
Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377065

Vítima: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190377065**

Vítima: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 056- 2019	Responsável pelo Levantamento do Acidente: CLAUDINEY DE SOUSA LEANDRO	Posto/Graduação: CB/PM				
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA ODON BEZERRA/ RUA GETÚLIO CAVALCANTE	Hora 19:50	Bairro LIBERDADE	Município CAMPINA GRANDE	U F PB		
Data/Ocorrência 06/03/2019	Dia da Semana QUARTA	C/S Vítima (QT) COM (01)	Natureza do Acidente COLISÃO LATERAL	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 AUTOMÓVEL + 01 MOTOCICLETA		Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL				

CONDUTOR 01

Nome: CARLOS ANDREY REIS RÊGO	Sexo MASCULINO	Nascimento 02/02/1995	RG 3208589	CPF 076024334-40			
Endereço: RUA LINO GOMES DA SILVA, Nº 80, APTO 501, RESIDENCIAL DÃO SILVEIRA, SÃO JOSÉ, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilitação 28/05/2013	Categoria B	Registro CNH 05790765673	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 09/02/2023	Usava Cinto SIM	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 114303, Nº TESTE 02757, RESULTADO 0,00MG/L		Destino do Condutor PERMANECIU NO LOCAL					

VEÍCULO 01

Marca/Modelo CHEVROLET/ CRUZE	Espécie AUTOMÓVEL	Placa NQF-4122	Categoria PARTICULAR	Município QUEIMADAS	U F PB
Nome do Proprietário: MASTER SUPERMERCADOS LTDA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013929547227	Renavam 0099486862-6	Data da Emissão 19/02/2018		
Avarias: LATERAL DIREITA, PORTA DIREITA DIANTEIRA E TRASEIRA, RETROVISOR, PARA-LAMA, COLUNA					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Declarou que transitava na rua Getúlio Cavalcante, sentido Jardim Paulistano e ao se aproximar do cruzamento com a rua Odon Bezerra, o semáforo estava aberto para passagem do mesmo, foi quando repentinamente surgiu uma motocicleta que transitava na rua Odon Bezerra e colidiu na lateral direita do seu automóvel que parou e prestou socorro à vítima.

CONDUTOR 02

Nome: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA	Sexo FEMININO	Nascimento 09/05/1996	RG 4022041	CPF 701636904-80			
Endereço: RUA QUERUBINA PEREIRA DOS SANTOS, Nº 06, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB							
1ª Habilitação 13/07/2017	Categoria AB	Registro CNH 06878116297	U F	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 17/01/2022	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO – SOB CUIDADOS MÉDICOS		Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA					

VEÍCULO 02

Marca/Modelo HONDA FAN 125	Espécie MOTOCICLETA	Placa OFC-2377	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U F PB
Nome do Proprietário: ALCICLEIDE GOMES LIRA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013221878361	Renavam 0047648935-0	Data da Emissão 02/08/2017		
Avarias: GARFO DIANTEIRO, PARA-LAMA, GUIDÃO, PAINEL, TANQUE DANIFICADOS					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Declarou que transitava na rua Odon Bezerra, sentido bairro Catolé, quando no cruzamento com a rua Getúlio Cavalcante a sinalização semaforica segundo a mesma estava amarela para a passagem da mesma foi quando repentinamente surgiu um automóvel que transitava na rua Getúlio Cavalcante, foi quando houve a colisão lateral e a mesma caiu ao solo e foi socorrida ao Hospital de Trauma.

VITIMA 01			
Nome: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA		Sexo FEMININO	Nascimento 09/05/1996
Endereço: RUA QUERUBINA PEREIRA DOS SANTOS, Nº 06, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB			
Viajava no Veículo Nº V2		Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Condição da Vitima: (V2) Condutor () Passageiro () Pedestre		Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA	

TESTEMUNHA 01			
Nome: ANDERSON COSTA DO Ó		Sexo MASCULINO	Nascimento 10/04/1987
Endereço: RUA JOSÉ ALVES DO NASCIMENTO Nº 241 JARDIM VERDEJANTE, CAMPINA GRANDE/PB			
CPF 014.321.134-02	Identidade 3159475	Órgão Emissor SSP	UF PB

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Informou que estava transitando pela rua Odon Bezerra no sentido bairro da Liberdade e a motocicleta Honda de placa OFC-2377 que estava a sua frente, avançou o semáforo e houve a colisão em seguida prestou socorro à vítima.

CONSTATADO

Conforme levantamento realizado no local, baseado nas declarações dos condutores e testemunha, ficou constatado que o V1 (Chevrolet/Cruze) transitava pela via "A" rua Getúlio Cavalcante, sentido bairro Jardim Paulistano e o V2 (Motocicleta Honda) transitava pela via "B" rua Odon Bezerra, no sentido Liberdade e ao chegarem no cruzamento das ruas supracitadas houve a colisão lateral.

Ao chegar no local observei que a sinalização semafórica estava funcionando normalmente.

O condutor do automóvel permaneceu no local e a condutora da motocicleta foi socorrida pelo Samu e encaminhada ao Hospital de Trauma.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 12 de março de 2019.

Claudio de Sousa Leandro
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº056/2019

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Getúlio Cavalcante - 10,00 metros

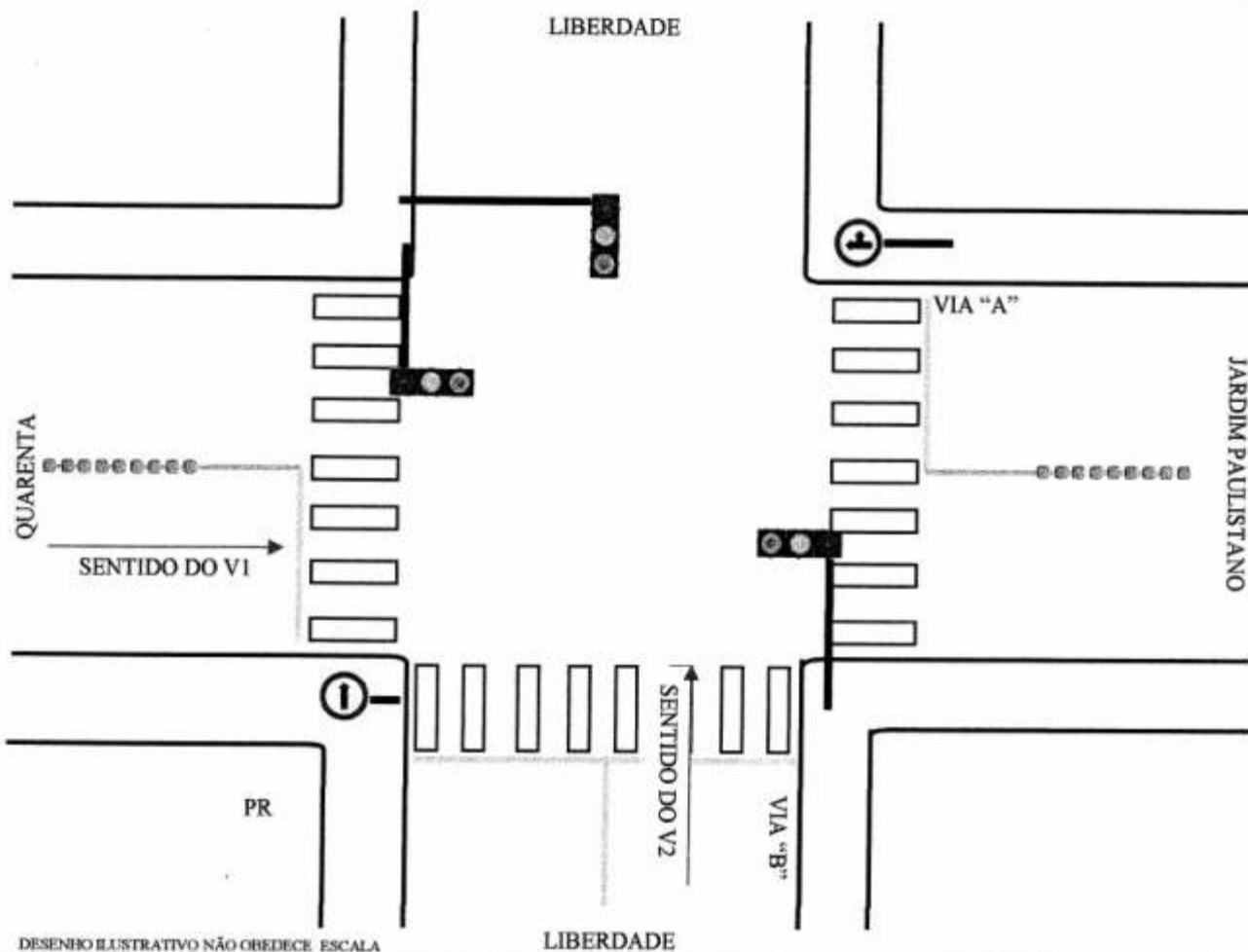
VIA "B" - Rua Odom Bezerra - 10,00 metros

PR (Ponto de Referência): Bolo Mania

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Retirado do Local

V2 (Veículo 02) Retirado do Local



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

LIBERDADE

AVARIAS

Assinatura

Claudiney de Souza Leandro
CB PM Claudiney de Souza Leandro
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 056 /2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: CHEVROLET/CRUZE	Placa: NQF-4122/PB	Responsável pelo Preenchimento: CB CLAUDINEY	Data: 06/03/2019					
AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS								
PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE								
Item		Nome da Peça			Avaliação			
Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça		Sim	Não	NA
01		X	12	Longarina traseira esquerda			X	
02		X	13	Assoalho porta malas ou caçamba			X	
03		X	14	Longarina traseira direita			X	
04		X	15	Caixa de roda traseira direita			X	
05		X	16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
06		X	17	Estrutura da soleira direita			X	
07		X	18	Estrutura da coluna central direita			X	
08		X	19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
09		X	20	Assoalho central direito			X	
10		X	21	Caixa de roda dianteira direita			X	
11		X	22	Longarina dianteira direita			X	
			Total Geral (Sim + NA)					

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6 ->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: HONDA FAN 125	Placa: OFC-2377/PB	Responsável pelo Preenchimento: CB CLAUDINEY	Data: 06/03/2019					
MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMBLHADOS								
PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE								
Item		Nome da Peça			Avaliação			
Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça		Sim	Não	NA
01	X		05	Chassi			X	
02		X	06	Garfo traseiro			X	
03		X	07	Eixo traseiro (tríciclos)				
04		X	Total Geral (Sim + NA) 01					

Observações:

01=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 ->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 12 de março de 2019.

Claudio de Sousa Leandro
Responsável pelo Levantamento

[Assinatura]



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº056/2019

FOTOS DO V1



Claudiney de Sousa Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUSA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento

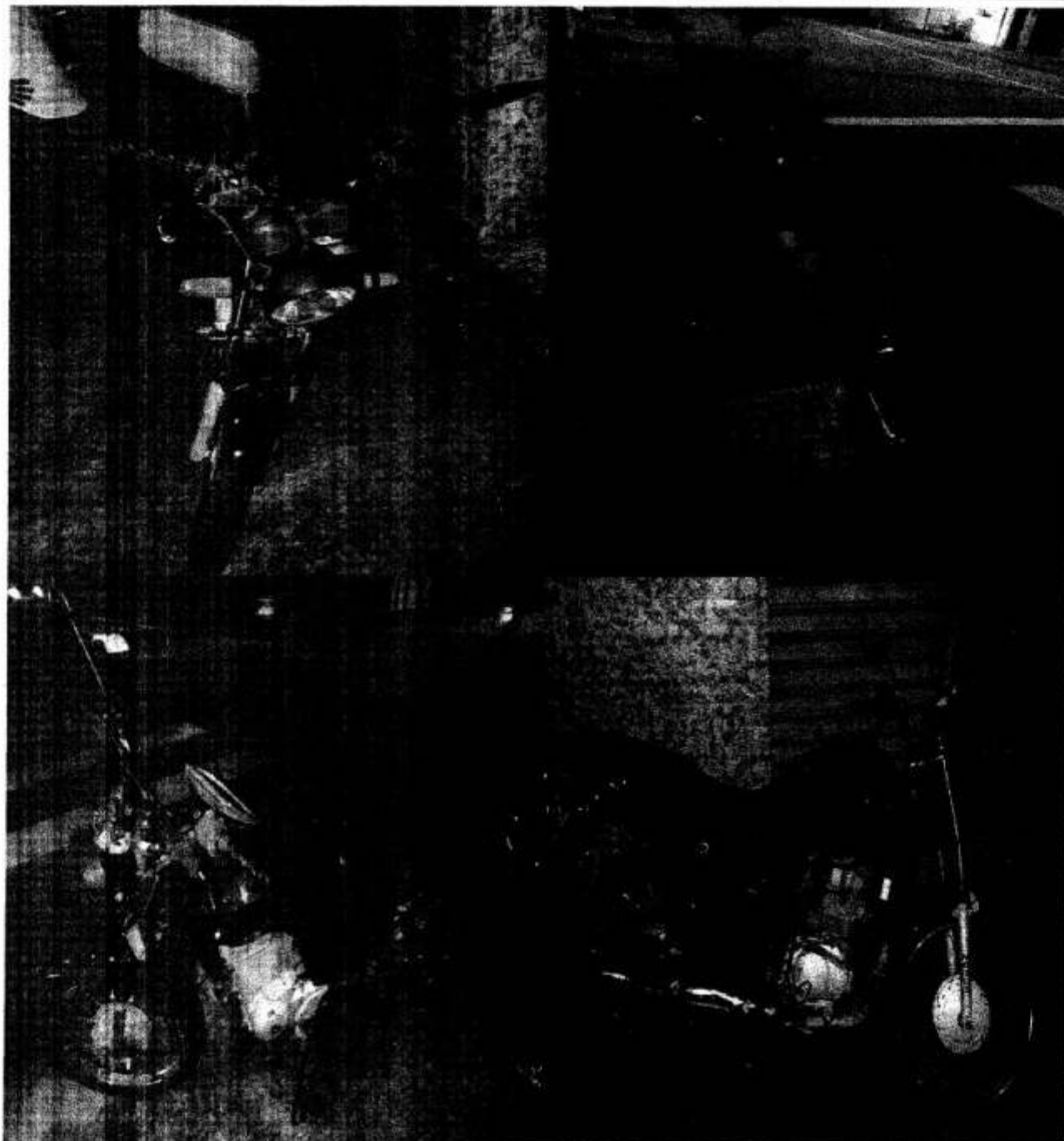


POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº056/2019

FOTOS DO V2



Claudiney de Sousa Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUSA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 003.636.904.80

4 - Nome completo da vítima:

Tamires Francely da Silva

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

5 - Nome completo: Tamires Francely da Silva

7 - Profissão: Recusado Informar

8 - Endereço: Rua Beneditina dos Santos

6 - Nº: 003.636.904.80

11 - Bairro: Malvinas

12 - Cidade: Campina Grande

9 - Mês: 06

10 - Complemento: Casa

15 - E-mail:

13 - Estado: PB

14 - CEP: 58400-000

16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO

☐ CURADOR

☒ CONTA POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0034

013

CONTA: 906-616

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 no valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, e sob a pena de multa, de não ter solicitado, ou não ter recebido, ou não ter sido submetido a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa decorrente do seu conteúdo.

☐ 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 31, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a causa decorrente do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

☐ Outros

☐ Outros

☐ Outros

24 - Grau de Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou reclusão (prisão)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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, a ser da responsabilidade criminal, por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Campina Grande

10/06/19

Tamires Francely da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 6/3/2019	HORA: 19:48 HRS	ID Nº: 1760006
NOME:	TAMIRES FRANCIELY DA SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	R - ODON BEZERRA - LIBERDADE	
COMPLEMENTO:		
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/ PB	
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 25 de abril de 2019.


SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

GERSON JOSÉ DA SILVA FILHO
RUA GLEBENA PEREIRA DOS SANTOS, 51 - C/POB - MALIYAS
CAMPA GRANDE - PB CEP 58400-000 (AG 401)

Energisa

Ligação MONOFÁSICO
Cl/Sec RES MTO 51 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 13-401-722-383
Medidor 0000747059

ENERGISA BOREORENA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 199 - Alto Sudeste - Toluima - Campina Grande - PB - CEP 58425-700
CNPJ 08.808.506/0001-65 - Ins. Est. 16.903.729-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 007.540.000
Cód. para Deb. Automático: 0000019700

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAI
Abr / 2019	22/04/2019	22/05/2019	436.120.914-68

Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/81970-6

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débito
Conforme previsto na Lei 12.527 de 29 de julho de 2012,
informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vendidos no valor de 20,96 e 20,96 reais, respectivamente, e a quitação dos débitos referentes ao cumprimento das obrigações do consumidor, as taxas de distribuição e os serviços de manutenção de que se refere, e dos respectivos valores.

Abri/Vendi a Conta de Energia Elétrica

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
21/03/19	77005	22/04/19	77505		500	32

Demonstrativo							
Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001 CANCELAMENTO DE SERVIÇOS	509,36	0,764119	447,83	27	120,51	447,83	4,85
0007 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	509,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 05/2019	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006 MULTA 13/2019	7,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 509,36 447,83 120,51 447,83 4,85 22,97

Tarifa/Tributo 0,51410

VENCIMENTO 29/04/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 509,36

Histórico de Consumo (kWh)

398 | 305 | 345 | 458 | 575 | 623 | 750 | 674 | 472 | 485 | 504 | 480
Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19

RESERVADO AO FISCO

1f78.d36a.b0af.c179.083e.d648.4b4b.21b2

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Índice	Limite da ANEL	Aprovado	Unidade de Medição (U)	Descrição	Valor (R\$)	%
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	5,25	0,00	NOMINAL	Perda de Carga da Energia Elétrica	18,44	18,89
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	11,10			Consumo de Energia	181,12	21,80
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	22,20			Serviço de Transmissão	20,41	4,01
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	33,30			Produtos e Serviços	11,73	4,27
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	44,40			Impostos, Direitos e Encargos	308,89	41,16
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	55,50			Outros Serviços	0,00	0,00
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	66,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	77,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	88,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	99,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	111,00					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	122,10					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	133,20					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	144,30					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	155,40					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	166,50					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	177,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	188,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	199,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	210,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	222,00					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	233,10					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	244,20					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	255,30					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	266,40					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	277,50					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	288,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	299,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	310,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	321,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	333,00					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	344,10					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	355,20					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	366,30					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	377,40					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	388,50					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	399,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	410,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	421,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	432,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	444,00					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	455,10					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	466,20					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	477,30					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	488,40					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	499,50					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	510,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	521,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	532,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	543,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	555,00					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	566,10					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	577,20					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	588,30					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	599,40					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	610,50					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	621,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	632,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	643,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	654,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	666,00					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	677,10					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	688,20					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	699,30					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	710,40					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	721,50					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	732,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	743,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	754,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	765,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	777,00					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	788,10					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	799,20					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	810,30					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	821,40					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	832,50					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	843,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	854,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	865,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	876,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	888,00					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	899,10					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	910,20					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	921,30					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	932,40					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	943,50					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	954,60					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	965,70					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	976,80					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	987,90					
DISCONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	999,00					

Valor em EURO (Ref. 2/2019) R\$ 121,99

ATENÇÃO
Perda de Roteiro 13/19
Roteiro 13-401-722-383
Medidor 0000747059

Fatura em anexo

VENCIMENTO 29/04/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 509,36

83640000005-2 09360147000-3 00819702019-4 04800401019-8

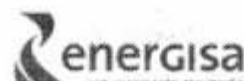


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 003.757.068



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-798
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.803.830-1

DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERENCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

17/05/2019

CONSUMO

143

VENCIMENTO

24/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 95,58

Acesse: www.energisa.com.br

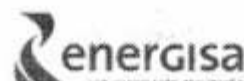
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/05/2019				
Pagador: DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES CNPJ/CPF: 079.461.674-74				
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR - CENTRO - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000134818	000201316201905	24/05/2019	R\$ 95,58	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - Nº 003.757.068



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-798
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.803.830-1

DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERENCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

17/05/2019

CONSUMO

143

VENCIMENTO

24/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 95,58

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/05/2019				
Pagador: DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES CNPJ/CPF: 079.461.674-74				
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR - CENTRO - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000134818	000201316201905	24/05/2019	R\$ 95,58	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				08.826.596/0001-95
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Romar de Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Tamires Francely da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 01.636.904, 80
do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Tamires Francely da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 01.636.904, 80, 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 Vital Francisco Silva</u>	Número: <u>63</u>	Complemento: <u>3ª andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Bucumadas</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:		CEP: <u>58475-000</u>
		Tel.(DDD):

Local e Data: Cacimba Grande 10/06/19

José Romar de Araújo
Assinatura do Declarante



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: _____ UF: _____
CRM-PB 8643

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drográria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Tamires Freireally do Silva

Endereço: Rua da Silva

Prescrição: Cefalexina 500mg 10 dias

Data: 19/04/19 20 19

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____ / _____ / _____

MOD 063



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

P/ Tamiel Freire

Solicito

Fisioterapia Motor

Dr: F. de Fátima Pinto

Gantion: ADM disjunto

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

19.04.19
Data

Médico



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1853663 CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/03/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Joice Da Silva Oliveira

PACIENTE: TAMIRES FRANCIELY DA CEP: 58400002 Nascimento: 09/05/1996

SILVA

Endereço: QUERUBINA PEREIRA DOS SANTOS

Telefone: 87613931

Sexo: F

Bairro: MALVINAS

Cidade: Campina Grande

RG: 4022041

Nº: 6

Nome da Mãe: FRANCINETE DA SILVA E SILVA

CPF:

Profissão: ESTUDANTE

Responsável:

Data de
Atend: 06/03/2019

CNS: 708505377696277

Estado Civil: Solteiro(a)

Hora: 20:43:10

CONVÊNIO: SUS

Motivo: RETORNO ORTOPEDIA

Especialidade:

CRM:

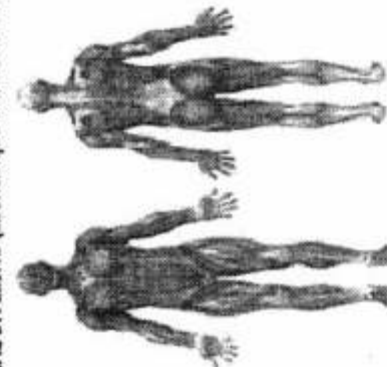
Especialidade:

Médico:

OBS: FICHA: Este Atendimento está vinculado ao Atendimento de Nº 18547183

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abração
2. Amputação
3. Avulsão
4. Cortisção
5. Creptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortisção
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parastesia
33. Quelimadura
34. Rinorragia
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente no 7:30 do
fx Pólio Pólio (P)
fx com boa evolução
CV. Mantido

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /

Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2	50319	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura e Carimbo do Médico



PACIENTE: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

DATA DO EXAME: 06.03.2019

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Inversão da lordose cervical na posição de estudo.
- Ausência de alterações morfológicas e texturais.
- Espaços intervertebrais preservados.

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura do radio distal, com desvio dorsal.
- Fratura alinhada do processo estilóide da ulna
- Relações articulares conservadas.

19

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. William R T Neto
CRM/PB: 6733

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

SERVICIOS REALIZADOS:

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

VALIA EM 1000
O TERRITÓRIO NACIONAL
1643487790
PARAÍBA PLACAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSTITUÍDO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

P
B

Nome
TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

IDC SEQUÊNCIA / CATEGORIA IP
4022041 SEP AC

CPF DATA NASCIMENTO
701.636.904-80 09/05/1996

PRACAO
GERSON JOSINO DA SILVA
FILHO
FRANCINETE DA SILVA E
SILVA

PERMISSÃO ACI CILHA
AF

Nº IDENTIFICADORA
05878116297

VALIDADEZ
17/01/2022

1ª ANIVERSÁRIO
13/07/2017

INSCRIÇÃO

Tamires Franciely da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
30/07/2018

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

36046204881
PB037278371

PARAÍBA

DETRAN - PB

Nº 010099878787

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VM	01	010099878787	00/00000000
----	----	--------------	-------------

ALCICLEIDE GOMES LIMA	
RUA ANTONIO EMERSON 243 CASA	
SANTA ROSA	
59107125 CAMPINA GRANDE - PB	

03526619417	0002377728
-------------	------------

010099878787

NOVO	PB	9C2M4110C561125
------	----	-----------------

PAS/MOTOCICLETA/NAO APNEC	GASOLINA
---------------------------	----------

BRUNDA/CA 125 FAN KS	ANO FAB 2012	ANO MOD 2012
----------------------	--------------	--------------

2 P/L4 /CI	CATEGORIA	DOB PREDOMINANTE
	PARTIC	PRTX

SEM RESERVA DE DOMINIO

Modelo : JC410C561125

CAMPINA GRANDE - PB	DATA
---------------------	------

70405	19/08/2013
-------	------------

39440

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377065 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377065 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA **Data do acidente:** 06/03/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.2(RELATÓRIO) P.3(BAM) P.4(EXAME) EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Beneficiário/vítima

Nome: Tamires Franciely da Silva

Nacionalidade Brasileira Est. Civil Solteira

Indentidade: 4022041 CPF: 701.626.904-80

Endereço: Queluzina Puzos das Sontas Nº 06

Bairro: Malvinas Cidade: Campina Grande EST: PB

Natureza do Sinistro INVALIDEZ Data do Acid. 06/03/2019

Procurador: José Ramos de Araújo Est. Civil: Divorciado RG: 718.406 SSP-pb, CPF: 408.289.644-91, Endereço: Rua Vital Francisco da Silva, 63 1º andar centro, Queimadas – PB CEP: 58.475.000

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer seguradora pertencente ao consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da seguradora LIDER (correios, sincor(S) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, credito de indenização de sinistros DPVAT , a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário medico, junto a qualquer hospital, para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, Os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Campina Grande - 28/05/19

Local e data

4º CARTÓRIO
FECHINE

4

Assinatura do Beneficiário / Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)

FECHINE Antonio Hamilton Fechine - Tabelião
Sarah da Silva Fechine - Tabeliã
R. Marquês do Herval, 36 - Centro - CEP: 58400-007 - Campina Grande - PB
Tel.: (35) 3321-3000 - fechine@fechine.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de: TAMIREZ FRANCIELY DA SILVA

Em test. da verdade. Campina Grande-PB 28/05/2019 16:25:08
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
[2019-011711]EML:R\$ 49,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$
SELO DIGITAL: AIP98831-0V88
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199834/19

Vítima: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

CPF: 701.636.904-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2019

Titular do CPF: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

TAMIRES FRANCIELY DA SILVA : 701.636.904-80

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: 12/06/2019
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO
CPF: 408.289.644-91

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

JULIANE CAMPOS RODRIGUES