

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA NERIS BATISTA**

Nº Sinistro: **3180034977**

Vitima: **MARIA NERIS BATISTA**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180034977**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12268695



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA NERIS BATISTA**

Sinistro: **3180034977**

Vítima: **MARIA NERIS BATISTA**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180034977** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12373259

A/C: MARIA NERIS BATISTA

Nº Sinistro: 3180034977
Vítima: MARIA NERIS BATISTA
Data do Acidente: 15/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA NERIS BATISTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000521-5

Conta: 000005366-X

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

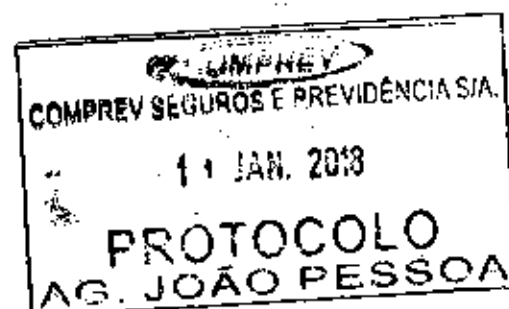
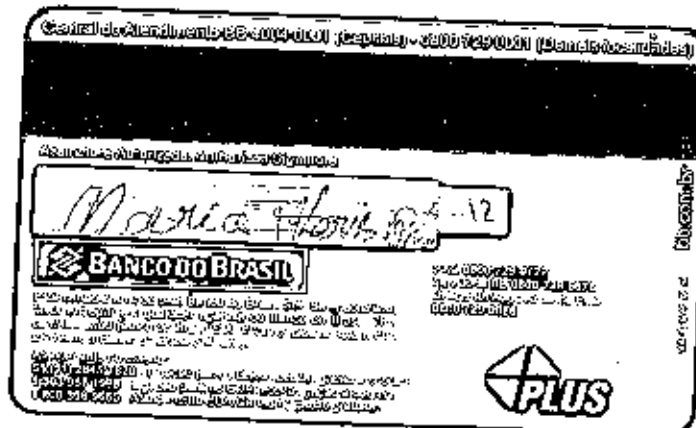
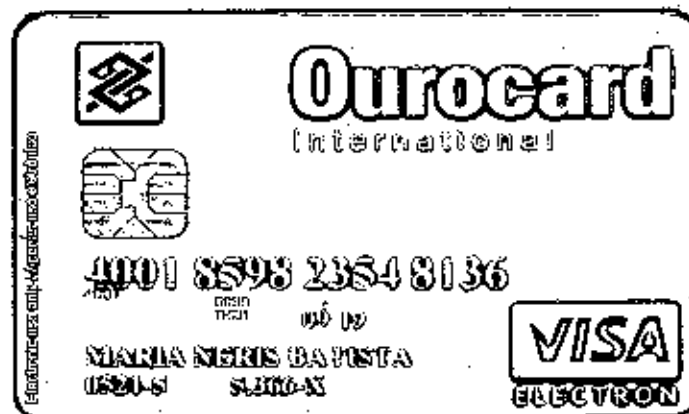
Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 139.500.884-15	Nome completo da vítima MARIA MERIS BATISTA
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL				
Nome completo MARIA MERIS BATISTA	CPF (titular da conta) 139.500.884-15	Profissão APOSENTADA		
Endereço RUA TERESIO OLIVEIRA LEO	Número 1005	Complemento		
Bairro JARDIM SANTA ROSA	Cidade POMBAL	Estado PB	CEP 58.840-000	
E-mail T.ENERTON@HOTMAIL.COM	Telefone (DDD) (183) 94900 0530			
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.				

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO BANCO DO BRASIL NRG AGENCIA 0521 DVV CONTA 5366 DVV (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

POMBAL - PB 26 de DEZEMBRO de 2015 Local e Data Maria Meris Batista Campo 1 - Assinatura do Beneficiário	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 11 JAN. 2016 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal PROTOCOLADO AG. JOÃO PESSOA
--	--





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn. Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 904/2017

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **15/10/2017** – Horário: **10h 00min**

Local do ocorrido: **via pública, proximo a Carvalhada, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **28/12/2017 - 14h 57min**

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1º DE 2017

COMUNICANTE: MARIA NERIS BATISTA, alcunha //; **Filiação:** Maria das Dores Oliveira;
Profissão: aposentada; **Estado Civil:** viuva; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 12/01/1948; **Endereço Residencial:** Rua Teodosio de Oliveira Ledo, 1005, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 279.730 - SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA BIZ, placa QFN5770/PB, NIV 9C2JC7000HR00988, cor VERMELHA, ano 2017, licenciado (a) em nome de FRANCISCA ARIANA BATISTA ALVES, quando caiu ao chão devido a uma derrapagem do pneu dianteiro; Que fora socorrido(a) por/pelo Corpo de Bombeiro e levado (a) para o hospital local; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fraturas na perna, pé, tornozelo e ombro; Que apresenta como testemunha deste fato: Plabo Gil da Silva Nascimento, residente no(a) Rua Teodosio de Oliveira Ledo, 1001, Pombal e Janailton Sousa Silva, residente no(a) Rua Teodosio de Oliveira Ledo, 116, Pombal/PB; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal - PB, 28 de dezembro de 2017.

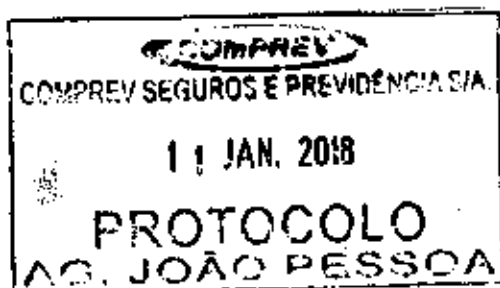
AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Jose Aroldo Assis de Queiroga

COMUNICANTE: Maria Neris Batista

Testemunha: Plabo Gil da Silva Nascimento

Testemunha: Janailton de Sousa Silva

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1º DE 2017



Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia

156597-9



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC OPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: MARIA MERIS BATISTA CPF da Vítima: 139.500.884-15 Data do Acidente: 15/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

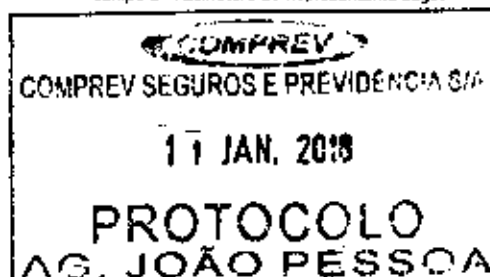
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bomaz - PB, 26 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

x Maria Meris Batista
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

04/10/2018 10:03:07





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3**

VISTO

Everson Caldeira da Cruz
Comandante do CBM/6ºBBM

Mat. 524.357-2

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 024/2017

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 09h05min do dia 15 de outubro do ano de dois mil e dezessete, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência tipo queda de moto, ocorrido em via pública, no bairro das Carvalhadas próximo a Subestação da Energisa.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 09h05min#####

RELATO DO EVENTO: Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate dos Bombeiros se deparou com a vítima, a Senhora **MARIA NERIS BATISTA**, em decúbito dorsal em local distante da queda. Queixava-se de dores no ombro. A vítima foi estabilizada e conduzida ao Hospital Regional de Pombal, ficando a mesma aos cuidados do médico plantonista.
#####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUE#####

SOCORRISTAS: SD 527.439-7 **ALISSON RENAN SILVA DE MENEZES**
SD 526.065-5 **LEANDRO GALDINO AMORIM**

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: **TARCÍSIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA** –
RG: 2858545 SSP/PB.

Pombal, 30 de outubro de 2017.

Jardel Alves Leite 1º TEN QOBM
Matr. 526.054-1
ANTÔNIO ANDERSON LUCENA – 2º TEN QOBM

Chefe da B/3 da 2ª CBM/6ºBBM
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA NERIS BATISTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00521-5

CONTA: 000000005366-X

Nr. da Autenticação 485C50CE7A73EE93

MARIA NERIS BATISTA
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LEO, 1005 - JO 5ª ROSA
POVSAL / PE CEP: 56943000 (AG: 227)

Emissão: 09/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classif/Subclif: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R220, Km 25 - Cód. Redutor: João Pessoa / PB - CEP 58011-690
Rotelr: 2 - 227 - 30 - 8120 Nº medidor: 0000224435

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.685.162/0001-40 Ins. Est. 16.015.923-0

Selo Fiscal: Demodo Energia Elétrica / FCKQ 000 449
Cód. para D.F.A. Autenticação: 0000123544

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	06/12/2017	05/01/2018	13950088415 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/12364-6

Canal de contato
Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender.
Nunca emende, puxe perto dos fios da rede elétrica e não os
tore. Caso tiverem pregados na rede, E toda de usar fios
metálicos para empurrar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Blas
Data 07/11/17	Leitura 0102	Data 08/12/17	Leitura 0255	

Demonstrativo									
Cód	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base (R\$)	Alc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Fat (R\$)	Celula (R\$)	
0001	Consumo em kWh	87,000	0,701990	61,08	61,08	25	15,27	61,08	0,69
0001	Adc. B. Vermeles			5,89	5,89	25	1,41	5,89	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,90	0,00	0	0,00	0,90	0,00
0001	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 12/2017			5,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Cód. Códigos de Classificação do item TOTAL: 79,52 88,72 16,59 88,72 0,58 2,48

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
81 **01/01/2018** **R\$ 78,52**

Histórico de Consumo (kWh)											
103	73	73	64	88	81	73	72	104	93	87	85
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Ma/17	Abr/17	Mar/17	Fe/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AO FISCO
a530.535b.1010.d2b9.b20f.1473.e111.dd90.

Indicadores de Qualidade 10/2017 - Paraíba			
Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)	
RIC MENSAL	5,91	NOMINAL	270
RIC TRIMESTRAL	11,82		
RIC ANUAL	23,64		
RIC MENSAL	3,42	CONTRATADA	207
RIC TRIMESTRAL	8,85		
RIC ANUAL	13,19		
DATA	3,48	LIMITE SUPERIOR	221
DATA	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	16,87	21,61
Compra de Energia	22,75	28,97
Serviço de Transmissão	2,61	3,32
Encargos Setoriais	4,70	5,99
Impostos Diretos Encargos	79,49	100,74
Outros Serviços	5,00	6,37
Total	78,52	100,00

Valor de EUSO (Ref. 10/2017) R\$ 19,25

ATENÇÃO

Contato Serviço: HOSP. NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 2505-8771
- O cancelamento de cobrança do comércio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora

Faturas em atraso

Comprovante de residência



PARAIBA
ENERGISA
Rotelr: 2 - 227 - 30 - 8120
Medição: 12364-2017-12-3
VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
01/01/2018 **R\$ 78,52**
83650000000-2 78520054000-9 00123642017-8 12300227019-7



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MARIA NERIS BATISTA
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LEO, 1005 - JO 5ª ROSA
POVSAL / PE CEP: 56943000 (AG: 227)

Emissão: 09/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classif/Subclif: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R220, Km 25 - Cód. Redutor: João Pessoa / PB - CEP 58011-690
Rotador: 2 - 227 - 30 - 8120 Nº medidor: 0000224435

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.685.162/0001-40 Ins. Est. 16.015.923-0

Selo Fiscal: Demodo Energia Elétrica / FCKQ 000 449
Cód. para D.F.A. Autenticação: 0000123544

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	06/12/2017	05/01/2018	13950088415 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/12364-6**

Canal de contato
Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender.
Nunca emende, puxe perto dos fios da rede elétrica e não os
trabalhe caso fiquem presas na rede. E toda de usar fios
metálicos para empurrar plugues. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Blas
Data 07/11/17	Leitura 0100	Data 08/12/17	Leitura 0255	

Demonstrativo									
Cód	Descrição	Quantidade	Taxa de	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. (R\$)
0001	Consumo em kWh	87,000	0,701990	61,08	81,08	25	15,27	61,08	0,69
0001	Adic. B. Vermeles			5,89	5,89	25	1,47	5,89	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0001	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 12/2017			5,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Cód. Códigos de Classificação do Item TOTAL: 79,52 88,72 16,59 88,72 0,58 2,48

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
81 **01/01/2018** **R\$ 78,52**

Histórico de Consumo (kWh)											
103	73	73	64	88	81	73	72	104	93	87	85
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AO FISCO
a530.535b.1010.d2b9.b20f.1473.e111.dd90.

Indicadores de Qualidade 10/2017 - Paraíba				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
RIC MENSAL	5,91	NOMINAL 270		Serviço de Dist. de Energia PB	18,87	21,84
RIC TRIMESTRAL	11,82			Compra de Energia	22,75	28,97
RIC ANUAL	23,64			Serviço de Transmissão	2,61	3,32
RIC MENSAL	3,42	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 207 LIMITE SUPERIOR 270		Encargos Setoriais	4,70	5,99
RIC TRIMESTRAL	8,55			Impostos Diretos e Encargos	78,48	99,74
RIC ANUAL	13,79			Outros Serviços	5,00	6,37
DATA	3,48			Total	78,52	100,00
DIÁRIO	12,22					

Valor de EUSO (Ref. 10/2017) R\$ 19,25

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Contato Serviço: HOSP. NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 2505-8771
- O cancelamento de cobrança do comércio é a emissão da fatura sem estas cobranças
podem ser cobradas a qualquer momento na distribuidora

Comprovante de residência



PARAIBA
energisa
Rotador: 2 - 227 - 30 - 8120
Medição: 12364-2017-12-3
VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
01/01/2018 **R\$ 78,52**
83650000000-2 78520054000-9 00123642017-8 12300227019-7



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** 7871

Pag. 001 de 002

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 21.12.2017

Vencimento:
05/12/2017



CTC RECIFE PE PL7

TARCISIO E P OLIVEI
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101
CENTRO
58840-000 POMBAL - PB

Atenção:

Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 78,70. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:

R\$ 936,13

Pagamento mínimo: (1)

R\$ 140,42

Pagamento parcelado: (2)

ENTRADA 92,16

+23X 92,12

(1) O pagamento mínimo inclui as parcelas de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso exista.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 92,16 - CET 200,36%a.a.). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que resta devida neste mês contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os valores mínimos de parcelação e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelasufatura, procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$ 936,13
Saldo convertido - R\$ 0,00
Total da fatura - R\$ 936,13

> Resumo em Real

Saldo anterior 454,32
Pagamentos/Créditos -454,32
Compras/Débitos 936,13
Saldo - R\$ 936,13
Saldo parcelado 1.330
faturas futuras

> Resumo em Dólar

Compras/Saques 0,00
Outros débitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1. A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF
Retiradas e uso do limite de crédito rotativo 0,00
Encargos
Retiradas na função crédito 0,00
Uso do limite de crédito rotativo 0,00

> Limites

Total para transação à vista 2.712
Saques (incluído no total transação à vista) 2.712
Total para transações parceladas 0
Credenciário 11.473

Consulte seus limites disponíveis, acesse www.bb.com.br

> Ponto pra Você/Livelo

21.11.201 7644

Consulte pontos a prescrever e saldo atual:
- Caixas Eletrônicas; Ponto pra Você - Prog Recompensas;
- Internet; Ponto pra Você - Dem. Acum. Pontos;
- Aplicativo BB no mobile; Ponto pra Você - Dem. Acum. Pontos

> Encargos Financeiros

1 2
Crédito Rotativo 9,89 9,89
Crédito Parcelado 9,30 9,30
Juros de mora 1,00 1,00
Multas por atraso 2,00 2,00
1 - Para o período - % ao mês
2 - Mensuras para o próximo período - % ao mês

> Tarifas

Consulte as tarifas de seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sítios hospedados fora do Brasil.

> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxas ao Mês (%)	Taxas ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo Saques ¹	9,89	210,09	0,38	0,0082	224,19
Parcelado administradora ²	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,63
Pagamento de Contas (parcelado) ^{3,4}	7,40	135,53	0,38	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeitas a alterações para o próximo período. Para clientes que aderirem ao pacote BOMPRATODOS, a taxa de crédito do rotativo e saque Brasil será de 15,60% ao mês, CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.

2 - Resultado da incidência da Taxa ao mês, IOF Adicional e IOF Diário projetado para o período de um ano.

3 - Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de dúvida, consulte a Central de Atendimento BB.

4 - Os serviços não estão disponíveis para clientes não-comerciais do Banco do Brasil.

Obs.: Tarifa de Saque: R\$ 8,00 por saque. Tarifa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

BANCO DO BRASIL

001-9

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP TARCISIO E P OLIVEI - CPF 064.153.474.46
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101 - CENTRO - 58840-000 - POMBAL - PB

Sacador / Avalista

Nosso Número

000000000074489694

Nº do documento

Data de Vencimento

05/12/2017

Valor Documento

936,13

Valor Pago

Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ/Endereço
Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed. Sede 1 - 2ºss - 70073-900 Brasília (DF)

Agência / Código do Beneficiário
4700-7 31027-91-10-9

Autenticação Mecânica

BANCO DO BRASIL

001-9

Local de Pagamento

Pagável em qualquer banco até o vencimento

Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ/Endereço

Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed. Sede 1 - 2ºss - 70073-900 Brasília (DF)

Data do documento

22/11/2017

Nº do documento

Uso do Banco

Carteira

66

Espécie

R\$

Quantidade

X

Valor

Informações de responsabilidade do Beneficiário

O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/ PARCELA SUA FATURA, NOS CAIXAS ELETRÔNICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.

Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

TARCISIO E P OLIVEI - CPF 064.153.474.46
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101 - CENTRO - 58840-000 - POMBAL - PB

Sacador / Avalista



Cartão
Ourocard Visa
Nº 4984 **** 7871

Pág. 001 de 002

Vencimento:
05/12/2017



CTC RECIFE PE PL7

TARCISIO E P OLIVEI
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101
CENTRO
58840-000 POMBAL - PB

> **Atenção:**

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 78,70. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:

R\$ **936,13**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **140,42**

Pagamento parcelado: (2)

ENTRADA 92,16
+23X 92,12



7213195089238100000001030530241117

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançadas nesta fatura, caso exista.
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 92,16 - CET 200,20% a.a.). Se você parcelar parcelamentos anteriores, a mensalidade que será debitada neste mês contém o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelamento, procure um caixa eletrônico ou ligue para a Central Atendimento do Banco do Brasil.

> **Total da Fatura**

Saldo - R\$ **936,13**
Saldo convertido - R\$ **0,00**
Total da fatura - R\$ **936,13**

> **Resumo em Real**

Saldo anterior **454,32**
Pagamentos/Créditos **- 454,32**
Compras/Débitos **936,13**
Saldo - R\$ **936,13**
Saldo parcelado **1,330**
faturas futuras

> **Resumo em Dólar**

Compras/Saques **0,00**
Outros débitos **0,00**
Créditos **0,00**
Saldo atual - US\$ **0,00**
Taxa de conversão **0,0000**
Saldo convertido - R\$ **0,00**

1. A verificação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> **IOF e Encargos nesta Fatura**

IOF
Retiradas o uso do limite de crédito rotativo **0,00**
Encargos
Retiradas na função crédito **0,00**
Uso do limite de crédito rotativo **0,00**

> **Limites**

Total para transação à vista **2.712**
Saques (incluído no total transação à vista) **2.712**
Total para transações parceladas **0**
Credenciário **11.473**

Consulte seus limites disponíveis, acesse: www.bb.com.br

> **Ponto pra Você/Livelo**

21.11.201

Consulte pontos a prescrever e saldo atual:
- caixas eletrônicas: Ponto pra Você - Prog. Recompensas.
- Internet: Ponto pra Você - Dem. Acum. Pontos.
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você - Dem. Acum. Pontos.

> **Encargos Financeiros**

	1	2
Crédito Rotativo	9,89	9,89
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período - % ao mês.
2 - Máxima para o próximo período - % ao mês.

> **Tarifas**

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> **Uso no Exterior**

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

> **Custo Efetivo Total (CET)**

Serviços	Taxas ao Mês (%)	Taxas ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo Saques ¹	9,89	210,09	0,38	0,0082	224,19
Parcelado administradora ²	9,30	180,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado) ^{3,4}	7,40	135,53	0,38	0,0082	137,36

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeitas a alterações para o próximo período. Para clientes que aderirem ao pacote BOMPRATODOS, a taxa de crédito rotativo a qual o Brasil será de 10,80% ao mês, CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2 - Resultado de incidência de Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário projetado para o período de um ano.
3 - Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de dúvidas, consulte a Central de Atendimento BB.
4 - Os serviços não estão disponíveis para clientes não-convencionalizados do Banco do Brasil.
Ceto: Taxa de Saques: R\$ 0,00 por evento. Taxa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

BANCO DO BRASIL

001-9

Nome do Pagador / CPF / CNPJ / Endereço / Cidade / UF / CEP TARCISIO E P OLIVEI - CPF 054.153.474.46
RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101 - CENTRO - 58840-000 - POMBAL - PB

Sacador / Avalista

Nosso Número

000000000074489694

Nº do documento

Data de Vencimento

05/12/2017

Valor Documento

936,13

Valor Pago

Nome do Beneficiário / CPF / CNPJ / Endereço

Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Agência / Código do Beneficiário

4700-7 31027-91-10-9

Autenticação Mecânica

BOMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

BANCO DO BRASIL

001-9

11 JAN. 2018

Local de Pagamento

Pagável em qualquer banco até o vencimento

Nome do Beneficiário / CPF / CNPJ / Endereço

Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd. 01 - SIA lote 31 Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Data do documento

22/11/2017

Nº do documento

000000000074489694

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Ed. Sede 1 - 2º andar - 70073-900 Brasília (DF)

Uso do Banco

Carteira

66

Espécie

R\$

Quantidade

X

Valor

936,13

Informações de responsabilidade do Beneficiário

O CAMPO VALOR DO DOCUMENTO ESTA PREENCHIDO COM O TOTAL DESTA FATURA. VOCÊ PODE UTILIZAR O MESMO BOLETO PARA PAGAMENTO DE VALOR MENOR OU OPTAR PELO PARCELAMENTO, PAGANDO O VALOR DE ENTRADA INFORMADO NESTA FATURA. CONHEÇA OUTROS PLANOS DE PARCELAMENTO NO SITE BB.COM.BR/ PARCELESUA FATURA. NOS CAIXAS ELETRONICOS OU LIGUE PARA 0800 729 0001.

Nome do Pagador / CPF / CNPJ / Endereço / Cidade / UF / CEP

TARCISIO E P OLIVEI - CPF 054.153.474.46

RUA DOMINGOS DE MEDEIROS 115 AP101 - CENTRO - 58840-000 - POMBAL - PB

Sacador / Avalista



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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 SUSEP¹ 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu TARCÍSIO ENERTON PEREIRA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o nº 064.153.474, 46 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA NERIS BATISTA inscrito (a) no CPF sob o nº 139.500.884, 15 do sinistro de DPVAT cobertura 1MYA1DEZ da Vítima MARIA NERIS BATISTA inscrito (a) no CPF sob o nº 139.500.884, 15 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.

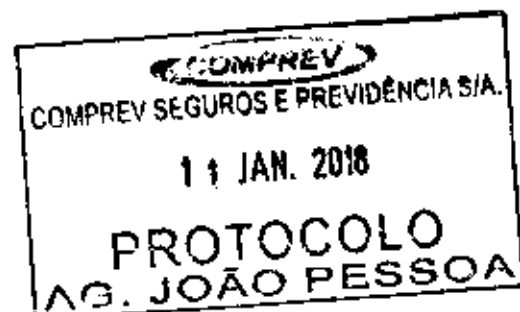
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Domingos de Medeiros</u>		Número <u>115</u>	Complemento <u>APT° 101</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>POMBAL</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58.840-000</u>
Email <u>T.ENERTON@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD) <u>-</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99900 0530</u>

POMBAL - PB 26 de DEZEMBRO de 2017
Local e Data

Tarcísio Enerton Pereira Oliveira
Assinatura do Declarante

RECIBO DA SUSEP 0012



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANÇISCA ARIANA BATISTA ALVES,
RG nº 291290, data de expedição 02.10.2001, Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 048.548.154-50, com Domicílio na
cidade de POMBAL, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA EDSON OLIVEIRA LEAO,
nº 1005, complemento, JO SANTA ROSA, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima MARIA NERLI BATISTA,
cujo o condutor era MARIA NERLI BATISTA.

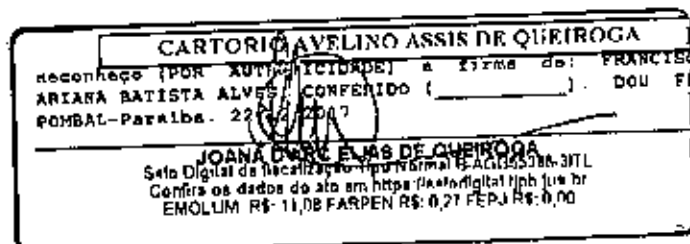
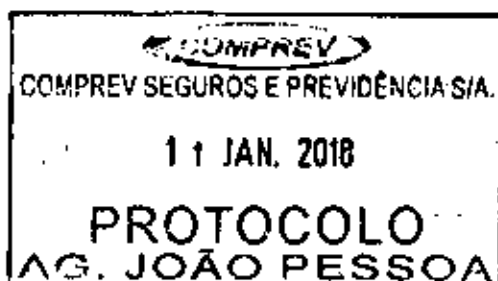
Veículo: MOTONETA
Ano: 2017
Modelo: BIZ 110 I
Placa: QFN 5704/PB
Chassi: 9C2JC7000HR500988
Data do acidente: 15/10/2017

Declaração do proprietário do veículo



Local e data: POMBAL - PB, 22 DE DEZEMBRO DE 2017.

X Francisca Ariana Batista Alves
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: ☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA
LEITO: _____

FERMARIA: _____

OME: MARIA NERIS BATISTA DATA DE NASCIMENTO: 12/01/48 IDADE: 69 SEXO: M

R: _____ PROFISSÃO: APOSENTADA

IME DA MÃE: MARIA DAS DORES OLIVEIRA RG/CNH: 279.730

RTÃO DO SUS: 704 1072 7063 0050 ENDEREÇO: R: TEODOSIO DE OLIVEIRA LIDO

UNICÍPIO: POMBAL DATA DE ATEND.: 15/10/17

TADO: PR CEP: 58.440.000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____

PREV: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

JEIXAS: _____

EDICAÇÃO EM USO: _____

ÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

VALIARTE VITIMA 75 QUANT 2 MORTES 40 E 2
MORTES COM 70A EM QUADROS E TUA (D)
DO EXAMINAR POR, CROMA E VIMITIMOS 2: 17M 75
TUA (D)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: _____

TIPOS: Requiro / Re TUA

RESULTADOS: Exames e exames 101

EXERCÍCIO MÉDICO MATERIAL UNIDADE: _____

1° 71mm 50 160 111

2° 71mm 30 111

3° 71mm 14

4° _____

5° _____

6° _____

7° _____

8° _____

9° _____

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CREMEPE 23411 (CRM-PR 3081)

Documentação médico - hospital



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2018
PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

Patologia Trz (D)

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- ☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- ☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- ☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- ☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- ☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- ☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- ☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- ☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
- ☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0304060400	22	2	20	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

DU DO LEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
11 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	279.730 - 2ª VIA
NOME	MARIA NERIS BATISTA
FILIAÇÃO	MARIA DAS DORES OLIVEIRA
NATURALIDADE	POMBAL-PB
DOC. ORIGINAL	CERT. NASC. Nº 96310 - LIVA-111 - FLS. 30 - CARTÓRIO POMBAL-PB
DATA DE NASCIMENTO	12/07/1948
CNPJ	138.520.884-16

[Signature]
 MARIA NERIS BATISTA
 12/07/2015 20:00:00

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 11 JAN. 2018
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.105

Tarciso Ewerton Pereira Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA PAZ
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

CPF

064.153.474-46

TARCISO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

22/05/1987

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL - NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME: TARCISO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

RA: Francisco da Silva Oliveira

Matrão do Socorro Pereira Oliveira

FE: 22-05-1987

LOCAL: Pombal-PB

CPF: 064.153.474-46

Cartão Nº. 20.873, Fls. 88v. 11v. A-20

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 11.150 DE 1993

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

05/2/2008

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012974254103
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA - COD RENAVAM - EXERCÍCIO
1116013980 - 03175 - 2017

PLACA ANTUF - CHASSI - PLACA
04854815450 - 04854815450 - 04854815450

ESPÉCIE TIPO - COMBUSTÍVEL
HONDA/BIZ 1101 - GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOD
HONDA/BIZ 1101 - 2017 - 2017

CAP/PTCIL - CATEGORIA - PARTIAL - VENC. COPIA UNICA
1116013980 - 1116013980 - 1116013980

COTA UNICA - VENC. COPIA UNICA
1116013980 - 1116013980 - 1116013980

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IDF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 1116013980 - 1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

PARCELAMENTO (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
1116013980 - 11/05/2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIAGEM PRESTRE OUPOROSOS CARGA A PESSOA

PB Nº 012974254103 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO DO BILHETE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 11/05/2017

PLACA GEN5104/PB

CPF/CNPJ 04854815450

MARCA/MODELO HONDA/BIZ 1101

RENAVAM 0116013980

Nº CHASSI 9C2JJC7000HRS09988

ANO FAB 2017

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

1116013980 1116013980 1116013980

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEGURO DPVAT (R\$)

1116013980 1116013980 1116013980

DATA DE QUITAÇÃO 09/05/2017

PAGAMENTO PARCELADO

CGTA UNICA

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

11436-0827056-20170511

OUT



1102-008

9

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA NERIS BATISTA** Sinistro: **3180034977** Data: **15/10/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TEODOSIO OLIVEIRA LEDO, 1005 - JARDIM SANTA ROSA - Pombal - PB - CEP 58840-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **279730**

Data local do exame: [**31/01/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA NO TORNOZELO DIREITO. TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO. RELATA DOR NO TORNOZELO. AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO PLANTAR (ADM 0-10°), DORSO FLEXÃO (ADM 0-20°) E INVERSÃO (ADM 0-05°) DO TORNOZELO DIREITO E EDEMA LOCAL (2+/4+). APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO (ADM 0-160°) E FLEXÃO (ADM 0-155°) DO OMBRO DIREITO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A ABDUÇÃO (GRAU II) E HIPOTROFIA MUSCULAR IMPORTANTE DO OMBRO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA BOTA POR UM PERÍODO DE 60 DIAS PARA O TORNOZELO DIREITO E IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMI J POR UM PERÍODO DE 35 DIAS PARA O OMBRO DIREITO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA O TORNOZELO E 15 SESSÕES PARA O OMBRO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Ferreira
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 8085 - CRM-PE 94411
TELEFONE 341830



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034977

Cidade: Pombal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA NERIS BATISTA

Data do acidente: 15/10/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM OMBRO E TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034977

Cidade: Pombal

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA NERIS BATISTA

Data do acidente: 15/10/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO TORNOZELO DIREITO. TRAUMA CONTUSO EM OMBRO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: RELATA DOR NO TORNOZELO. AO EXAME, APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO PLANTAR (ADM 0-10°), DORSO FLEXÃO (ADM 0-20°) E INVERSÃO (ADM 0-05°) DO TORNOZELO DIREITO E EDEMA LOCAL (2+/4+). APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO (ADM 0-160°) E FLEXÃO (ADM 0-155°) DO OMBRO DIREITO, REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR PARA A ABDUÇÃO (GRAU II) E HIPOTROFIA MUSCULAR IMPORTANTE DO OMBRO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA BOTA POR UM PERÍODO DE 60 DIAS PARA O TORNOZELO DIREITO E IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMI J POR UM PERÍODO DE 35 DIAS PARA O OMBRO DIREITO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA PARA O TORNOZELO E 15 SESSÕES PARA O OMBRO. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

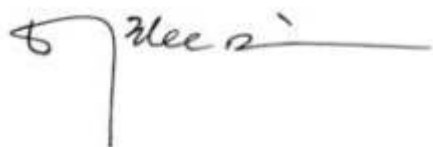
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA	
reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: MARIA NERIS BATISTA.	CONFÉREDO () DOU
POMBAL-Paraíba 22/12/2017	
JOANA D'ARC E. DE QUEIROGA	
Selo Digital de Autenticidade Tipo Normal E-A0355385-F11X	
Confira os dados do selo em https://selodigital.ipb.ju.br	
EMOLUO, R\$ 11,08 FAREN R\$ 0,77 FENJ R\$ 0,00	

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA NERIS BATISTA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** VÍDUA
PROFISSÃO: APRESENTADA **Nº DO RG:** 279.730
ORGÃO EMISSOR: SSOS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 10/11/2015
Nº CPF: 139.500.884-15 **ENDEREÇO:** RUA TEODOSIO OLIVEIRA
LEDO, n.º 1005, BAIRRO JARDIM SANTA ROSA, POMBAL - PB.

OUTORGADO: TARCISO ENERION PEREIRA OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 2858545
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 21/02/2002
Nº CPF: 064.153.479-46 **ENDEREÇO:** RUA DOMINGOS DE MEDEIROS,
N.º 115 APT.º 101, BAIRRO CENTRO, POMBAL - PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário MARIA NERIS BATISTA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo; em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

POMBAL - PB, 22 de DEZEMBRO de 20 17.

Maria NERIS Batista
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, em nome do SEGURO DE PREVIDENCIA SIA.

