



Número: **0800849-15.2017.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **13/11/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS (AUTOR)		JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30964156	25/05/2020 17:11	Contestação	Contestação
30964162	25/05/2020 17:11	2716496_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos
30964165	25/05/2020 17:11	2716496_CONTESTACAO_Anexo_01	Outros Documentos

em anexo



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2017

Carta nº: 11843955

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170557662 ASL-0403499/17
Vitima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00299/00300 - carta_01



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11871409

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170557662 ASL-0403499/17
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

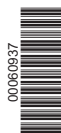
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01873/01874 - carta_02



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11925311

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170557662 ASL-0403499/17
Vitima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **237**

Agência: **000005776-2**

Conta: **000000820002-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01759/01760 - carta_15R



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

FU. RICARDO WALKER OLIVEIRA SANTOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3259 071 EXPEDIDO POR SSP PB EM 12/08/2017
 CPF 093252244-95 / CNPJ 00000000-00-000000-00, PROFISSÃO TEC. SEGUR.
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECEBIM. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RICARDO WALKER OLIVEIRA SANTOS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5776-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0820002-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

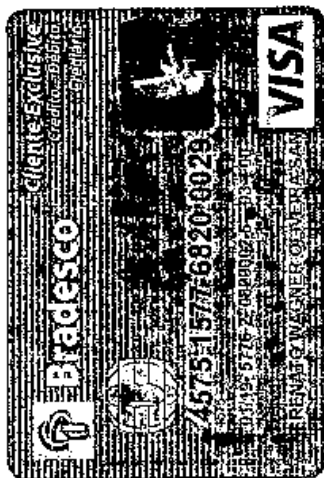
BARAUNA PB, 19 de SETEMBRO de 2017
 LOCAL E DATA

RICARDO WALKER OLIVEIRA SANTOS
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Confere c/
via
Digital

c/c

AG

5446-2 0820002-5





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2º SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PICUI/PB



C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 077/2015

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Registros de Ocorrências N.º 001/2015, o Registro n.º 077/2015, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao 02 dia do mês de Setembro do ano de 2015, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel. Dianni Regina de Barros Silva, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 17h:30min. compareceu: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS, brasileiro, solteiro, empresário, natural de Picuí/PB, nascido aos 31/08/1987, filho de Antonio Roque dos Santos e Valdemira Buriti de Oliveira Santos, residente na rua Presidente João Pessoa, s/n, Centro, Baraúna/PB, CPF n.º 083.252.244-95, RG n.º 3259071 SSP-PB; CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE No dia 15/08/2015, por volta das 17:30 horas, vinha conduzindo a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, cor laranja, ano/modelo 2012, placa OFA-1034/PB, chassi 9C2KD0550CR583627, licenciada em nome de Sandra Raliane dos Santos Gomes; Narra o comunicante que vinha trafegando na rua Presidente João Pessoa, Baraúna/PB quando o pneu dianteiro bateu em uma pedra que estava no meio da rua, perdendo o controle da referida moto, e vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelas testemunhas para o Hospital Regional de Picuí/PB; Tendo fratura no cotovelo e perna direita, conforme laudo em anexo, O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 02 de Setembro de 2015.

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
COMUNICANTE:

RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS
RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

TESTEMUNHA 1 CPF 064.347.744-60, residente na rua Abílio Gomes, s/n, Bairro Centro, Baraúna/PB.

ROBSON DA SILVA ARAÚJO SANTOS
ROBSON DA SILVA ARAÚJO SANTOS

TESTEMUNHA 2 CPF 066.615.274-80, residente na rua Pres. Getúlio Vargas, s/n, Bairro Centro, Baraúna/PB.

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE

Delegacia Regional de Polícia Civil - Picuí - PB
Rua Cel. Manoel Lucas, nº 02, Bairro Centro, CEP: 58.187-000 - Picuí - PB - Fone: (83) 3371-2324



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS, portador da carteira de identidade nº 3259071 e inscrito no CPF/MF sob o nº 053.252.244-95, residente e domiciliado na RUA PRES. JOÃO PÉLOA - 14, Cidade PARAUNA, Estado PARANÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

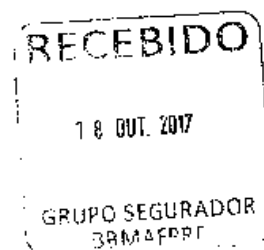
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PARAUNA PR 16-08-2017

Local e data



Comprovação de ato declar:

ATO DE DECLARATÓRIA

SUS		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL			
CÓDIGO DA UNIDADE:	2757710	CGC/CNPJ:	08.778.268/0001/60
NOME:	HOSPITAL REGIONAL DE PICUI		
END:	RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA		
MUNICÍPIO:	PICUI	ESTADO:	PARAIBA
UF:	25		
Nome:	RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS		
Sexo:	M		
Dt. Nasc:	27/08/1987	Idade:	27 anos(s)
Mês(es) de idade:		Dia(s) de idade:	
Mãe:	VALDEMIRA BURT DE OLIVEIRA SANTOS		
Profissão:	EMPRESARIO	Documento:	3299071
Endereço:	RUA JOAO PESSOA	Nº:	111
Bairro:	CENTRO		
Município/CEP/IBGE:	BARAUNA / 58.188-000 / 250153		
Telefone para contato:	(83) 8721-6419	CNPJ:	201044960150018
Data e Hora:	15/08/2015 17:35:54	CAVASTRO:	234239
PESO:	74,4 kg	SSV:	
PA:		TEMP:	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
<i>queixa de um aumento da urina e sangue na urina e sangue</i> <i>colorado e em urina</i> <i>EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)</i>			
Hospital Regional de Picui Assessoria Médica e Cirúrgica Assessoria de Diagnóstico Assessoria de Radiologia Assessoria de Laboratório Assessoria de Farmácia Assessoria de Nutrição Assessoria de Psicologia Assessoria de Serviço Social Assessoria de Enfermagem Assessoria de Fisioterapia Assessoria de Fonoaudiologia Assessoria de Odontologia Assessoria de Patologia Assessoria de Radioterapia Assessoria de Transfusão de Sangue Assessoria de Transplante Assessoria de Urgência Assessoria de Emergência Assessoria de Pronto Socorro Assessoria de Ambulatório Assessoria de Consultório Assessoria de Exames Assessoria de Diagnóstico Assessoria de Tratamento Assessoria de Acompanhamento Assessoria de Educação em Saúde Assessoria de Promoção da Saúde Assessoria de Prevenção de Doenças Assessoria de Controle de Qualidade Assessoria de Avaliação de Impacto Assessoria de Monitoramento e Avaliação Assessoria de Gestão de Recursos Humanos Assessoria de Gestão de Materiais Assessoria de Gestão de Finanças Assessoria de Gestão de Informação Assessoria de Gestão de Processos Assessoria de Gestão de Relacionamento Assessoria de Gestão de Imagem Assessoria de Gestão de Comunicação Assessoria de Gestão de Marketing Assessoria de Gestão de Vendas Assessoria de Gestão de Operações Assessoria de Gestão de Logística Assessoria de Gestão de Segurança Assessoria de Gestão de Meio Ambiente Assessoria de Gestão de Recursos Naturais Assessoria de Gestão de Patrimônio Assessoria de Gestão de Infraestrutura Assessoria de Gestão de Tecnologia da Informação Assessoria de Gestão de Inovação Assessoria de Gestão de Sustentabilidade Assessoria de Gestão de Governança Assessoria de Gestão de Compliance Assessoria de Gestão de Riscos Assessoria de Gestão de Ética Assessoria de Gestão de Responsabilidade Social Assessoria de Gestão de Relacionamento com a Comunidade Assessoria de Gestão de Imagem e Reputação Assessoria de Gestão de Marca Assessoria de Gestão de Comunicação Integrada Assessoria de Gestão de Marketing Digital Assessoria de Gestão de Relacionamento com o Cliente Assessoria de Gestão de Experiência do Cliente Assessoria de Gestão de Inovação e Desenvolvimento Assessoria de Gestão de Pesquisa e Desenvolvimento Assessoria de Gestão de Produção Assessoria de Gestão de Operações e Logística Assessoria de Gestão de Qualidade Assessoria de Gestão de Segurança da Informação Assessoria de Gestão de Segurança Física Assessoria de Gestão de Segurança de Processos Assessoria de Gestão de Segurança de Produtos Assessoria de Gestão de Segurança de Serviços Assessoria de Gestão de Segurança de Pessoas Assessoria de Gestão de Segurança de Ativos Assessoria de Gestão de Segurança de Dados Assessoria de Gestão de Segurança de Sistemas Assessoria de Gestão de Segurança de Redes Assessoria de Gestão de Segurança de Dispositivos Assessoria de Gestão de Segurança de Aplicativos Assessoria de Gestão de Segurança de Serviços em Nuvem Assessoria de Gestão de Segurança de Internet das Coisas Assessoria de Gestão de Segurança de Robótica Assessoria de Gestão de Segurança de Veículos Autônomos Assessoria de Gestão de Segurança de Drones Assessoria de Gestão de Segurança de Satélites Assessoria de Gestão de Segurança de Espaciais Assessoria de Gestão de Segurança de Aeroespaciais Assessoria de Gestão de Segurança de Defesa Assessoria de Gestão de Segurança de Inteligência Assessoria de Gestão de Segurança de Cibersegurança Assessoria de Gestão de Segurança de Ciberdefesa Assessoria de Gestão de Segurança de Cibersegurança e Ciberdefesa			
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIÓTIPO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIÓTIPO			

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05776-2

CONTA: 000000820002-5

Nr. Autenticação

BRADESCO061120170500000000002370577600000082000233750 PAGO



Comprovante de residencia



energisa

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
RUA PRES. JUSCÁO PEREIRA, 14 - CENTRO
BARAUNA/ PB CEP: 58150-000 (AG. 80)

Endereço: RUA PRES. JUSCÁO PEREIRA, 14 - CENTRO
Bairro: CENTRO
Cidade: BARAUNA/ PB CEP: 58150-000 (AG. 80)

Emprego: 14/08/2017 Referência: Ago/2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL NÔMOPAGAR
Poder: B-209-870-7170 1ª medição: 0000784940

Nº da Fatura/Código de Energia: ENER000 418946
Cód. para DDI: Automático: 0000211708

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago/2017	14/08/2017	13/09/2017	8325224495

UC (Unidade Consumidora): **5/241708-7**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
12/07/17	52	14/08/17	57	23

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Valor	Preço	Valor	Preço	Valor	Preço	Valor	Preço
0001	Custo de Ocorrência	13,74	0,00	0	0,00	13,74	0,14	0,02		
0001	Adm. R. Anistia	0,25	0,00	0	0,00	0,25	0,00	0,01		
0001	Adm. B. Vermecho	0,41	0,00	0	0,00	0,41	0,00	0,02		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0005	MULTA 02/2017	0,23	0,00	0	0,00	0,23	0,00	0,00		

CD: Conto de Classeção e Remoção 1014 14/03 0,00 0,00 14,55 0,14 0,05

Média últimos meses (kWh): **VENCIMENTO 21/08/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 14,83**

Histórico de Consumo (kWh)

7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	132
---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RODRIGO CASSIANO DOS SANTOSRG nº 3187997, data de expedição / / , Órgão SSP PB

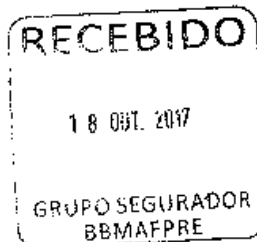
CPF nº 064.318.741-60, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. ABILIO GOMES</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PARAUPEBA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58188000</u>
Telefone de Contato	<u>83 999 204957</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARAUPEBA PB 16-08-2017Assinatura do Declarante: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS





ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

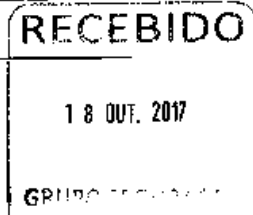
Pelo exposto, eu RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS, portador(a) do RG nº 3157997, expedido por SSP PB, em 22/10/2007, CPF/CNPJ nº 064.347.744-60,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) ALVARO WAGNER OLIVEIRA SANTOS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO da vítima ALVARO WAGNER OLIVEIRA SANTOS e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário



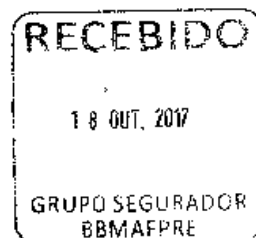
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SANDRA RALIANE DOS SANTOS GOMES
RG nº 2925255, data de expedição 27/10/2002
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061.570.344-54, com
domicílio na cidade de BARAUNA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Joana Maria de Jesus, nº 163, complemento _____
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
REGATO WAGNER DO OLIVEIRA SANTOS

Veículo: NXR 150 BROS
Ano: 2012/2012
Modelo: 2012
Placa: OFA 1054/PB
Chassi: 9C7K9D550CR583627
Data do Acidente: 15/08/15

Local e Data: BARAUNA 11 de janeiro 2016

Sandra Ralaine dos Santos Gomes
Assinatura do Declarante



OBS: RECONHECER POR AUTENTICIDADE



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.000/160

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Rapa/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 31/08/1987 Idade: 27 anos(m) meses(es) de idade dias(dia) de idade Sexo: M

Mãe: VALDEMIRA BURITI DE OLIVEIRA SANTOS

Profissão: EMPRESARIO Documento: 3258071

Endereço: RUA JOAO PESSOA Nº: 111

Bairro: CENTRO

Município/CEP/IBGE: BARAUNA / 58.188-000 / 250163

Telefone para contato: (83) 8721-6419

Data e Hora: 15/08/2015 17:35:54

SSVV

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Causa natural
quele a um acidente
de carro, de 1 carroCotado e
na ortopedica

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)



Hospital Regional de Picui

Atesto conforme o original.

RESULTADOS

Picui, 01/08/2015

Arquivo Médico

Josevânia Lima de Melo

RECEPCIONISTA: HRP

Aux. Administrativo

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. S.P. 9 - 100ml

2. S.P. 10 - 100ml

3. S.P. 10 - 100ml

4. S.P. 10 - 100ml

5. S.P. 10 - 100ml

6. S.P. 10 - 100ml

7. S.P. 10 - 100ml

8. S.P. 10 - 100ml

9. S.P. 10 - 100ml

10. S.P. 10 - 100ml

11. S.P. 10 - 100ml

12. S.P. 10 - 100ml

13. S.P. 10 - 100ml

14. S.P. 10 - 100ml

15. S.P. 10 - 100ml

16. S.P. 10 - 100ml

17. S.P. 10 - 100ml

18. S.P. 10 - 100ml

19. S.P. 10 - 100ml

20. S.P. 10 - 100ml

21. S.P. 10 - 100ml

22. S.P. 10 - 100ml

23. S.P. 10 - 100ml

24. S.P. 10 - 100ml

25. S.P. 10 - 100ml

26. S.P. 10 - 100ml

27. S.P. 10 - 100ml

28. S.P. 10 - 100ml

29. S.P. 10 - 100ml

30. S.P. 10 - 100ml

31. S.P. 10 - 100ml

32. S.P. 10 - 100ml

33. S.P. 10 - 100ml

34. S.P. 10 - 100ml

35. S.P. 10 - 100ml

36. S.P. 10 - 100ml

37. S.P. 10 - 100ml

38. S.P. 10 - 100ml

39. S.P. 10 - 100ml

40. S.P. 10 - 100ml

41. S.P. 10 - 100ml

42. S.P. 10 - 100ml

43. S.P. 10 - 100ml

44. S.P. 10 - 100ml

45. S.P. 10 - 100ml

46. S.P. 10 - 100ml

47. S.P. 10 - 100ml

RECEBIDO

18/08/2015

GRUPO SEGUADOR
BRMAFPRE



Hospital Regional de Pícuí "Felipe Tiago Gomes"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

EVOLUÇÃO

Nome: Pedro Wagner Oliveira Santos Idade: 27 Reg.: 74.530
Serviço: P. Linérgico Diagnóstico: _____ Local: 207.05

Data	Evolução
	# ORTOPEDIA Pacientes submetidos a 140 cirurgias e/ou procedimentos Cl. ISSMS <i>[Signature]</i> Dr. Carlos Cândido Filho Ortopedista Traumatologista CRM 10.098 - 11/8/12 <i>[Signature]</i> Dr. Fábio Gondina Nepomuceno Cirurgia do Joelho CRMED: 035000054295 RECEBIDO 18 JUL 2017





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Piau "Felipe Tiago Gomes"

FICHA DE ANESTESIA

NOME <u>Ronaldo Wagner Oliveira Santos</u>		IDADE <u>27</u>	SEXO <u>M</u>	GR. SANGÜÍNEO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO <u>FRACTURA de Ombreira</u>		CATEGORIA <u>SUS</u>	DATA <u>30/08/15</u>	
OPERAÇÃO REALIZADA <u>Tubo torácico de Fractura de Ombreira</u>				
CIRURGIÃO <u>Dro Carlos</u>		AUXILIAR	ANESTESISTA <u>Dro Roberto</u>	
AGENTES VOLUNTÁRIOS				
CÓDIGO	220			
Anestesia X	200			
Oper. Intub. T	180			
Endotr. Press. A	160			
Distal Pulso O	140			
Resp. RA	120			
Assit. Resp. RE	100			
Distal. Resp. HI	80			
Glaucoma	60			
	40			
	20			
Pré-Anestésico				
Anestesia	☐ Geral	☐ Raquiana	☐ Peridural	☒ Bloqueio de Plexo
Venotomia	<u>Inferior</u>			Venoclise <u>Sim</u>
Início	Termo			Duração minutos
AGENTES DOSES		LIQUIDO	ML	
<u>Yohimbina 200µg</u>		<u>10</u>	<u>1.00</u>	
<u>Propofol 20mg</u>		<u>10</u>	<u>1.00</u>	
<u>Atropina 1mg</u>		<u>10</u>	<u>1.00</u>	
<u>Ceftriaxona 1g</u>		<u>10</u>	<u>1.00</u>	
<u>Albúmina 40g</u>		<u>10</u>	<u>1.00</u>	
<u>Alcornoque 10g</u>		<u>10</u>	<u>1.00</u>	
<u>Arteson 10g</u>		<u>10</u>	<u>1.00</u>	
<u>O2 - 2l/min</u>		<u>10</u>	<u>1.00</u>	
TOTAL		<u>1.00</u>	<u>1.00</u>	
OBS: <u>Roberto Marinho Alves</u> MÉDICO CPF 251 034 154-53 CRM 3512				

RECEBIDO

18 OUT. 2017

RESPONSÁVEL
BBMAERRE



		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE PICUI		2757710	
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE Benedito Wagner Oliveira Santos		72.530	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708 5003 5043 02 73		8 - DATA DE NASCIMENTO 31.08.83	
9 - SEXO Masculino		10 - RAÇA/COR Parda	
11 - NOME DA MÃE Valdemira Bunk de Oliveira Santos		12 - TELEFONE DE CONTATO 000 (83) N° DO TELEFONE 8613-2831	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua: Praça João Pessoa nº 119		14 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
15 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 25053		16 - UF PB	
17 - CEP 58.158.000		18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS História de trauma em acidente de trânsito fratura em corpo estranho			
20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de tratamento cirúrgico			
21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX + CP			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de Ombro		23 - CID 10 PRINCIPAL S531	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico de fratura de ombro		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020229	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		29 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18.08.15	
30 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO		31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32 - Nº DO BILHETE		33 - Nº DO BILHETE	
34 - Nº DO BILHETE		35 - Nº DO BILHETE	
36 - Nº DO BILHETE		37 - Nº DO BILHETE	
38 - Nº DO BILHETE		39 - Nº DO BILHETE	
40 - Nº DO BILHETE		41 - Nº DO BILHETE	
42 - Nº DO BILHETE		43 - Nº DO BILHETE	
44 - Nº DO BILHETE		45 - Nº DO BILHETE	
AUTORIZAÇÃO			
46 - Nº DO BILHETE		47 - Nº DO BILHETE	
48 - Nº DO BILHETE		49 - Nº DO BILHETE	
50 - Nº DO BILHETE		51 - Nº DO BILHETE	
52 - Nº DO BILHETE		53 - Nº DO BILHETE	
54 - Nº DO BILHETE		55 - Nº DO BILHETE	
56 - Nº DO BILHETE		57 - Nº DO BILHETE	
58 - Nº DO BILHETE		59 - Nº DO BILHETE	
60 - Nº DO BILHETE		61 - Nº DO BILHETE	
62 - Nº DO BILHETE		63 - Nº DO BILHETE	
64 - Nº DO BILHETE		65 - Nº DO BILHETE	
66 - Nº DO BILHETE		67 - Nº DO BILHETE	
68 - Nº DO BILHETE		69 - Nº DO BILHETE	
70 - Nº DO BILHETE		71 - Nº DO BILHETE	
72 - Nº DO BILHETE		73 - Nº DO BILHETE	
74 - Nº DO BILHETE		75 - Nº DO BILHETE	
76 - Nº DO BILHETE		77 - Nº DO BILHETE	
78 - Nº DO BILHETE		79 - Nº DO BILHETE	
80 - Nº DO BILHETE		81 - Nº DO BILHETE	
82 - Nº DO BILHETE		83 - Nº DO BILHETE	
84 - Nº DO BILHETE		85 - Nº DO BILHETE	
86 - Nº DO BILHETE		87 - Nº DO BILHETE	
88 - Nº DO BILHETE		89 - Nº DO BILHETE	
90 - Nº DO BILHETE		91 - Nº DO BILHETE	
92 - Nº DO BILHETE		93 - Nº DO BILHETE	
94 - Nº DO BILHETE		95 - Nº DO BILHETE	
96 - Nº DO BILHETE		97 - Nº DO BILHETE	
98 - Nº DO BILHETE		99 - Nº DO BILHETE	
100 - Nº DO BILHETE		101 - Nº DO BILHETE	
102 - Nº DO BILHETE		103 - Nº DO BILHETE	
104 - Nº DO BILHETE		105 - Nº DO BILHETE	
106 - Nº DO BILHETE		107 - Nº DO BILHETE	
108 - Nº DO BILHETE		109 - Nº DO BILHETE	
110 - Nº DO BILHETE		111 - Nº DO BILHETE	
112 - Nº DO BILHETE		113 - Nº DO BILHETE	
114 - Nº DO BILHETE		115 - Nº DO BILHETE	
116 - Nº DO BILHETE		117 - Nº DO BILHETE	
118 - Nº DO BILHETE		119 - Nº DO BILHETE	
120 - Nº DO BIL			

RECEBIDO

18 OCT. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFERI



PACIENTE	
NOME:	Renato Wagner Oliveira Santos
PROFISSÃO:	Liberto ^{divorciado}
ENDEREÇO:	R. João Pessoa n.º 111
MUNICÍPIO:	Bacanga
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:	ESTADO: PB
DATA DO NASCIMENTO:	CNS: 708500350270273
	DATA DO ATENDIMENTO: 31.08.97
	7.08.15

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

present volume is evidently the
 prototype (see) ; quantity
 equal to former no
 colored & pure &

GRUPO SEGUADOR

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

**SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL**

PACIENTE	
NOME:	Renato Wagner Oliveira Santos
PROFISSÃO:	Liberto ^{divorciado}
ENDEREÇO:	R. João Pessoa n.º 111
MUNICÍPIO:	Bacanga
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:	ESTADO: PB
DATA DO NASCIMENTO:	CNS: 708500350270273
	DATA DO ATENDIMENTO: 31.08.97
	7.08.15

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

present volume is evidently the
 prototype (see) ; quantity
 equal to former no
 colored & pure &

GRUPO SEGUADOR

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

CARRETERA DO ATENDIMENTO

() 01 - ELETIVO.
() 02 - URGÊNCIA.
() 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
() 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
() 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
() 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNOSTICO:

CID-10

☐ MEDICAÇÃO ☐ PRESCRITA ☐ APLICADA	☐ OBSERVAÇÃO ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO	ENCAMINHAMENTO: ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OUTROS
---	--	--

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

[illegible]

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

CR 155-15674-50
CR 155-15674-50
CR 155-15674-50

CNS	CBO	CRM
-----	-----	-----

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo	ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo
-----------------------------------	--



HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ

Rua Francisco Pereira Gomes, 15- Monte Santo
CEP: 58.187-000 Fones: (83) 3371-2554 / 2990
Picuí PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº do Doc.

74.530

Nº do Docum.

32.590.71

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Renato Wagner Oliveira Santos

Responsável: Doutor

Mãe: Antônio Roque da Silva

Mãe: Mildemir Gatti de Oliveira Santos

Prof. Antônio Data Nasc.: 31.08.83 Idade: 27

Endereço: Rua: Praça João Pessoa Nº 1

Bairro: Centro Cidade: Guarara Est. Civil: solteiro

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Tort. cirur. de Fratura de
Olecranon

Tratamento efetuado no hospital: cirurgico

Exames realizados: _____

Internado em 17/08/15 Alta em 19/08/15 Óbito em 1/1

Ortopedista André Filho
CRM-PB 6048 - FEQ 1122

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPE

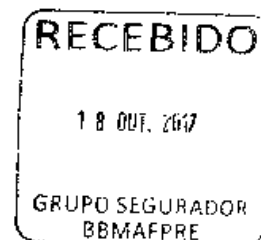


Abstract

RECEBIDO
18 OUT. 2017
GRUPO SEGURADORA



Abstract

[illegible]

[REDACTED]

RECEBIDO
18 OUT. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

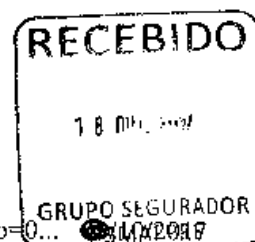
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LILIANI CARNEIRO DOS SANTOS	
Tipo de Sinistro [Selecione]		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS		Nome da Vítima RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS	CPF da Vítima 08325224495
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec.Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial		Invalidez Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações: COMPROVANTE DO CARTÃO DO BANCO BRADESCO DO RENATO, CIRCULAR SUSPER, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE JOSEFA, PROCURAÇÃO PARTICULAR, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO.	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170557662 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 15/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: AUREA MARIA TAVARES TORRES

CRM do médico: 52.56757-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170557662 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 15/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olécrano à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Refere dores esporádicas. Ao exame vítima apresenta hipotrofia, déficit residual da força muscular e limitação dos movimentos da flexão do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS; brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO Profissão: COMERCANTE, portador(a) do RG
3259071, órgão expedidor SP/PB e do CPF: 093.252211-95 residente
no(a) RUA FIES JOÃO PESSOA nº 14,
bairro: CENTRO, município: BARAUNA PB.

OUTORGADO:

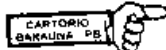
Nome: ARILDO CASSANO DOS SANTOS,
brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: ARICULTOR, portador(a) do
RG 3187997, órgão expedidor SP/PB e do CPF: 064.347.749-60
residente
RUA ARILDO ROMES nº 512,
bairro: CENTRO, município: BARAUNA PB.

PODERES: 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 e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

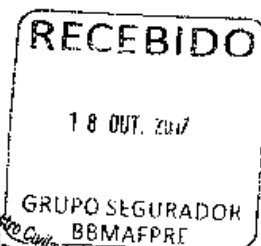
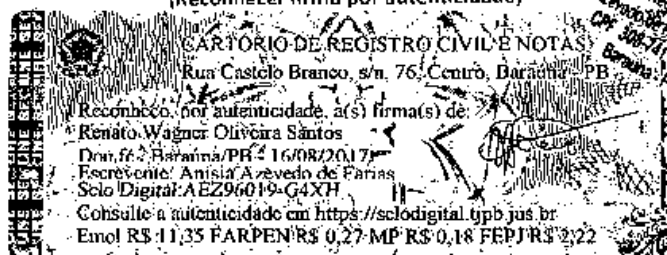
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

BARAUNA PB 16-08-2017
Local e Data



RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS** Sinistro: **3170557662** Data: **15/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Presidente Joao Pessoa, 14, Casa - Centro - Baraúna - PB - CEP 58188-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3259071**

Data local do exame: [**30/10/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do olécrano à esquerda. Refere dores esporádicas. Ao exame vítima apresenta hipotrofia, déficit residual da força muscular e limitação dos movimentos da flexão do cotovelo esquerdo.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico.

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

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

Limitação funcional do cotovelo esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Cotovelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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

Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2017

Carta nº: 11843955

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170557662 ASL-0403499/17
Vitima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00299/00300 - carta_01



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11871409

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170557662 ASL-0403499/17
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

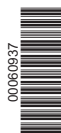
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01873/01874 - carta_02



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11925311

A/C: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170557662 ASL-0403499/17
Vitima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 15/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000005776-2

Conta: 000000820002-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01759/01760 - carta_15R



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

FU. RICARDO WALKER OLIVEIRA SANTOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3259 071 EXPEDIDO POR SSP PB EM 12/08/2017
 CPF 093252244-95 / CNPJ 00000000-00-00000-00, PROFISSÃO TEC. SEGUR.
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECEBIM. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RICARDO WALKER OLIVEIRA SANTOS AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5776-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0820002-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BARAUNA PB, 19 de SETEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

RICARDO WALKER OLIVEIRA SANTOS

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Confere c/
via
Digital

c/c

AG

5446-2 0820002-5





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2º SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PICUI/PB



C E R T I D ã O

Nº.Cont.: 077/2015

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Registros de Ocorrências N.º 001/2015, o Registro n.º 077/2015, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao 02 dia do mês de Setembro do ano de 2015, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel. Dianni Regina de Barros Silva, Delegada de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 17h:30min. compareceu: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS, brasileiro, solteiro, empresário, natural de Picuí/PB, nascido aos 31/08/1987, filho de Antonio Roque dos Santos e Valdemira Buriti de Oliveira Santos, residente na rua Presidente João Pessoa, s/n, Centro, Baraúna/PB, CPF n.º 083.252.244-95, RG n.º 3259071 SSP-PB; CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE No dia 15/08/2015, por volta das 17:30 horas, vinha conduzindo a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES, cor laranja, ano/modelo 2012, placa OFA-1034/PB, chassi 9C2KD0550CR583627, licenciada em nome de Sandra Raliane dos Santos Gomes; Narra o comunicante que vinha trafegando na rua Presidente João Pessoa, Baraúna/PB quando o pneu dianteiro bateu em uma pedra que estava no meio da rua, perdendo o controle da referida moto, e vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelas testemunhas para o Hospital Regional de Picuí/PB; Tendo fratura no cotovelo e perna direita, conforme laudo em anexo, O referido é Verdade e Dou fé.

Picuí/PB, 02 de Setembro de 2015.

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
COMUNICANTE:

RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS
RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

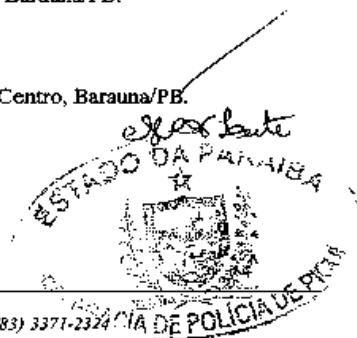
TESTEMUNHA 1 CPF 064.347.744-60, residente na rua Abílio Gomes, s/n, Bairro Centro, Baraúna/PB.

ROBSON DA SILVA ARAÚJO SANTOS
ROBSON DA SILVA ARAÚJO SANTOS

TESTEMUNHA 2 CPF 066.615.274-80, residente na rua Pres. Getúlio Vargas, s/nº, Bairro Centro, Baraúna/PB.

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Delegacia Regional de Polícia Civil - Picuí - PB
Rua Cel. Manoel Lucas, nº 02, Bairro Centro, CEP: 58.187-000 - Picuí - PB - Fone: (83) 3371-2324



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS, portador da carteira de identidade nº 3259071 e inscrito no CPF/MF sob o nº 053.252.244-95, residente e domiciliado na RUA PRES. JOÃO PÉLOA - 14, Cidade PARAUNA, Estado PARANÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

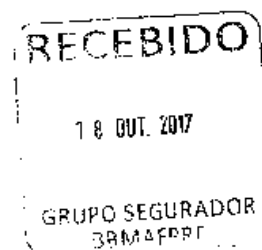
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PARAUNA PR 16-08-2017

Local e data



~~ATO DE LA RESTO~~



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05776-2

CONTA: 000000820002-5

Nr. Autenticação

BRADESCO061120170500000000002370577600000082000233750 PAGO



ENERGISA

RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
RUA PRES. JOAO PESSOA, 14 - CENTRO
BARAUNA/PB CEP: 58160000 (AG. 001)

Emprego 14/08/2017 Referência: Ago / 2017
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro B-769-8100-7110 Nº medidor: 00002619493

Endereço: Rua da Paraíba, Distrito Industrial de Encruzilhada
2-700, Km 25, Cid. Residencial, Joo Pessoa/PB - CEP: 53071-690
CNPJ: 09.085-1030001-00 Insc. Est.: 016.9234

Nº da Fatura: Conta de Energia ENERGISA000 418346
Cód. para PDV: 42878762 Nº medidor: 00002611708

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPY CNPJ/ RANI
Ago / 2017	14/08/2017	13/09/2017	8325224495

UC (Unidade Consumidora): **5/241708-7**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Linha	Data	Linha						
120797	52	140817	53						53
Demonstrativo									
501	Descrição	Constante	Atual	Vale Rote C&M	Atq	Trouxe Contabiliz	Mobiliz	C&MS	Poss
0801	Curso de Oportunidade	13,79	0,00	0,00	0,00	12,79	0,14	0,02	
0901	Atac. Al Amarela	0,05	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,01	
0901	Adm. B. Verneiro	0,41	0,00	0,00	0,00	0,41	0,00	0,02	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0805	MULTA 070717	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

PDI - Contorno da Classe de Ativos em Pare				101M	14.93	R\$3	0.00	18.55	5.14	0.55
Média dos meses (R\$W)				VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR				
				21/08/2017		R\$ 14,83				
Histórico do Consumo (R\$W)										
8	12	1	9	10	1	4	1	9		
10	1	4	1	9	10	1	4	1		
Jul17	Jun17	Ma17	Abri17	Ma17	Feve17	Jun17	Dez16	Nov16	Out16	Agos16
RESERVADO AO FISCO										
158b.937f.dc97.2987.e87c.6871.7177.288d.										
R2017-PDI										
Indicadores de Qualidade										
Limites da ANEEL		Aprovado	Limite de Tensão [V]							
	615									
CONFORME	12.93	0.00	NORMAL	210						
ORGANIZADA	21.90									
REC. VENCIDA	3.30									
CONFORME	0.90	0.00	CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30	0.00	CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA	0.30		CONFORME	200						
ORGANIZADA	0.30		CONFORME	200						
REC. VENCIDA										

RECIBO
18 MAR 1964
GRUPO 3
BBMAF.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RODRIGO CASSIANO DOS SANTOSRG nº 3187997, data de expedição / / , Órgão SSP PB

CPF nº 064.318.741-60, venho perante a este instrumento declarar que não possui comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. ABILIO GOMES</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PARAUPEBA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58188000</u>
Telefone de Contato	<u>83 999 204957</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARAUPEBA PB 16-08-2017Assinatura do Declarante: RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS

JOSEFA LIMA CASSIANO DOS SANTOS
RUA AGUILO GOMES, S/N - CENTRO
BARAUNA/PB CEP 58180000 (AG. 80)

Classificação: RESIDENCIAL / RENDA MONOFÁSICA
Referência: Jul/2017
Nº medidor: 0000020787 Emissão: 13/07/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Criação Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.086.183/0001-40 - Ins. Est. 16.915.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000511.109
Código para Omissão Automática: 0000779420

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jul/2017	13/07/2017	15/08/2017	2933234459

UC (Unidade Consumidora): 5/776488-9

Canal de contato

ATENÇÃO - AVERIGUAÇÃO CADASTRAL 2017
Procurar a prefeitura de sua cidade até 15/08/2017 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para a MOSA-0800 787 2103
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (iniciada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002)
Prezado Cliente:
A partir deste mês, as contas contatadas com um novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, atiquetas, tarifa e composição da fatura. O valor da tarifa, passará a ser apresentado acrescido dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total da energia paga pelo cliente. Essa mudança não impacta nos valores finais pagos pelos clientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 12/06/17	Leitura 7842	Data 13/07/17	Leitura 7894	
			1	42
				31

CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,153350	4,60	0,00	0	0,00	4,60	0,04	0,17
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	12,000	0,262720	3,15	0,00	0	0,00	3,15	0,02	0,12
0801	Adic. B. Armado			0,18	0,00	0	0,00	0,18	0,00	0,00
0810	Subsídio			11,60	0,00	0	0,00	11,60	0,08	0,49
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMIC 05/2017			-0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	Devolução Subsídio			-11,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCl Código de Classificação do Item TOTAL 0,38 0,00 0,00 19,20 0,15 0,72

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 20/07/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 8,36

Histórico de Consumo (kWh)

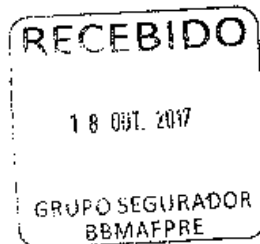
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

RESERVADO AO FISCO 7765.636b.542d.10d8.f334.5a0b.322e.3e59.

Indicadores de Qualidade				Composição da Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DR MENSAL	12,30	4,35	NORMAL	Energia de Perda da Energia	2,28	33,01
DR TRIMESTRAL	24,60			Energia de Energia	0,50	41,52
DR ANUAL	3,30			Energia de Transmissão	0,18	2,28
FC MENSAL	6,60	1,00	CONTRATADA	Energia Selecionada	1,00	11,60
FC TRIMESTRAL	12,30		LIMITE SUPERIOR	Impostos Diretos e Encargos	0,87	10,39
FC ANUAL	3,00		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC (ACR)	17,22	4,35		TOTAL	8,42	100,00

Valor de EUS (Ref 5/2017) R\$ 4,06

ATENÇÃO - Sua unidade foi faturada com Renda Fixa, tendo um desconto de R\$ 11,00. Faturas em atraso:





ANEXO II
DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

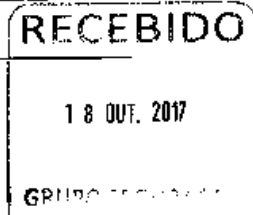
Pelo exposto, eu RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS, portador(a) do RG nº 3157997, expedido por SSP PB, em 22/10/2007, CPF/CNPJ nº 064.347.744-60,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ALVARO WAGNER OLIVEIRA SANTOS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAÇÃO da vítima ALVARO WAGNER OLIVEIRA SANTOS e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

RODRIGO CASSIANO DOS SANTOS
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário



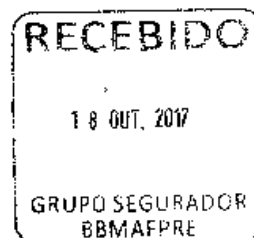
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SANDRA RALIANE DOS SANTOS GOMES
RG nº 2925255, data de expedição 27/10/2002
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 061.570.344-54, com
domicílio na cidade de BARAUNA, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
João de Jesus, nº 163, complemento _____
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
REGATO WAGNER DO OLIVEIRA SANTOS

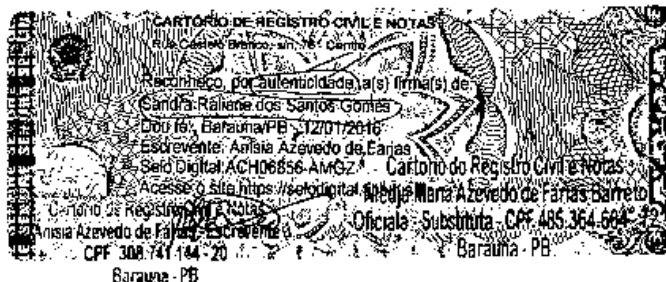
Veículo: NXR 150 BROS
Ano: 2012/2012
Modelo: 2012
Placa: OFA 1054/PB
Chassi: 9C7K90550 CR 583627
Data do Acidente: 15/08/15

Local e Data: BARAUNA 11 de janeiro 2016

Sandra Ralaine dos Santos Gomes
Assinatura do Declarante



OBS: RECONHECER POR AUTENTICIDADE



SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2757710 CGC/CPF: 08.778.268.000/160

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

END: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SA

MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Rapa/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 31/08/1987 Idade: 27 anos(m) meses(es) de idade dias(dia) de idade Sexo: M

Mãe: VALDEMIRA BURITI DE OLIVEIRA SANTOS

Profissão: EMPRESARIO

Documento: 3258071

Endereço: RUA JOAO PESSOA

Nº: 111

Bairro: CENTRO

Município/CEP/IBGE: BARAUNA / 58.188-000 / 250163

Telefone para contato: (83) 8721-6419

CNS: 201044960150018

Data e Hora: 15/08/2015 17:35:54

CADASTRO: 234239

PESO:

PA:

TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Causa natural

queda de um dos membros da perna, do lado esquerdo

Coturno 3

Baixa ortopédica

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)



Hospital Regional de Picui

Atesto conforme o original.

RESULTADOS

Picui, 01/08/2015

Arquivo Médico

Josevânia Lima de Melo

RECEPCIONISTA: HRP

Aux. Administrativo

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. S.P. 9 - 100ml

2. S.P. 10 - 100ml

3. S.P. 10 - 100ml

4. S.P. 10 - 100ml

5. S.P. 10 - 100ml

6. S.P. 10 - 100ml

7. S.P. 10 - 100ml

8. S.P. 10 - 100ml

9. S.P. 10 - 100ml

10. S.P. 10 - 100ml

11. S.P. 10 - 100ml

12. S.P. 10 - 100ml

13. S.P. 10 - 100ml

14. S.P. 10 - 100ml

15. S.P. 10 - 100ml

16. S.P. 10 - 100ml

17. S.P. 10 - 100ml

18. S.P. 10 - 100ml

19. S.P. 10 - 100ml

20. S.P. 10 - 100ml

21. S.P. 10 - 100ml

22. S.P. 10 - 100ml

23. S.P. 10 - 100ml

24. S.P. 10 - 100ml

25. S.P. 10 - 100ml

26. S.P. 10 - 100ml

27. S.P. 10 - 100ml

28. S.P. 10 - 100ml

29. S.P. 10 - 100ml

30. S.P. 10 - 100ml

31. S.P. 10 - 100ml

32. S.P. 10 - 100ml

33. S.P. 10 - 100ml

34. S.P. 10 - 100ml

35. S.P. 10 - 100ml

36. S.P. 10 - 100ml

37. S.P. 10 - 100ml

38. S.P. 10 - 100ml

39. S.P. 10 - 100ml

40. S.P. 10 - 100ml

41. S.P. 10 - 100ml

42. S.P. 10 - 100ml

43. S.P. 10 - 100ml

44. S.P. 10 - 100ml

45. S.P. 10 - 100ml

46. S.P. 10 - 100ml

47. S.P. 10 - 100ml

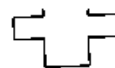
RECEBIDO

18/08/2015

GRUPO SEGUADOR
BRMAFPRE



Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

EVOLUÇÃO

Nome: Renato Wagner Oliveira Santos Idade: 27 Reg.: 77.530
Serviço: O. Linérgica Diagnóstico: _____ Local: 207.05

Data	Evolução
	# ORTOPEDIA Pacientes submetidos a 140 cirurgias e/ou procedimentos Cl. ISSMS <i>[Signature]</i> Dr. Carlos Cândido Filho Ortopedista Traumatologista CRM 10.096 - 11/8/12 <i>[Signature]</i> Dr. Fábio Gondina Nepomuceno Cirurgia do Joelho CRMED: 035000054295 RECEBIDO 18 JUL 2017





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Piau "Felipe Trigo Gomes"

FICHA DE ANESTESIA

NOME <u>Ronaldo Wagner Oliveira Santos</u>		IDADE <u>27</u>	SEXO <u>M</u>	GR. SANGÜÍNEO
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO <u>FRACTURA de Ombreira</u>		CATEGORIA <u>SUS</u>		DATA <u>30/08/15</u>
OPERAÇÃO REALIZADA <u>Tubo torácico de Fractura de Ombreira</u>				
CIRURGIÃO <u>Dro Carlos</u>		AUXILIAR	ANESTESISTA <u>Dro Roberto</u>	
AGENTES VOLUNTÁRIOS				
CÓDIGO	220			
Anestesia X	200			
Oper. Intub. T	180			
Endotr. Press. A	160			
Distal Pulso O	140			
Resp. RA	120			
Assit. Resp. RE	100			
Distal. Resp. HI	80			
Glaucoma	60			
	40			
	20			
Pré-Anestésico				
Anestesia	☐ Geral	☐ Raquiana	☐ Peridural	☒ Bloqueio de Plexo
Venotomia	<u>Inferior</u>			Venoclise <u>Sim</u>
Início	Termo			Duração minutos
AGENTES DOSES		LIQUIDO	ML	
<u>Yohimbina 200µg - 10ml</u>		<u>1.000</u>	<u>1.000</u>	
<u>Propofol 200mg - 10ml</u>				
<u>Atropina 1mg - 10ml</u>				
<u>Cefotaxima 1g - 10ml</u>				
<u>Albúmina 40g - 10ml</u>				
<u>Alcornoque 10g - 10ml</u>				
<u>Arteson 10mg - 10ml</u>				
<u>O2 - 21 min</u>				
TOTAL				
OBS: <u>Roberto Marinho Alves</u> MÉDICO CPF 251 034 154-53 CRM 3512				

RECEBIDO

18 OUT. 2017

RESPONSÁVEL
BBMAERRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/05/2020 17:11:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052517112092000000029724043>

Número do documento: 20052517112092000000029724043

ACT 4

 SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL DE PICUI		2 - CNES 2757710	
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE Renato Wagner Oliveira Santos		6 - N° DO PRONTUÁRIO 74.530	
4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708 5003 5043 0273	8 - DATA DE NASCIMENTO 31.08.83	9 - SEXO Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 2	10 - RAÇA/COR Parda
11 - NOME DA MÃE Valdenira Guedes de Oliveira Santos		12 - TELEFONE DE CONTATO 000 (83) N° DO TELEFONE 86.14.2831	
14 - PESSOA RESPONSÁVEL O mesmo		13 - TELEFONE DE CONTATO 000 (83) N° DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua: Praça João Pessoa nº 119			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Brasília		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 250537	18 - UF DF
		19 - CEP 58.158-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
11 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS História de acidente de trânsito com fratura em corpo E			
12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de cirurgia			
13 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RT + RX			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de Ombro		24 - CID 10 PRINCIPAL S531	25 - CID 10 SECUNDÁRIO
		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO fto cirurgia de Prof. Ombro		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020229	
29 - CLÍNICA	30 - CASATELA DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18.08.15	35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - N° DO BILHETE
40 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBO
44 - SITUAÇÃO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SECURADO ()			
AUTORIZAÇÃO			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - Cód. Órgão Emissor	47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		RECEBIDO 18 OUT. 2017 GRUPO SEGURADOR BBMAFRI
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO
AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

CÓDIGO DO CNES : 2757710

CNP J: 08.77R.269.0001-60

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, Nº 15 BAIRRO: MONTE SANTO

ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Renato Wagner Oliveira Santos SEXO: M IDADE: 27
PROFISSÃO: ~~Policial~~ ^{Policial} DOCUMENTO: 3.259031
ENDEREÇO: R. João Pessoa n.º 111
MUNICÍPIO: Baturama ESTADO: PB

MUNICÍPIO: V. B. Gonçalves ESTADO: PR
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 7085003 CNIS: 500350470233
DATA DO NASCIMENTO: 31.08.97 DATA DO ATENDIMENTO: 17.08.15

RAÇA / COR

[1 - BRANCA " "]	[2 - PRETA]	[3 - PARD A
[14 - AMARELA]	[5 - INDÍGENA]	[99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

forming a ring in certain h
Analogies (see); growth
of a new form as
Colours & pure &

GRUPO SEGURO DOR

7 8 OCT. 2017

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS:

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

—

2

3

↓

CARÁTER DO ATENDIMENTO

CRITÉRIOS DO ATENDIMENTO

[] 01 - ELETIVO.
[] 02 - URGÊNCIA.
[] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.
[] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
[] 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
[] 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

PROCEDIMIENTO - descripción:

DIAGNOSTICO:

CJD-10

MEDICAÇÃO:		ENCAMINHAMENTO:	
☐	☐ PRESCRITA	☐	☐ OBSERVAÇÃO
☐	☐	☐	☐ INTERNAÇÃO
☐	☐ APLICADA	☐	☐ ÓBITO
☐	☐	☐	☐ RESIDÊNCIA
☐	☐	☐	☐ OUTRO HOSPÍT.
☐	☐	☐	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS : CÓDIGO / PROCEDIMENTO

[illegible]

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) ^{CL} CARIMHO

CRANFORD, N.J. 07016-1319

CMS

CEO

CPM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIRETTO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo	ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO
-----------------------------------	--------------------------------

ASS. DI REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO



HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ

Rua Francisco Pereira Gomes, 15- Monte Santo
CEP: 58.187-000 Fones: (83) 3371-2554 / 2990
Picuí PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº do Doc.

74.530

Nº do Docum.

32.590.71

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Renato Wagner Oliveira Santos

Responsável: Doutor

Mãe: Antônio Roque da Silva

Mãe: Mildemir Gatti de Oliveira Santos

Prof. Antônio Data Nasc.: 31.08.83 Idade: 27

Endereço: Rua: Praça João Pessoa Nº

Bairro: Centro Cidade: Guarara Est. Civil: solte

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Trauma de Fratura de
Olecrano

Tratamento efetuado no hospital: cirurgico

Exames realizados:

Internado em: 17/08/15 Alta em: 19/08/15 Óbito em: 1/1

Ortopedista
CRM-PB 6648 - FORTALEZA

RECEBIDO

18 OUT. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/05/2020 17:11:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052517112092000000029724043>

Número do documento: 20052517112092000000029724043

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME PENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS
DOC. IDENTIFIC. / Org. expedidor PB
CPF 3239071
DATA NASCIMENTO 31/08/1987
CM 083.252.244-55
TIPO 33
ANTIGO 10/06/2021
NOVO 26/11/2011
VALOR 05362163477
Nº INSCRIÇÃO 05362163477
LOCAL PICOZ, PB
DATA EMISSÃO 14/09/2016
NÚMERO 81242435101
SERIAL 79033029552

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
1350526028
1350526028
1350526028

RECEBIDO
18 OUT. 2017
GRUPO SEGURANÇA



Documentos de identificação



PROIBIDO PLASTIFICAR

1410800720

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1410800720

RODRIGO CASTILHO DOS SANTOS

CPF: 0638121583

DATA DE NASCIMENTO: 05/07/2009

DATA DE VALIDADE: 30/12/2015

TIPO DE IDENTIFICAÇÃO: 1

LOCAL: CUIABÁ, MT

DATA DE EMISSÃO: 19/01/2017

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES

531457468

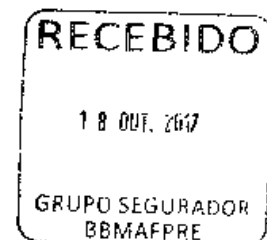
8870254745

RIO GRANDE DO NORTE

ACACIA

AMERICAES

BR



[REDACTED]

RECEBIDO
18 OUT. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

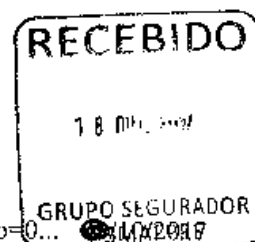
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LILIANI CARNEIRO DOS SANTOS	
Tipo de Sinistro [Selecione]		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS		Nome da Vítima RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS	CPF da Vítima 08325224495
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec.Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial		Invalidez Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações COMPROVANTE DO CARTAO DO BANCO BRADESCO DO RENATO, CIRCULAR SUSPER, DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA E COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DE JOSEFA, PROCURAÇÃO PARTICULAR, DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DO VEICULO.	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...>



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170557662 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 15/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: AUREA MARIA TAVARES TORRES

CRM do médico: 52.56757-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170557662 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 15/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do olécrano à esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Refere dores esporádicas. Ao exame vítima apresenta hipotrofia, déficit residual da força muscular e limitação dos movimentos da flexão do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS; brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO Profissão: COMERCANTE, portador(a) do RG
3259071, órgão expedidor SP/PB e do CPF: 093.252211-95 residente
no(a) RUA FRES JORDÃO PEREIRA nº 14,
bairro: CENTRO, município: BARAUNA 1 PB.

OUTORGADO:

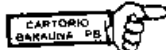
Nome: ARILDO CARRARO DOS SANTOS,
brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: ARREGLADOR, portador(a) do
RG 3187997, órgão expedidor SP/PB e do CPF: 064.347.749-60
residente
RUA ARILDO ROMES nº 512,
bairro: CENTRO, município: BARAUNA 1 PB.

PODERES: 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 e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

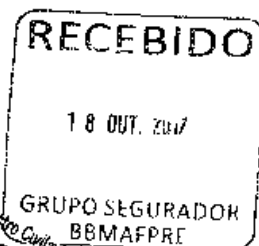
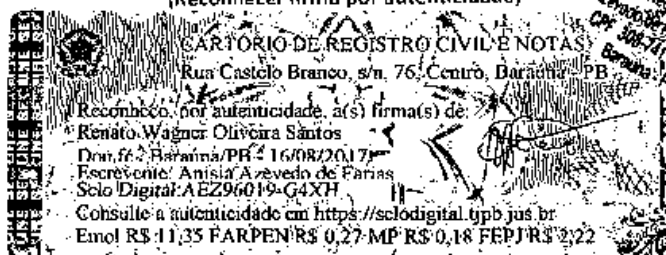
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

BARAUNA PB 16-08-2017
Local e Data



RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **RENATO WAGNER OLIVEIRA SANTOS** Sinistro: **3170557662** Data: **15/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Presidente Joao Pessoa, 14, Casa - Centro - Baraúna - PB - CEP 58188-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3259071**

Data local do exame: [**30/10/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura do olécrano à esquerda. Refere dores esporádicas. Ao exame vítima apresenta hipotrofia, déficit residual da força muscular e limitação dos movimentos da flexão do cotovelo esquerdo.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico.

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

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

Limitação funcional do cotovelo esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Cotovelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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

Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB

