
Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621749

Vítima: RAMIRO ALFREDO DINIZ

Data do Acidente: 12/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAMIRO ALFREDO DINIZ

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, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190621749

Vítima: RAMIRO ALFREDO DINIZ

Data do Acidente: 12/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAMIRO ALFREDO DINIZ

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **RAMIRO ALFREDO DINIZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000007730**

Conta: **0000040159-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **692.021.684-15 Ramiro Alfredo Diniz**

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

5 - Nome completo: **Ramiro Alfredo Diniz** 6 - CPF: **692.021.684-15**

7 - Profissão: **Recuse** 8 - Endereço: **R. J. da Rosa do Rosario** 9 - Número: **8** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **Popular** 12 - Cidade: **Santa Rita** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58301-190**

15 - E-mail: **(83) 986634900**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **7730** CONTA: **40159**

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
direta
vítima ou
seu/estudo
ou 485-00000

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **João Pessoa - PB 05/11/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12459.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12459.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:50 horas do dia 25 de outubro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Ramiro Alfredo Diniz**, CPF nº 692.021.684-15, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Comerciante, filho(a) de Maria das Mercês da Silva e David Alfredo Diniz, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 24/12/1961 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nossa Senhora do Rosário, Nº 78, bairro Santa Cruz, tendo como ponto de referência Rodoviária, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98818-5619.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, Vila dos Clementes, Santa Rita/PB, bairro Boa Vista; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/05/19 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE ESTAVA TRABALHANDO NO CAMINHÃO M.BENS/L 1620 ANO/MOD. 2003/2003 DE COR VERDE DE PLACA DAJ6971/PB CHASSI: 9BM6953013B353893 de propriedade do Sr. Rogério Rodrigues de Lima, QUE TRABALHA CARREGANDO PRÉ-MOLDADOS, QUE AO DAR PARTIDA A GRADE DA CARROCERIA ABRIU VINO O DECLARANTE A CAIR AO SOLO E SE LESIONAR sendo socorrido, por terceiros para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1611/2019, FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO, conforme CERTIDÃO assinada pela Dra. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137.

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, 25 de outubro de 2019,

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

RAMIRO ALFREDO DINIZ
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **692.021.684-15 Ramiro Alfredo Diniz**

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

5 - Nome completo: **Ramiro Alfredo Diniz** 6 - CPF: **692.021.684-15**

7 - Profissão: **Recuse** 8 - Endereço: **R. J. da Rosa do Rosario** 9 - Número: **8** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **Popular** 12 - Cidade: **Santa Rita** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58301-190**

15 - E-mail: **(83) 986634900**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: **7730** CONTA: **40159**

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nasceu)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão
direta
vítima ou
seu/estudo
na 48h após

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **João Pessoa - PB 05/11/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO

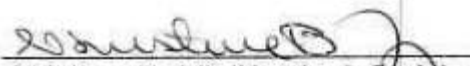
Nº. 1611/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº228628 e Prontuário Nº 2019.05.1371 pertencentes ao paciente **RAMIRO ALFREDO DINIZ** foi atendido dia 12/05/2019 às 09h48min, vítima de queda de caminhão, apresentando trauma em membros superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/05/2019. Com alta médica dia 17/05/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

CITY: JIÁ MUNITIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 228628

Atid: Nao Regulac

UF: HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TAREISIO BURITY

Data: 12/05/2019

NDA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 09:48:19

58706-344 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: MARIA JOSE DE ALCANTAR

FAX: - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: RAMIRO ALFREDO DINIZ

Num. Frontuario: 2019.05.031371

CNS: SPM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 643460 Fone: 989185619

Natural: ITABAITANA/PB Data Nas.: 24/12/1961 Id: 58 ano(s)

End.: RUA NOSSA SENHORA DO ROSARIO, 78

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA (CURAUA) UF: PB

Mae: MARIA DAS MERCEDES DA SILVA

Pai: DAVID RAMIRO DINIZ

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupacao: COMERCIANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

Resp.: RAMIRO ALFREDO DINIZ

Tel/Doc. Responsavel: 989185619 / IDENTIDADE: 643460

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

V. de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☒ Grave

FC: TB:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd: Q28:

☐ Regular ☐ Chocado☐ Vomito

Queixa Principal

Observacao

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Quem no Sao de de o Dano e o Pneu
E

Diagnostico

Conduta

Ex no novo tipo de Sog Pneu

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. F. Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8799 - PE 21393
TEOT 15803

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAMIRO ALFREDO DINIZ

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07730

CONTA: 000000040159-8

Autenticação:

9FA3CBE251649EA9321CC63FC3BA7F863A8C7B606CD5CB341CF436F408179265

MARIA DA PAZ ALVES DINIZ
RUAS DO ROSARIO, 78 - POPULAR
SANTARITA/PB CEP: 58201-150 (AO 8)

Ligação MONOFÁSICA

Classe COM MTC B2 / COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

Potência 10 - 3-720-2340

Medidor 00091187303

Referência Jul/2019

Encargos 17/07/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

B-220 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB CEP 58071-600

INSC EST 16.048.929-0

Nota Fiscal 100-1491 Entrega Sistema 30/09/2019

Cód. San. Des. Automático 0000247971

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN3
Jul/2019	17/07/2019	16/08/2019	022.596.714-08 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/224797-1

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACIAS BRASIL. Saiba mais em
saiba.gov.br/vaciasbrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/09/18	Letura 24901	Data 17/07/19	Letura 25154	1
			173	33
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc. Alq. Imposto Base Calc. Paga (R\$) Cálculo (R\$)
				Tributo Total (R\$) - Cálculo (R\$) - Cálculo (R\$) - Cálculo (R\$) - Cálculo (R\$)
0001 Consumo em kWh	173,000	0,000000	143,52	25 35,00 143,52 1,56 7,18
0001 Adic. B. Anistia			1,95	1,95 25 0,46 1,95 0,02 0,10
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRA-SERVIÇO PÚBLICA			21,08	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação de Tarifas TOTAL 166,53 145,47 35,38 145,47 1,57 7,28
Tarifa de Tributos 0,97172L

Média últimos meses (kWh) 108
VENCIMENTO 16/08/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 166,53

Histórico de Consumo (kWh)

114 | 122 | 115 | 143 | 119 | 147 | 132 | 135 | 201 | 199 | 181 | 157
Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19

RESERVAÇÃO FISCAL

4bc2.3df2.4a9e.c2b5.f2c8.64ee.0cdd.1b12.

Indicadores de Qualidade - S/DCE - Extração			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIAGNÓSTICO	5,43	0,00	
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	10,35		
DIAGNÓSTICO ANUAL	21,73		
DIAGNÓSTICO SEMESTRAL	3,33	0,00	
DIAGNÓSTICO ANUAL	0,72		
DIAGNÓSTICO ANUAL	10,45		
DIAGNÓSTICO ANUAL	2,11	0,00	
DIAGNÓSTICO ANUAL	12,22		

Comparação de Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia	34,55	20,83
Consumo de Energia	52,03	31,24
Consumo de Energia	3,40	2,04
Consumo de Energia	5,19	3,12
Consumo de Energia	88,26	52,77
Consumo de Energia	0,00	0,00
Total	166,53	100,00

Valor CUID (R\$) 5/2019: R\$ 49,67

ATENÇÃO

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 03921.063172 1 79830000016653

PAGADOR: MARIA DA PAZ ALVES DINIZ - CPF/CNPJ: 022.596.714-08
RUAS DO ROSARIO, 78 - POPULAR - SANTARITA/PB CEP: 58201-150

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
20249120003921063	00022479721907	16/08/2019	R\$ 166,53	

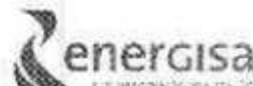
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.395.163/0001-40
Br 233, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-600

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Envie para emitir pagamento da nota fiscal com a de energia elétrica. Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.323-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 282.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

09.095.183/0001-40



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 06

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/DOCCORRIGINAL/ASP?TIPO=18&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/96.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ramiro Alfredo Diniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 692021684/15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Ramiro Alfredo Diniz

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.021.684/15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Agente Fiscal Jose G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/11/19

Assinatura do Declarante



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Raimundo Alberto Dias Data da Admissão: 12/05/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1/
Escolaridade: _____

QPD: Do 5º Puro (5) e Quinil Ha 2H
HDA: Quinil e cantharida ca 20 a Puro (5) e
Quinil

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-reposu ☐ 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 Rios [] 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: Rx _____

Hipóteses Diagnósticas: Fx de Nervos Distais &

Conduta: I 500 P 800 univ

RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Art. 1ª do Art. 109 do Art. 109
Art. 109 do Art. 109

Incisão:

1ª Incisão

Achados:

1ª Incisão

Conduta:

1ª Incisão
2ª Incisão
3ª Incisão

Fechamento:

OBS:

Data:

16/05/19

MEDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

RAMIRO ALFREDO DINIZ

PRONTUÁRIO Nº

58 ANOS SEXO MASC COR CLÍNICA *Ortopedia* ENF. 02 LEITO: 113

DE ADMISSÃO: 12/05/2019

DATA DE ALTA: 17/05/2019

TEMPO DE PERMANÊNCIA

HISTÓRICO INICIAL

Fratura do Rádio Distal (Punho)

CID

S52.5

HISTÓRICO DEFINITIVO

O mesmo

OS DIAGNÓSTICOS

EXAMES

Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio distal

TERAPIA MEDICAMENTOSA

DOENÇA PATOLÓGICA

COLETA DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

EVOLUÇÃO DE ALTA

MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

COMO

HISTÓRICO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de kirschner. 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

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

USO:

Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

DADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se houver dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

RECOMENDAÇÕES PARA CASA: *Cefalexina 500mg, analgésicos e anti-inflamatórios*

RETORNO:

Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **07** dias para revisão. (DR. FREDERICO)

Dr. Yuri Cordeiro

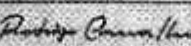
Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 11507

17/05/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	DOC. IDENTIFIC. - DATA EMISSÃO 1094562 552 70
	CPF - DATA NASCIMENTO 455.536.024-91 02/04/1967
	RENOME JOSEFA GERVASIO DA SILVA
	RENOME ACT. CATEG. 1000000 10 100
Nº RENOME 00724153182	VALIDADE 10/11/2019
VALIDADE 06/04/1989	
CATEGORIA A	
ASSINATURA DO TITULAR 	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 11/11/2014
ASSINATURA DO EMITENTE 	
Nº RENOME 60378880469	
Nº RENOME PB029545609	
Nº RENOME 00000000000	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190621749 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAMIRO ALFREDO DINIZ **Data do acidente:** 12/05/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Ramirino Alfredo Diniz, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão COMERCIANTE AUTÔNOMO, residente e domiciliado à Rua NS. do Rosário nº 78, bairro Popular, Município de Santa Rita, Estado de(o) PR, Cep: 58301-190, portador(a) do Rg nº 643.460, SSP/ PR e CPF nº 692.023.684-15.

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal João Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Rebova, Estado de(o) PR, Cep: 58086-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/ PR e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Ramirino Alfredo Diniz, ocorrido em 12/05/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza um validez.

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

Santa Rita, 07, de agosto de 2019.

DOURADO DE AZEVEDO

Outorgante

CPF Nº

692.023.684.15

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Santa Rita - Paraná
DOURADO DE AZEVEDO
1º Tabelionato de Notas de Santa Rita - Paraná

Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58301-190
Fone/Fax: (41) 3239-3312
Santa Rita - Paraná
C.N.R.T.: 05.106.628/m01-02

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
RAMIRINO ALFREDO DINIZ
Em test. da verdade, Santa Rita - PR 07/08/2019 10h
Cintia Santos Coutinho - Substituta
[2019-004174]ENCL: 04 49.91 FAPEN: 04
SELO DIGITAL: A1214482-C95N



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386704/19

Vítima: RAMIRO ALFREDO DINIZ

CPF: 692.021.684-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/05/2019

Titular do CPF: RAMIRO ALFREDO DINIZ

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

RAMIRO ALFREDO DINIZ : 692.021.684-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA