliveira, ocorrido em 01/12/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza Material

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Santa Rita, 14 de Abril de 2021



Cleverson Wagner Pereira de Oliveira
OUTORGANTE

CPF Nº 107.940.974-21

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Data de nascimento
18/02/1994

Mãe

MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA

Endereço

JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN

Acidente

OUTROS

Data/Hora Classificação

01/12/2019 20:14:23

BAE
1207477

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

01/12/2019 20:14:23

CNS

704101621665050

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 986069425

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional
9456/PB

Bairro
POPULAR

Município

SANTA RITA

Profissional

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Data/Hora Prescrição

02/12/2019 00:06:50

Motivo

ATROPELAMENTO

ANAMNESE

#ORTOPEDIA #QUEDA DE PROPRIA ALTURA #DOR EM BRAÇO ESQ, SEM LIMITAÇÕES DE ADM # AO RX: SEM SINAIS DE FX OU LX #CD: TIPOIA + ALTA DA ORTOPEDIA

Conduta

Em observação

Dr. Matheus Mozart
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9456
TEOT 15/18

Enfermeiro

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
(CRM: 9456/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116245/21

Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVE

CPF: 107.940.974-21

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: CLEVERSON WAGNER
PEREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA : 107.940.974-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/05/2021
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	BAE 1207477	Data/Hora Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25a 9m 14d	Sexo CNS	Telefone de Contato (83) 986069425
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA	Masculino 704101621665050		Prontuário
Endereço JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES	Nº Cons. Regional 5914/PB
Data/Hora Classificação 01/12/2019 20:14:23		Data/Hora Prescrição 01/12/2019 22:09:49	

ANAMNESE

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE
TÉ-LO ATINGIDO, PÓS COLISÃO ÔNIBUS-POSTE. HÁ RELATO DE TER SIDO ATINGIDO POR FIO CONDUTOR DE ELETRICIDADE. AO
EXAME: - GLASGOW/15 - SEM DÉFICIT MOTOR - AUSÊNCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO - LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO
TCC: - PRESENÇA DE HEMATOMA SUBGALEAL - AUSÊNCIA DE LESÃO AXIAL - AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO, HEMATOMA O OUTRAS
COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Neuton Magalhães
Neurocirurgião, Esp. em Dor
CRM: 59141 (CRM: 59141-5508)
FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES
(CRM: 59141)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210143387

Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 01/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/12/2019, emitida pelo Dr. MATHEUS MOZART, CRM nº 9456 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	BAE 1207477	Data/Hora Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25a 9m 13d	Sexo Masculino	CNS 704101621665050
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			Telefone de Contato (83) 986069425
Endereço JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	Prontuário
Acidente OUTROS	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	UF PB
Data/Hora Classificação 01/12/2019 20:14:23		Data/Hora Prescrição 01/12/2019 20:33:37	Nº Cons. Regional 2489/PB

ANAMNESE

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS QUE INFORMAM TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA COM PERDA DA CONSCIÊNCIA APÓS UM ÔNIBUS TER DERRUBADO UM POSTE E COM A QUEDA OS FIOS ATINGIRAM O PACIENTE QUE TRANSITAVA À PÉ NA LOCALIDADE. ENCONTRA-SE DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO, QUEIXANDO-SE DE DOR NA CABEÇA E BRAÇO ESQUERDO. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO, ABRASÕES EM PAREDE ABDOMINAL. TÓRAX E ABDOME: NDN. MOBILIDADE DO MSD E MMII PRESERVADA. CONDUTA: EXS. COMPLEMENTARES + PARECER DA NCR E ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., CONTINUA
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: 30 GTS/MIN)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO
ULTRASSONOGRAMA - FAST

CID10

M79.6 - Dor em membro
S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

107.940.974-21

4 - Nome completo da vítima:

Eliverson Wagner Pereira de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Eliverson Wagner Pereira de Oliveira

6 - CPF:

7 - Profissão:

3600

8 - Endereço:

Rua José Francisco do Baup

9 - Número:

33

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Populon

12 - Cidade:

Bayeux

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.300.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83) 986161655

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4915

CONTA:

2435

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), Informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pereira 05.04.2024

Eliverson Wagner Pereira de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Parecer Médico

Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clínica CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade 18min
		Permanência no Leito

Parecer médico	
Especialidade ORTOPEDIA	Profissional
Motivo da solicitação CONTUSÃO, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:54
Parecer	Data de Resposta:

Silvando Carneiro Leal
Cirurgia Geral - CRM 2499



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00174.01.2021.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00174.01.2021.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:40 horas do dia 15 de abril de 2021, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz Carlos Monteiro Guedes, matrícula 755796, e lavrado por AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO, Agente Operacional de Polícia Civil, matrícula 1880934, ao final assinado, compareceu **Cleverson Wagner Pereira de Oliveira**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Maria Elizabete Pereira de Oliveira e Jose Nunes de Oliveira, nascido(a) em 18/02/1994 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) R. João Francisco de Araujo, Nº 33, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Ginásio Renatão, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: R. João Francisco de Araujo, nº 33, Ginásio Renatão, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/04/21 09:42h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 01/12/2019 POR VOLTA DAS 07.30min DA MANHÃ, UM VEÍCULO ÔNIBUS DA EMPRESA SONHO DOURADO DE PREFIXO 0612, PLACA LKZ-2600 SANTA RITA -PB, MOTORISTA - JOSE MANOEL MARCELINO, TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDÊNCIA E BATEU EM UNS FIOS DE UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, QUE ESSES FIOS BATERAM NO DECLARANTE O ARRASTANDO POR VOLTA DE 40 À 50 METROS DE DISTÂNCIA LHE CAUSANDO VÁRIAS LESÕES, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA HUMBERTO LUCENA ONDE CHEGOU EM ESTADO GRAVÍSSIMO. QUE O DECLARANTE TEM POSSE DE LAUDO MÉDICO Nº 1.207.477, ONDE FOI SOLICITADO PELO DR. EWERTON NORONHA CRM 2516/PB VÁRIOS EXAMES. TENDO O DECLARANTE DUAS TESTEMUNHAS DO FATO OCORRIDO, SEJAM; MARCELO DOS RAMOS NASCIMENTO, RESIDENTE A RUA JOÃO FRANCISCO DE ARAUJO Nº10, E JOÃO JOSE DE SOUZA, RESIDENTE A RUA PARÁ Nº 333 NESTA CIDADE.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Santa Rita/PB, 15 de abril de 2021.


AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO
Agente Operacional de Polícia Civil


CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA
Noticiante



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	Idade 25A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1207477	Data de Entrada 01/12/2019 20:14:23	Data Internação
Convênio SUS	Leito	Clínica CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade 18min
		Permanência no Leito

Parecer médico

Especialidade NEURO CIRURGIA	Profissional
Motivo da solicitação FERIMENTO EM COURO CABELUDO + TCE COM PERDA DA CONSCIÊNCIA	Data da Solicitação: 01/12/2019 20:32:13
Parecer	Data de Resposta:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

107.940.974-21

4 - Nome completo da vítima:

Eliverson Wagner Pereira de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Eliverson Wagner Pereira de Oliveira

6 - CPF:

7 - Profissão:

36000

8 - Endereço:

Rua José Francisco do Baup

9 - Número:

33

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Populon

12 - Cidade:

Bayeux

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.300.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83) 986161655

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4915

CONTA:

2435

7

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), Informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

05.04.2024

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Itaú Banco Itaú S.A.

341-7

34191.98118 71179.000006 08139.686805 8 85910000005000

Local de pagamento

Pagável em qualquer agência bancária

Beneficiário **JACINTO SILVEIRA COSTA - 30.233.369/0001-05 | Boleto Fácil - 21.018.182/0001-06**

Vencimento

15/04/2021

Agência/Código Beneficiário

0655/46480-8

Nosso Número

198/11711790-8

Data Doc.

15/06/2020

Número Doc.

198

Espécie Doc.

R\$

Acelte

N

Quant. Moeda

Data Processamento

15/06/2020

(X) Valor

(=) Valor Documento

50,00

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário

Após vencimento não cobrar juros

Após vencimento não cobrar multa

de 15/03/2021 até 14/04/2021

Não receber pagamento em cheque - Pagamento processado por BoletoBancario.com

Pagador

1683 - CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA 107.940.974-21

Rua João Francisco de Araújo 33, 33 - Popular - Cidade: Santa Rita, CEP: 58301-565, UF: Estado da Paraíba

Sacador/ Avalista: 30.233.369/0001-05 - JACINTO SILVEIRA COSTA

FICHA DE COMPENSAÇÃO
— Autenticação Mecânica —





Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luís Carlos Berrê, 1370,
Ed. Eco Berrê
Cidade Marquês
CEP: 04571-600 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.556.157/0001-02
Insc. Est: 10003049113
http://www.vivo.com.br

Nome: MARCELO LUCENA ADVOGADOS
Endereço: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 880 AN 1 SL 204 BRISAMAR - 58035-410 -
JOAO PESSOA / PB
Código do cliente: 8999 9408 4351 DV: 0
Mês de referência: Abril/2021
Número da fatura: 1260404267-0 Tipo de cliente: Não residencial Estado de instalação: Paraíba
Número do telefone: 8330245895/8330349675
Data de emissão: 03/04/2021

21/04/2021
461,78

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet + Serviços Digitais e Técnicos	
VIVO Fibra 300 Mega Empresas 049	148,50
Serviços	
Outros Serviços	20,00
Serviços Solução TI	275,98
Telefone + Serviços Digitais e Técnicos	
Serviços Digitais	-
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Principal 0280	8,22
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Adicional 0280	6,67
Total	457,37
Ligações	
Ligações Locais Excedentes	0,00
Ligações Locais para Celular (VC1)	0,00
Ligações Nacionais de Longa Distância para Celular (VC2/VC3)	0,00
Total	0,00
Serviços Eventuais	
Resarcimento por interrupção do serviço de internet	-0,05
Encargos (Juros/Multa)	4,46
Total	4,41
TOTAL GERAL A PAGAR	461,78

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação	Fevereiro	Março	Abril
Minutos Locais Utilizados	11:00	41:30	85:30
Lig. Nac. Longa Distância	0	1:54	0
Lig. Locais Celular (VC1)	29:00	32:30	58:48
Lig. Nac. LDN: VC2/VC3	0	0	2:06

Vivo Valoriza

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Para informações detalhadas da sua conta
acesse o aplicativo Meu Vivo. O detalhamento
também está disponível em
www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado
impresso, de forma permanente ou não. Caso
ainda tenha dúvidas, ligue para nossa Central de
Relacionamento no 103 15. Pessoas com
necessidades especiais de fala/audição: 142.

Mensagem para você

Para atender a legislação do seu estado, queremos que
saiba que se você tiver uma conta dos serviços Vivo com
uma cobrança de multa de fidelidade de algum serviço que
você cancelou, a data do vencimento dessa conta será
adiada enquanto durar a situação de pandemia/calamidade
pública em sua região. Fique de olho! Os e-mails que a
Vivo utiliza para enviar a Conta Digital são sempre
terminados em "@vivo.com.br". Tenha cuidado com outros
remetentes, pois eles podem apresentar riscos.

Ser transparente é uma das nossas prioridades, por isso informamos que não existem débitos pendentes no seu contrato dos serviços Vivo Empresas, no período de 01/2020 a 12/2020. Esse comunicado é exclusivo para este contrato, não inclui quitações de parcelamentos de contas, serviços prestados e não faturados, débitos discutidos judicial e administrativamente, de cobranças de serviços de outras operadoras que ocorreram na sua conta Vivo, entre outras que não estejam mencionadas na Lei 12.007/2009.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O resarcimento por inoperância é realizado em conformidade com a Resolução Para STFC artigo 32º da Resolução Anatel nº 456/2005, para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007, Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(147) P.J. BL / 123 / Vivo Fibra 300 Mega Empresas (238) PA139 Ilimitados Locais Empresas PA140 Ilimitados Longa Distância Empresas

Destaque Águia

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente MARCELO LUCENA ADVOGADOS			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9408 4351	Código para Cadastramento de Débito Automático 899994084351-0	Número da Fatura 1260404267-0	Data de Vencimento 21/04/2021	Valor a Pagar (R\$) 461,78
 				