
Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Nº Sinistro: 3180279340

Vitima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180279340**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12991810



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
Nº Sinistro: 3180279340
Vitima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
Data do Acidente: 07/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
Nº Sinistro: 3180279340
Vitima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
Data do Acidente: 07/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
Nº Sinistro: 3180279340
Vitima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
Data do Acidente: 07/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 094.656.604-69 Nome completo da vítima: Osvaldo Calisto de Lima Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Osvaldo Calisto de Lima Neto</u>	<u>094.656.604-69</u>	<u>Eleticista + Mecânica</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Vereador Antonio Loucio</u>	<u>22</u>	<u>Quil. 02 - L-12</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>Cidade Nova</u>	<u>Normandia</u>	<u>PB</u>
Email	CEP	Telefone (DDD)
<u>zeduardosilva@helmaip.com</u>	<u>5828-000</u>	<u>98663-4900</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 AF. JMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (2371) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

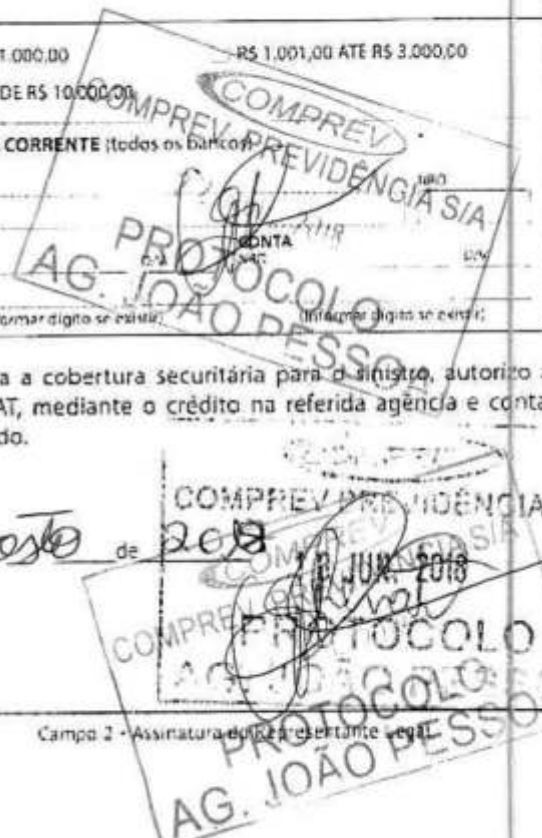
AGÊNCIA: 01042 D.V. CONTA: 109541 D.V. 9

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)



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

Normandia 29 de agosto de 2018

Local e Data

Osvaldo Calisto de Lima Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018

Ocorrência nº. 0263/2018

Aos DEZENOVE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, af por volta 14h:48min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO, conhecido por _____, Identidade nº 3671666-SSP/PB, CPF nº 09465660469, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autonomo, filho(a) de Jair Ricardo Silva De Lima E Eliane Lopes Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 13/09/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Antonio Lucio,12,Cidade Nova, tendo como ponto de referênciã: _____, na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato (83) 996813624.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 07 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: BR101-PROXIMO AO POSTO SETA nº _____, bairro: Centro – **MAMANGUAPE/PB;**
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUCTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veiculo marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES, cor: ROSA, placa: NPU0890/PB, ano: 2009/2010, chassi: 9C2JC4220AR004471 em nome de SIONE CONCEIÇÃO SILVA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, no local em referênciã, quando estava se dirigindo ao colocar em alerta pra entra em outra rua que liga a BR, outra motocicleta colidiu com a sua deixando o noticiante ao solo, QUE o comunicante sofreu acidente de trânsito e o outro condutor depois pegou a sua motocicleta e evadiu-se do local sem prestar socorro, QUE o noticiante após o acidente foi por conta própria ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida removido ao COPLEXO HOSPITALAR Mangabeira Gov.Tarcisio Burity de João Pessoa onde evidenciou-se segundo laudo médico com FRATURA DIAFISARIA DA RADIOI-CID-552.3, QUE foi submetido a cirurgia e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim escrevã(o) que digitei.

Osvaldo Calixto de Lima Neto

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Comunicante

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 JUN. 2018
PROCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA

EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA
ESCRIVÃO Ad Hoc – Mat. nº 5764



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2018
Ocorrência nº. 0263/2018

Aos DEZENOVE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DOS MATOS, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, a por volta 14h:48min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO, conhecido por _____, Identidade nº 3671666-SSP/PB, CPF nº 09465660469, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autonomo, filho(a) de Jair Ricardo Silva De Lima E Eliane Lopes Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 13/09/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Antonio Lucio, 12, Cidade Nova, tendo como ponto de referênciã: _____, na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato (83) 996813624.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CF art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 07 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: BR101-PROXIMO AO POSTO SETA nº _____, bairro: Centro - **MAMANGUAPE/PB;**
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELI HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES, cor: ROSA, placa: NPU0890/PB, ano: 2009/2010, chassi 9C2JC4220ARD04471 em nome de SIONE CONCEIÇÃO SILVA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, no local em referência, quando estava se dirigindo a colocar em alerta pra entra em outra rua que liga a BR, outra motocicleta colidiu com a sua deixando o noticiante ao solo, QUE o comunicante sofreu acidente de trânsito e o outro condutor depois pegou a sua motocicleta e evadiu-se do local sem prestar socorro, QUE o noticiante após o acidente foi por conta propria ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida removido ao COPLEXO HOSPITALAR Mangabeira Gov.Tarcisio Burity de João Pessoa onde evidenciou-se segundo laudo médico com FRATURA DIAFISARIA DA RADIOI-CID-S52.3, QUE foi submetido a cirurgia e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim escrivã(o) que digitei.

Osvaldo Calixto de Lima Neto
OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Comunicante

COMPREV PREVIDENCIA S/A
13 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Euribes Fagundes de Oliveira
EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA
ESCRIVÃO Ad Hoc - Mat. nº 5764

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280-000
 Tel: 32929050
 CNES: 7666772

Paciente OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO		BAE 223208	Data/Hora Entrada 07/09/2017 18:18:09	Data Baixa
Data de nascimento 13/09/1989	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 166052255630000	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe ELIANE LOPES DA SILVA				Prontuário
Endereço MANOEL FERNANDES, SN - CASA		Bairro PROJETADA	Município MAMANGUAPE	UF PB
Acidente	Motivo QUEDA	Profissional BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA		Nº Cons. Regional 7674/PB
Data/Hora Classificação 07/09/2017 18:27:25			Data/Hora Prescrição 07/09/2017 18:41:23	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO APRESENTA DOR INTENSA E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Exame Físico

CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO E ACINÓTICO

CID10

Código	Descrição
Z00.0	Exame médico geral

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 13 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

[Signature]
 BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA
 (7674/PB)

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

19/13
 MAMANGUAPE, 07/09/2017
 COREM - PB - 049096

① Sinais de dor no antebraço esquerdo
 ② Fratura humero ulnária D 10/09/17 18:07:23

ELIANE LOPES DA SILVA
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO, 12 - CO NOVA
MAMANGUAPE / PB CEP: 58280000 (AG: 14)

Emissão: 14/02/2018 Referência: Fev/2018
Classif/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO
Rotam: B-14-175-4360 Nº medidor: 0008573475

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 200, Km 25 - Casa Renda - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 08.035.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nº de Fisco / Conta de Energia Elétrica F002 074.228
Cód. para 9da. Automação: 80887804283

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	14/02/2018	15/03/2018	73911470444 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/785626-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002
- Lave o chuveiro no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
15/01/18	10518	14/02/18	10749	30

Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/Valor base Calc.	Aliq. (cm/%)	Spse Calc. Fu(R\$)	Coefm(R\$)	Coefm(R\$)
		Total	Total	CMAS(p)	CMAS	Fu(Coefm(R\$))	(1,1288%) (0,1596%)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,250240	7,82	7,82	27	2,05
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,435830	30,50	30,50	27	8,23
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120,000	0,053730	78,44	78,44	27	21,10
0801	Consumo acima de 220kWh-BR	13,000	0,726370	7,99	7,99	27	2,18
0810	Subsídio			48,81	48,81	27	12,94
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUIÇÃO E LIM PUBLICA			10,88	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MOR 12/2017			1,87	0,00	0	0,00
0805	MULTA 12/2017			2,74	0,00	0	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			1,36	0,00	0	0,00
0900	Devolução Subsídio			-31,21	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 157,03 171,38 48,26 171,38 1,92 6,99

Média últimos meses (kWh) 218 **VENCIMENTO 21/02/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 157,03**

Histórico de Consumo (kWh)												
204	210	180	217	239	230	221	186	180	227	218	227	
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Ma/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	

RESERVADO AO FISCO
b48a.0caf.d785.3089.6644.665b.83ac.f087.

Indicadores de Qualidade 12/2017 - R\$ Tarifa			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DEC MENSAL	0,47	0,00	NOMINAL 220
DEC TRIMESTRAL	12,94		
DEC ANUAL	35,86		
FIC MENSAL	2,87	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	7,35		LIMITE INFERIOR 202
FIC ANUAL	14,70		LIMITE SUPERIOR 231
DMC	3,80	0,00	
DCR	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia F00	31,80	20,25
Compra de Energia	37,58	23,89
Serviço de Transmissão	4,08	2,61
Encargos Setoriais	8,00	5,09
Impostos Diretos e Encargos	75,87	47,11
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	157,03	100,00

Valor do FISC (Dist. 12/2017) R\$ 40,42

ATENÇÃO

RETRASO DE VENCIMENTO: Caso haja fatura(s) acima mencionada(s) por não pagamento(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/03/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esta data não elimina a possibilidade de devida suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em nome da unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento de(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em regiões de proteção ao crédito ou controle de inadimplimento. Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 31,21.

Faturas em atraso
Jan/18 157,08

energisa PARÁIBA
Rotam: B-14-175-4360
Métrica: 785626-2018-02

VENCIMENTO 21/02/2018 **TOTAL A PAGAR R\$ 157,03**

83690000001-6 57030054000-4 07856262018-3 02900014019-3



AG. 10.000.FISCAL
COMPLETA PREVIDENCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTÓCOLO

Data do documento		Número do documento		Data de emissão		Valor do documento	
13/12/2017		711.791.735		18/12/2017		108,01	
Código de controle		Espécie		Valor		Valor	
109		R\$					
Demonstração de débitos							
Sr. Caixa							
- Cobrar multa de R\$ 2,16							
- Cobrar juros de R\$ 0,04 ao dia							
Pagador						Código de barras	
Oswaldo Calixto De Lima - 094.056.004-69						100 0000	
CONJ MANOEL FERNANDES, QD 02 LT 02 - EM FRENTE A QUADRA						Autenticação mecânica	
Memangape - 2608901 - PR - CEP: 58280000						Ficha de Compensação	



COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
17 JUL 2018
PROTÓCOLO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.

Bolêto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 009.534.985



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE
ELIANE LOPES DA SILVA
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO 12
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
5/785626-3

REFERÊNCIA
JUL/2018

APRESENTAÇÃO
17/07/2018

CONSUMO
207

VENCIMENTO
24/07/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 146,08

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ELIANE LOPES DA SILVA
Roteiro: 08-014-175-4360
83650000001-0 46080054000-3 07856262018-3 07800014019-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/07/2018	R\$ 146,08	785626-2018-07-8



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
14 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 011.036.535



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ELIANE LOPES DA SILVA
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO 12
MAMANGUAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/785626-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2018	16/08/2018	171	23/08/2018	R\$ 137,32

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

ELIANE LOPES DA SILVA

Roteiro: 08-014-175-4360

83690000001-6 37320054000-4 07856262018-3 08800014019-3

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
23/08/2018	R\$ 137,32	785626-2018- 08-6



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osvaldo Calisto K. Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.656.604-89 do sinistro de DPVAT cobertura unvalidez da Vítima Osvaldo Calisto K. Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.656.604-89, 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		Número	Complemento
Rua: <u>Marina Rosa</u>		<u>58</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Alamitua</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-400</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Zeduardasilva@hotmail.com</u>	<u>99340-1170</u>	<u>986634190</u>	

João Eduardo de Junho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Paciente OSVALDO GALIXTO DE LIMA NETO		Núm. BE OSVALDO GALIXTO DE LIMA NETO	Profissão
Motivo do atendimento QUEDA		Data/Hora Início 07/05/2017 18:27:18	Data/Hora Fim 07/05/2017 18:27:18
Profissional ELIDA GONCALVES DE BRITO		Classificação AMARELA	

Classificação de risco
Data / Hora: **07/05/2017 18:27:18**
Fluxograma **DEFORMIDADE GROSSEIRA**
Justificativa:

Sinais Vitais
Queixa Principal: **QUEDA MOTO**
Frequência Cardíaca (BPM): **100.00** Pressão Arterial Sistólica: **100.00** Cor da Pele: **NORMAL**
Frequência Respiratória (MRPM): **100.00** Pressão Arterial Diastólica: **100.00** Temperatura Corporal:
Hemoglicoteste (HGT): **0** Saturação (spO2): **0** Peso:
Altura (cm): **0**

Uso de medicamento / Comorbidade
Observação:

Glasgow
Abertura Ocular (AO):
Melhor Resposta Verbal (MRV):
Melhor Resposta Motora (MRM):
Índice Glasgow: **0**

Escala de Dor
Intensidade da Dor: **0**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quase sem dor	Atividade normal	Ligeira dor	Poucos problemas	Moderada	Grande dificuldade	Dor muito intensa	Dor incapacitante	Dor severa	Dor extrema	Dor máxima
			(Faz a maior parte das coisas)	(Bastante porém algumas atividades)	(Cessa algumas atividades)			(Significativa e incapacitante)		

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROCOLO
AG. JOÃO FESSGA



ENCAMINHAMENTO/REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDIA - *stotocuma*

Encaminhado paciente: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Residente à _____
Telefone _____ para atendimento referente à _____
_____ O paciente tem por responsável legal /
acompanhante o (a) senhor _____
sendo o mesmo (a) _____ do (a) paciente.

Motivo: PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE IMPORTANTE EM RÁDIO. SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

O contato foi realizado com *Beladina (coz)*

Mamanguape, 07/09/2017

Solicitante



*Sauda até 20:00h.
Como de antes de 144E.*



NÚMERO DO CADASTRO: 1 - CPF 2 - CGC

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

PACIENTE: OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO IDENTIDADE: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ ORIGEM

() PAM _____

() SES _____

() SSM _____

DADOS CLÍNICOS *Fratura dos Ossos do Antebraço* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx do Antebraço AP/P*

DATA: ____/____/____

Dr. Jorge Augusto
 CARTA DE ORIENTAÇÃO
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM 9127-PB
 ASSINATURA



NÚMERO DO CADASTRO: 1 - CPF 2 - CGC

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

PACIENTE: _____ IDENTIDADE: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ ORIGEM

() PAM _____

() SES _____

() SSM _____

DADOS CLÍNICOS *Fratura dos Ossos do Antebraço* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx do Antebraço AP/P*

DATA: ____/____/____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Dr. Jorge Augusto
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM 9127-PB
 CARIMBO E ASSINATURA

CERTIDÃO

Nº. 0032/2018

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA 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 Nº59179 e Prontuário Nº 2017.09.000958 pertencentes a **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO** que foi atendido dia 07/09/2017 às 20H57min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de galeazzi esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/09/2017 com alta médica dia 13/09/2017.

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

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURETY
SIA: AGENTE FISCAL COSE COSTA DUARTE S/N
59086-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1960
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 39179 Arc: Nao Regul.
Data: 07/09/2017
Hora: 20:57:32
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SEI
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
CNS: 166052255630000 Sexo: M IDENTIDADE: 3671666 Fone: 988973468
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 13/09/1989 Id: 28 ano(s)
End.: RUA ANTONIO LUCIO QUADRA 02 LOTE 12, BOBAIKRO: CIDADE NOVA
Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB
Mãe: ELIANE LOPES DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUTONOMO

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.09.000958
Estado Civil: NAO INFORMADO
Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA
Resp: MAF
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pr. Localidade: HOSPITAL MAMANGUAPE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 18:00/MAMANGUAPE

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Sanguinias: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnoeia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

Vitima de colacao moto x moto, com Trauma em antebraço e

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato de trauma de queda ap ch
na Fx Esp. Coloss. necessito 110
urgencia.

Diagnostico

Conduta

Fx-Lx Radio

mt-Pl-ao

Prescricao

Horario da medicacao

do Bloco emerg. e
coloss. esp. dia

COMPREV PREVIDENCIA SIA

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Data : Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Psicologia - Paciente auxiliado e estarre
psicologicamente.
12/09/17
9:30h
LMS

Ilvete Anaya K. Pombo
Psicóloga
CRP 12.566/1

AG. JOAO FERREIRA
PROTOCOLO
18 JUN 2018
COMPREV PREVIDENCIA S/A

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ctde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia
- Transferido
- Desistencia
- UTI
- Alta a pedido
- Enfermaria
- Obito: Atestado SVO IML

Ilvete Anaya K. Pombo

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Guilherme Galvão Data da Admissão: 1/1
 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: _____
 HDA: Do no aleitamento e após não
seu Rx.
Rx-LX glicosídeos e (espero) Aquatic
maternidade curativo.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 13 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

(Handwritten signature)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudores e
 [] 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 [] Deformidade
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
 [] Amnésia [] Libido [] Humor _____

Nome: OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO				Registro:	
Idade: 28 A	Sexo: M	Cor:	Clinica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 13 / 09 / 2017			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura diafisária do rádio</i>					<i>S52.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese do Antebraço</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro superior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região posterior de antebraço dorsolateral de Thompson

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio

Visualização de fratura da diáfise do ulna

Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 01 Placa DCP 3.5mm + 06 parafusos corticais

Realizada manobra de redução pra ulna

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

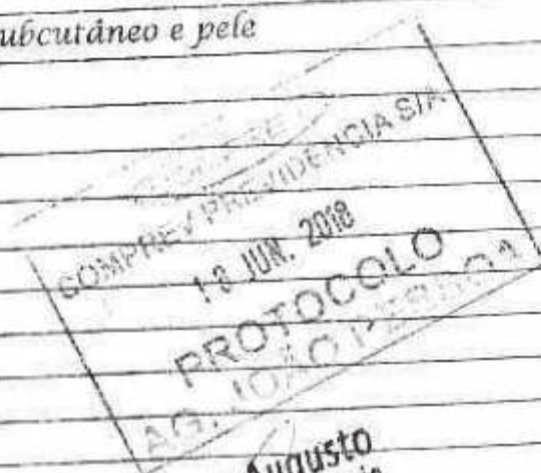
Curativo

Retirada de garrote de membro superior

Observada boa perfusão periférica

Tala axilopalmar gessada

OBS:



Data: 13/09/2017

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 9127-PB
MÉDICO/CRM

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Ríó [] Casa de Taipa [] HTF

[] 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: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fx-Lx gallegoszi Exp. E

Conduta: NO tratamento

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 26 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LETC	
DATA DE ADMISSÃO 07/09/2017		DATA DE ALTA 13/09/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária do Rádio</i>					CID S52.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio</i>						
TÉCNICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		18 JUN. 2018		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO		PROTOCOLO AG. JOSEPESSOA		<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>		
ÓBITO						

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

ETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

- POUSO:**
- Relativo em casa por **15** dias.
 - Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
 - Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDIKAÇÕES PARA CASA: *Deocil*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

Dr. Jorge Augusto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 073270

13/09/2017
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

P-236



Osvaldo Calixto de Lima Neto
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda

Recarta Federal

CPF

094 656 604-69

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

13/09/1989



COMPREV PREVIDENCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.671.666	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/06/2008
NOME	OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO		
FILIAÇÃO	JAIR RICARDO SILVA DE LIMA ELIANE LOPES DA SILVA		
NATURALIDADE	MAMANGUAPE-PB	DATA DE NASCIMENTO	13/09/1989
DOC. ORIGEM	NASC.N.20477 FLS.142V LIV.A25 CARTORIO MAMANGUAPE PB		
CPF	094 656 604-69		

João Pessoa - PB

Osvaldo Calixto de Lima Neto
 ASSINATURA DO DIRETOR

094 656 604-69
 20/06/2008

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA EM SERVIÇO PÚBLICO NACIONAL 05701485



CAD

RESERVAÇÃO

12578



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARNARA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

12578

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEFA DERSVIO DA SILVA

JOÃO PESSOA-78

1.034.882 - SSP/PB

NÃO

02/04/1987

456 555 024-91

18/04/2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279340

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Data do acidente: 07/09/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180279340

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Data do acidente: 07/09/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos

complementares:

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Osvaldo Calisto de Sousa Neto
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão eletricista + mecânico
RG nº 3671.668
CPF/MF nº 094656604-69 residente e domiciliado(a) à Rua conjunto Manoel Fernandes 60 02 11 12
Cidade de Manoelquepe Estado Paraíba
CEP: 5828000 telefone 83 99854-2280 * 986634900

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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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 PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Manoelquepe, 29 de 09 de 20 18.

Osvaldo Calisto de Sousa Neto
OUTORGANTE

TERESA RAMOS LINS
T0116 (0800-288) | email: teresa@sigetamin.com.br
Rua Floriano de Azevedo, 17 - Centro - Mangabeira - PE - CEP 52060-000

SIGETA MIN
SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE DOCUMENTOS

OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO
TERESA RAMOS LINS
TERESA RAMOS LINS - T0116 (0800-288) | email: teresa@sigetamin.com.br
Rua Floriano de Azevedo, 17 - Centro - Mangabeira - PE - CEP 52060-000

Em testada verdade, Manoelquepe-PE, 29/09/2018, às 14:42
TERESA RAMOS LINS - T0116 (0800-288) | email: teresa@sigetamin.com.br
Rua Floriano de Azevedo, 17 - Centro - Mangabeira - PE - CEP 52060-000

CONFIRMA A AUTENTICIDADE EM <https://selodigital.tjpb.jus.br>