
Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249853

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190249853

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249853

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LEANDRO MORAIS DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **00000053550-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 129.947.804-29 Nome completo da vítima: Beandrea Maria dos Santos

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

Nome completo: Beandrea Maria dos Santos CPF: 129.947.804-29
Profissão: Recuso Endereço: Rua Severino Manoel da Silva Número: 62 Complemento: _____
Bairro: Padre Zé Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58025-790
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0904 ☐ CONTA: 053550 4 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 MAR. 2019

AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 129.947.804-29 Nome completo da vítima: Beandrea Maria dos Santos

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

Nome completo: Beandrea Maria dos Santos CPF: 129.947.804-29
Profissão: Recuso Endereço: Rua Severino Manoel da Silva Número: 62 Complemento: _____
Bairro: Padre Zé Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58025-790
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0904 ☐ CONTA: 053550 4 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
15 MAR. 2019
PRIMEIRO
AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Beandrea Maria dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190249853
Nome do(a) Examinado(a): Leandro Moraes dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Severino Manoel da Silva, 62
Treze de Maio Joao Pessoa PB CEP: 58025-790
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3996364
Data local do acidente: [02/09/2018]
Data local do exame: [08/04/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA CIRÚRGICA DESBRIDAMENTO E COLOCAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 18/02/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA DIREITA, EDEMA RESIDUAL EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO E JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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

☐ () "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):

MEMBRO INFERIOR - Lado 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):

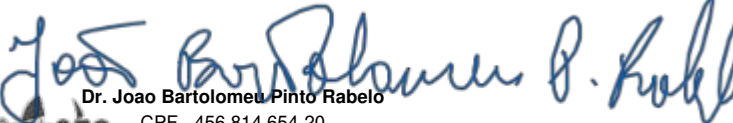
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02689.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02689.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:15 horas do dia 08 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **Leandro Moraes dos Santos**, RG nº 3996364 SSDS/PB, CPF nº 129.947.804-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Silvana da Silva Moraes e Leonardo Monteiro dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/06/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Faustino, complemento apartamento 03, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Universal, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98686-6788.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av. Ayrton Senna, Próximo Ao Mercadinho do Júnior, João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/09/18 21:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

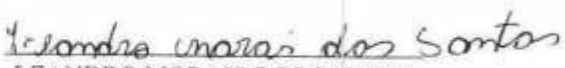
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

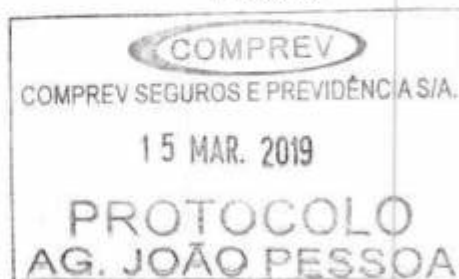
Que estava trafegando na moto HONDA/CG 125 FAN KS, com placa:QFA-0565/PB, chassi:9C2JC4110ER726640, RENAVAM:01005455101, registrada em nome de MICHERLON DA SILVA MORAIS, na av. Ayrton Senna, no sentido bairro Roger/Padre Zé, nesta capital, quando outro motoqueiro, que vinha no sentido contrário ao do notificante, ia tentar ultrapassar um carro, colidiu na moto conduzida pelo notificante, derrubando-o no chão. Relatou que foi socorrido por uma ambulância do SAMU, tendo sido encaminhado para o hospital TRAUMINHA, no bairro Mangabeira, nesta capital, onde ficou internado(CERTIDÃO:0111/2019, expedida pela médica Rosângela Medeiros Escorel Almeida,

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 fê.

João Pessoa/PB, 08 de março de 2019.


LIÉLIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia Civil


LEANDRO MORAIS DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 02689.01.2019.1.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02689.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02689.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:15 horas do dia 08 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **Leandro Moraes dos Santos**, RG nº 3996364 SSDS/PB, CPF nº 129.947.804-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Silvana da Silva Moraes e Leonardo Monteiro dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/06/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Faustino, complemento apartamento 03, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Universal, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98686-6788.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av. Ayrton Senna, Próximo Ao Mercadinho do Júnior, João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/09/18 21:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

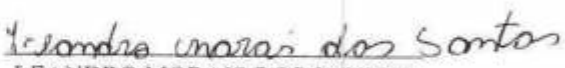
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

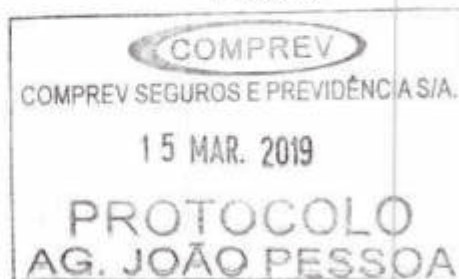
Que estava trafegando na moto HONDA/CG 125 FAN KS, com placa:QFA-0565/PB, chassi:9C2JC4110ER726640, RENAVAM:01005455101, registrada em nome de MICHERLON DA SILVA MORAIS, na av. Ayrton Senna, no sentido bairro Roger/Padre Zé, nesta capital, quando outro motoqueiro, que vinha no sentido contrário ao do notificante, ia tentar ultrapassar um carro, colidiu na moto conduzida pelo notificante, derrubando-o no chão. Relatou que foi socorrido por uma ambulância do SAMU, tendo sido encaminhado para o hospital TRAUMINHA, no bairro Mangabeira, nesta capital, onde ficou internado(CERTIDÃO:0111/2019, expedida pela médica Rosângela Medeiros Escorel Almeida,

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 fê.

João Pessoa/PB, 08 de março de 2019.


LIELIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia Civil


LEANDRO MORAIS DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 02689.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 129.947.804-29 Nome completo da vítima: Beandrea Maria dos Santos

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

Nome completo: Beandrea Maria dos Santos CPF: 129.947.804-29
Profissão: Recuso Endereço: Rua Severino Manoel da Silva Número: 62 Complemento: _____
Bairro: Padre Zé Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58025-790
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0904 ☐ CONTA: 053550 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 MAR. 2019

AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 129.947.804-29 Nome completo da vítima: Beandrea Maria dos Santos

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

Nome completo: Beandrea Maria dos Santos CPF: 129.947.804-29
Profissão: Recuso Endereço: Rua Severino Manoel da Silva Número: 62 Complemento: _____
Bairro: Padre Zé Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58025-790
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0904 ☐ CONTA: 053550 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
15 MAR. 2019
PRIMEIRO
AG. JOÃO PESSOA

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 159716 Atd: Nao Regul
Data: 02/09/2018
Hora: 22:22:54
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SE
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.000195

CNS: 704000379159063 Sexo: M IDENTIDADE: 3996364 Fone: 987781678

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/06/1998 Id: 20 ano(s)

End.: RUA SEVERINO JOSE NASCIMENTO, 37

Bairro: ROGER Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SILVANA DA SILVA MORAIS

Pai: LEONARDO MONTEIRO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SOGRA/KATIA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

15 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO AS 22:00/ROGER

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TRAZIDO
P SAMU, FRATURA EXPOSTA EM MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente automobilístico
moto - moto apresenta lesão contusa em
pé e punho esquerdo, dor
na região da coxa e pelo do nível do

Diagnostico

Conduta

AVU: RLR imat, BNF Nlogon

Prescricao

AN: M U (4) heparina 1000

Horario da medicacao

CD: Solucao de Penicilina

AV do proprio
Diplopia e ml - 10 (10)
Dilatacao e ml - 10 (10)

Dr. Edson dos Santos
Médico
CRM 1095

CERTIDÃO

Nº. 0111/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 159716 e Prontuário nº 2018.09.000195 pertencentes a **LEANDRO MORAIS DOS SANTOS** dia 02/09/2018 às 22H22min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em perna direita.

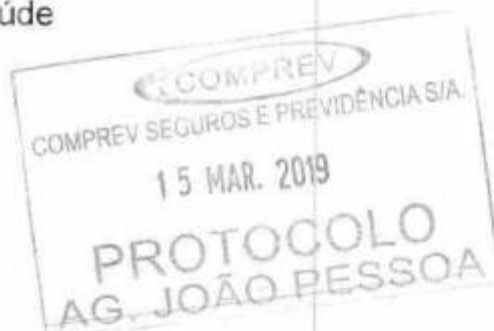
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tíbia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/09/2018 com alta médica dia 05/09/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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: 12/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000053550-4

Nr. da Autenticação CF485537CD1A9829

SILVANA DA SILVA MORAIS
RUA SEVERINO MANOEL DA SILVA, 12 / AP 103 - FADREZIS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58025-190 (A.D. 1)

Empresa: 07/02/2019 Referência: Fev/2019

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA REICA MONOFASICO 0,3190 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB CEP: 58017-000

Rctero: S - 1-330-3700

Nº medidor: 00059020557



ENERGISA PARANÁ - C.A.S.T.R.O. S.O.B.R.E. S.A. - ENERGISA S/A

CNPJ: 09.516.000/0001-40 - Ins. Est. 15.000.000-0

Nota Fiscal nº 000015463063

Cod. para Débito Automático: 00013463063

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/CNPJ/RANI

Fev / 2019

07/02/2019

11/03/2019

056.590.354-90

Ins. Est.

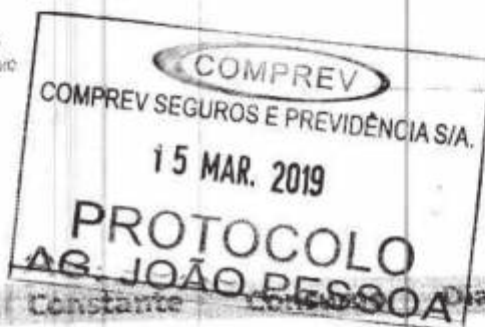
UC (Unidade Consumidora):

5/1356309-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 28 de abril de 2002.

Após perceber luzes ou postes acesos durante o dia ou luzes escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade ou ao 0800 083 0196, para que a concessionária da municipalidade de todo o Brasil.



Anterior

Atual

Constante

Data
10/01/19

Leitura
7310

Data
07/02/19

Leitura
7412

100

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	atig. Icms(R\$)	Base Calc.	atig. Icms(R\$)	Base Calc.	atig. Icms(R\$)
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	50,000	0,225619	11,280	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,225619	15,793	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	2,000	0,734520	1,469	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0610	Susídio			42,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0803	CUSTO DE RELGACAO NORMAL 01/2019			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 11/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 12/2018			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 1571 SALA 05 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58045304 (A2-1)



Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019
Classe/Serviço: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12-5-292-450 Nº medidor: 03308867935

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B-250, Km 05 - Estrada Recanto - João Pessoa / PB - CEP: 58071-430
CNPJ: 09.086.163/0001-40 INSC. EST: 16.315.833-0

Nota Fiscal/Cota de Energia Eletrônica Nº 16.324.751
Cota para DTA Automática: 00016883687

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698368-7

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta do geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leitura	Data	Leitura	Constante	Consumo	Dias
19/12/18	5519	21/01/19	5758	1	239	33

Demonstrativo

CCI Descrição Valor Base Calc. Anq. (R\$) base Calc. Fojtd. Consumo (R\$)

Consumo em kWh 202,000 0,676610 134,17 134,17 35 45,04 134,17 1,89 9,20

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTROLE SERV. LIA. PÚBLICA 11,05 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 195,22 134,17 45,04 134,17 1,89 9,20

Média (últimos meses) (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

161 **28/01/2019** **R\$ 195,22**

Histórico de Consumo (kWh)

44 | 20 | 4 | 180 | 221 | 229 | 107 | 100 | 195 | 204 | 220 | 222

Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVA DO FISCAL

85f1.69f1.dd42.d3c2.aad644b.9cc1.f932

Indicadores de Qualidade de Serviço

Limites de Tensão

Limite Inferior (V)	Limite Superior (V)	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	5,10	0,00
DC TRIMESTRAL	10,34	0,00
DC ANUAL	20,77	0,00
FC MENSAL	3,23	0,00
FC TRIMESTRAL	6,47	0,00
FC ANUAL	12,95	0,00
DV M	2,94	0,00
DV A	17,22	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia Pq	45,04	23,08
Custo de Energia	04,24	2,17
Serviço de Transmissão	10,51	5,38
Encargos Setoriais	11,65	5,96
Imposto de Renda e Energia	83,28	42,49
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

VENCIMENTO (R\$) 11/2019: R\$ 0,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura automática

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
28/01/2019 **R\$ 195,22**

83690000001-6 95220149000-2 18883562019-5 01300005019-8





ENERGY SUPPLY AND DEMAND IN THE U.S. AND CANADA

Copyright © 2005 John Wiley & Sons, Inc.

NAME: _____

NOTES ON CONTRIBUTORS: For more information, please contact the Editor, *Journal of Management Inquiry*, at JMI@SAGEpub.com.

Cod. par. D.C. Automatico: 0001355308

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

056.580.354-90

Have Fun

5/1356309-3

Canal de contato

A PERCEPÇÃO DOS CUSTOS SOCIAIS DURANTE O COVID-19

ou ruas escuras à noite, informe a prefeitura na sua cidade
Cidade - Querência, Estado - Pernambuco, e o município
e de toda cidade.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 MAR. 2019
PROTOCOLO
DE JOÃO PESSOA

Anterior

Atual

Constante

LESSON 4

Data
2/27/19

Leitura
7310

Date
07/02/16

Leitura
7412

500

Demonstrative

CCl	Descrição	Quantidade Total	Valor Base Calc	Alq. Icms(R\$)	Base Calc	ICMS(R\$)
		Total	ICMS(R\$)	ICMS	ICMS(R\$)	ICMS(R\$)
0601	Consumo - 30 a 60 kWh-BR	50.000 0,269647	13,48	2%	2,69	3,28
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	22.000 0,428830	9,43	2%	1,88	11,31
0601	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	2.000 0,724520	1,44	2%	0,29	1,73
0610	Subsídio		10,18	42,18	12,48	42,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0801	CONTRIB SERV LUM PUBLICA		0,00	0	0,00	0,00
0803	CUSTO DE REGISTRAÇÃO NORMAL 01/2018		0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2018		0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018		0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2018		0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2018		0,00	0	0,00	0,00

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 1571 SALA 05 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58045-000 (A2-1)



Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019
Classe/Serviço: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Rótulo: 12-5-292-450 Nº medidor: 03308867935

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B-250, Km 05 - Estrada Recanto - João Pessoa / PB - CEP: 58071-430
CNPJ: 09.086.163/0001-40 INSC. EST. 16.315.833-0

Nota Fiscal/Cota de Energia Eletrônica Nº 16.324.751
Cota para DTA Automática: 00016883587

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

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF/CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.842.224-45

UO (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato:

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta do geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leitura	Data	Leitura				
19/12/18	5519	21/01/19	5758	1	-	239	23

Demonstrativo

CCI Descrição: Contratação Tarifa: Valor Base Cota: Anq. Icos (R\$) Base Cota: Fcjd, Ccoto (R\$)

Inclusão Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$)

CCOT Consumo em kWh: 200,000 0,00000 164,17 164,17 25 46,04 164,17 1,89 9,20

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CCOT CONTRIB SERV LIA PUECA: 11,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 195,22 164,17 46,04 164,17 1,89 9,20

Média (últimos meses) (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

161 **28/01/2019** **R\$ 195,22**

Histórico de Consumo (kWh)

44 | 20 | 4 | 180 | 221 | 229 | 107 | 100 | 195 | 204 | 220 | 222

Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVA DO FISCAL

85f1.69f1.dd42.d3c2.aad 644b.9cc1.f932

Indicadores de Qualidade de Energia

Indicador	Limite Superior	Atualizado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	5,10	0,00	
DC TRIMESTRAL	10,34		
DC ANUAL	20,77		
FC MENSAL	3,33	0,00	
FC TRIMESTRAL	8,47		
FC ANUAL	12,86		
DVQ	2,94	0,00	
QCE	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia Ps	46,04	23,58
Cota de Energia	04,24	2,17
Serviço de Transmissão	10,51	5,38
Encargos Setoriais	11,65	5,96
Imposto de Renda Energia	88,28	44,89
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

Valor em R\$ (R\$ 11/2018) R\$ 0,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura automática

PARABÁ
Rótulo: 12-5-292-450
Medição: 1698358-2019-01-3
VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
28/01/2019 **R\$ 195,22**

83690000001-6 95220149000-2 16883582019-5 01300005019-8



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 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

João Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455536 024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Beandrea Moraes dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 129947804 / 29

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Beandrea Moraes dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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:

Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número: 357

Complemento:

Bairro:

Changabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado: PB

CEP: 58056-384

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa - PB 15/03/19

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
15 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 COAF¹.

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

João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

455536 024 / 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Beandra Moraes dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 129 947 804 / 29

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Beandra Moraes dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

129 947 804 / 29

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:

Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número:

57

Complemento:

Bairro:

Angabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

E-mail:

Tei.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa - PB 19/03/2019

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 COAF¹.

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

João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

455536 024 / 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Beandra Moraes dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 129 947 804 / 29

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Beandra Moraes dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

129 947 804 / 29

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:

Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número:

57

Complemento:

Bairro:

Angabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

E-mail:

Tei.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa - PB 19/03/2019

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Michelson da Silva Moraes,
RG nº 3381907, data de expedição 30/05/14,
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 078.177.054-88, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Pedro Faustino, nº 994,
complemento Cura, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima beamandro Moraes dos Santos cujo o condutor era
beamandro Moraes dos Santos

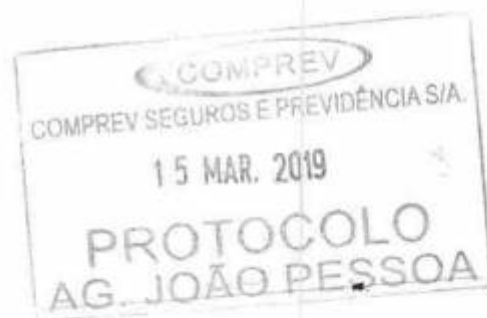
Veículo: moto
Modelo: HONDA / CG 125 FAN
Ano: 2014
Placa: QFA 0565 / PB
Chassi: QC23C4140ER726640
Data do Acidente: 02-09-18
Local e Data: João Pessoa, 08-03-19

Michelson da Silva Moraes
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 5º Ofício
Av. Espírito Santo, 416 - Torre - CEP: 52040-000 - Telefone: (33) 3201-0002 - João Pessoa/PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
MICHELSON DA SILVA MORAIS
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 08/03/2019 15:06:33
Priscilla Deolindo Silva - Estrevente
[2019-011553] EMOL: R\$ 19,91 FAREM: R\$ 0,29 FEJ: R\$ 1,63 ISS: R\$ 1,50
SELO DIGITAL: A1E99181-JRRE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Michelson da Silva Moraes,
RG nº 3381907, data de expedição 30/05/14,
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 078.177.054-88, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Pedro Faustino, nº 994,
complemento Cara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima beamandro Moraes dos Santos cujo o condutor era
beamandro Moraes dos Santos

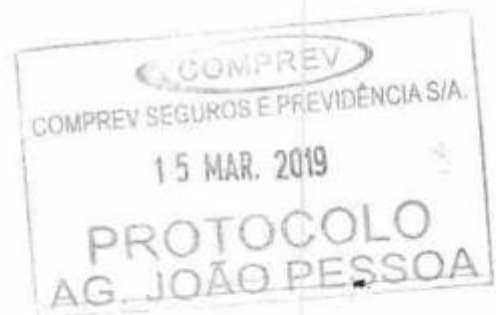
Veículo: moto
Modelo: HONDA / CG 125 FAN
Ano: 2014
Placa: QFA 0565 / PB
Chassi: QC23C4140ER726640
Data do Acidente: 02-09-18
Local e Data: João Pessoa, 08-03-19

Michelson da Silva Moraes
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 5º Ofício
Av. Espírito Santo, 416 - Torre - CEP: 52040-000 - Telefone: (33) 3201-0002 - João Pessoa/PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
MICHELSON DA SILVA MORAIS
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 08/03/2019 15:06:33
Priscilla Deolindo Silva - Estrevente
[2019-011553]EMOL:R\$ 19,91 FAREM:R\$ 0,29 FEJ:R\$ 1,63 ISS:R\$ 1,50
SELO DIGITAL: A1E99181-JRRE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Observação: Por um erro de transcrição o texto
em PDF. Rx e Poma 3, PE 1; como si de

Co: within curious Pl. num 1000

42: ശ്ലോ 8 പാക്ക 9 പേ

as : Do 3 items.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[illegible]

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia

[] Transferido

☐ Desistencia ☐ UTI

[] - Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Katia Kozmin: 13 de Maio

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Leandro Marcos da Silva Data da Admissão: 02/09/2018
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1
QPD: Dr. E. Fernando do Passos e Silva
HDA: Dr. C. do Passos e Silva

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *LSi 25 Ponto uris - P.O*
~2

Conduta: *L - P.O 7 S.O*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1/ Paciente em decúbito dorsal
- 2/ Desobstrução da via urinária
- 3/ Monitorização da pressão arterial

Incisão:

- 4/ Anestesia local com Lidocaína 1%
- 5/ Incisão de 2cm na pele

Achados:

- 6/ Adesão da pele ao tecido subcutâneo
- 7/ Adesão da pele ao tecido subcutâneo
- 8/ Adesão da pele ao tecido subcutâneo
- 9/ Adesão da pele ao tecido subcutâneo
- 10/ Adesão da pele ao tecido subcutâneo

Conduta:

- 1/ Realização da laparoscopia
- 2/ Realização da laparoscopia
- 3/ Realização da laparoscopia
- 4/ Realização da laparoscopia
- 5/ Realização da laparoscopia
- 6/ Realização da laparoscopia
- 7/ Realização da laparoscopia
- 8/ Realização da laparoscopia
- 9/ Realização da laparoscopia
- 10/ Realização da laparoscopia

Fechamento:

OBS:

Data:

07/09/17

Dr. Thiago Farias
CRM 8789

MÉDICO/CRM

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.996.364 DATA DE EMISSÃO 27/09/2011

NOME LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

PLACAO LEONARDO MONTEIRO DOS SANTOS
SILVANA DA SILVA MORAIS

NATURALIDADE
JOAO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 13/06/1998

DOC. ORIGEM
MASC. N. 84797 FLS. 34 LIV. A-87

CPF CARTORIO 2 JOAO PESSOA-PB

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA - CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

Assinatura do Detentor

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / REGISTRO DE: 1054562 SSP PB

CIT: 455.536.024-91 DATA DO CENSO: 02/04/1967

NÚMERO: JOSEPA GERVASO DA SILVA

SEXO: M CASO: AD

Nº DO RG: 00724150152 DATA: 10/11/2015 DATA DO CENSO: 05/04/1982

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1009001575

PROVEDOR PLATIFICAR 1009001575

DATA: 11/11/2014

60378908489

70029545609

DETRAN-PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.996.364 DATA DE EMISSÃO 27/09/2011

NOME LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

PLACAO LEONARDO MONTEIRO DOS SANTOS
SILVANA DA SILVA MORAIS

NATURALIDADE
JOAO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 13/06/1998

DOC. ORIGIN. MASC. N. 84797 FLS. 34 LIV. A-87

CARTORIO 2 JOAO PESSOA-PB

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA - CIVIL - ICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

Assinatura do Senhor

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO			
	Nome		
	JOSE EDUARDO DA SILVA		
	COC./Registro / Carteira de	CPF	PB
	1094542		
	CIV	Data de Nascimento	
455.536.024-91	02/04/1967		
Função			
JOSEFA GERVASIO DA SILVA			
Permissão	NCC	Cálculo	
		AJ	
DT. EMISSÃO	VIGÊNCIA	P. EXPIRAÇÃO	
00724153152	10/51/2015	06/04/1982	
Observações			
Assinatura do Portador			
Nome		Data Emissão	
JOAO PESSOA, PB		31/11/2014	
Rodrigo Chaves		50378998489	
		78029545609	
DET.BAN - PB (PRATIBA)			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249853 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA DIREITA, EDEMA RESIDUAL EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO E JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TIBIA, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249853 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA DIREITA, EDEMA RESIDUAL EM TORNOZELO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO E JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA TIBIA, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Leandro Moraes dos Santos,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
Autônomo, CI RG nº 3.936.364,
CPF/MF nº 19.947.804-29, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Severino José do Nascimento 87,
Cidade de JOÃO PESSOA, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 13 de fevereiro de 2019

Leandro Moraes dos Santos

OUTORGANTE



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.874-9

Reconheço por Autenticidade a assinatura de

LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé

João Pessoa, treze de Fevereiro de dois mil e dezenove

Em Teste da verdade.

Marieli Nepomuceno Azevedo, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.7)

Selo Digital de Fiscalização Tipo AIE40003-FK03

Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Cartório Azevedo Bastos

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Leandro Moraes dos Santos,
brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
Autônomo, CI RG nº 3.936.364,
CPF/MF nº 19.947.804-29, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Severino José do Nascimento 87,
Cidade de JOÃO PESSOA, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

15 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 13 de fevereiro de 2019

Leandro Moraes dos Santos

OUTORGANTE



CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.874-9

Reconheço por Autenticidade a assinatura de

LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé

João Pessoa, treze de Fevereiro de dois mil e dezenove

Em Teste da verdade.

Mariah Nepomuceno Azevedo, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.7)

Selo Digital de Fiscalização Tipo AIE40003-FK03

Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Cartório Azevedo Bastos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089795/19

Número do Sinistro: 3190203015

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

CPF: 129.947.804-29

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089795/19

Vítima: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

CPF: 129.947.804-29

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: LEANDRO MORAIS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

LEANDRO MORAIS DOS SANTOS : 129.947.804-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE