

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA PROSFAG

GUARABIRA - PARAÍBA
FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO N° 03912019

Name: José Ricardo Cláudio da Costa
Sexo: Masculino Naturalidade: Juazeiro

Data de Nascimento: 23/02/68

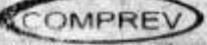
Endereço: Sítio Iberópolis, Guarabira, PB.

Fone: 0801.1032 Documento: 29.2.802.341

Responsável: José Cláudio da Costa (mar)

Endereço: Mucambo, Elias da Gama, PB.

Fone: 083 65.088.587.20


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CLÍNICA MÉDICA

Esf. ou Apto: 105 Leito _____

Categoria: Estudante 12 A.I.H.N. _____

Data da Entrada: 20/02/2019 Hora da Entrada: 15:30

Leoa
Receptionista

107 Samir Batista Gomes
Médico Plantonista

CRM: 4018

ALTA: Motivo: -1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Internado para Diagnóstico
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do
atendimento no regime ambulatorial.

Tempestades da R. 1000
CRM: 4018
MÉDICO-CRM

Data: 23/04/2019

Sintoma Principal: Dor em punho

Histórico da Doença Atual:

Pot. vítima de bateria (chutado
de giretinha - sic) Surtando
dentes + dor em punho

EXAME FÍSICO:

P.A. _____ TPR. _____ PESO: _____ PULSO: _____

Mucosas: _____ Est. Geral: _____ Fáces: _____

Diagnóstico Inicial: Px. dislocação do tâmb

C.I.D. _____ Procedimento Solicitado: _____

Diagnóstico Definitivo: O nome C.I.D. _____

Diagnóstico Secundário: _____ C.I.D. _____

Procedimento Realizado: Px. sangue (credos + frisos) com

Observações: profus interfragmento pilocar
4,5 mm estreita de mobilizac)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado,

declara autorizar aos médicos do PRONTO-SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistiram para
realizarem o seu tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções que
elejiam necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todos os disporções gerais
contidas no Regulamento do Hospital.

FRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa,240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

FOLHA DE ANESTESIA

**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS
DE GUARABIRA**
COMISSÃO DE CONT. DE INFEC. HOSPITALAR

CONTROLE DE INFECÇÃO

ESTADO DA PARAÍBA
PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Paciente: Guarabira anexo
11
h9 Enfermagem: B
Localização: B

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

	DATA
auto estima situacional	2018-02-17
comunicação verbal prejudicada	
coração diminuído	
de aspiração	
de autocuidado alimentação	
de eliminação	
de infecção	
de infeliz	
de independência física prejudicada	
de ou vômito	
de oxigenação prejudicada	
de repouso respiratório eneficaz	
e reposo prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos.	
de líquido deficiente	
de desequilíbrio de volume de líquido	
excesso de líquido	

fim da anamnese

Sintomas:

Resumo da enfermagem:

ESTADO DA PARAÍBA
PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

NOME:
SETOR:

LETTO. 1

DATA	EVOLUÇÃO-ENFERMAGEM	RUBRICA
21/02/15	<p>naux - com muito mal-</p> <p>clínica em ex- ame 2º trimestre absente 3º</p> <p>(P.A) 30x25cm</p> <p>no dia 01/03/15 não houve altera- ção</p> <p>esta semana eliminação de sangue</p>	
23/02/15	<p>desprendimento após uso de condomínio</p> <p>nao houve sangue</p> <p>está sem sangue</p> <p>nao houve sangue</p> <p>está sem sangue</p> <p>nao houve sangue</p> <p>está sem sangue</p>	

Estado da Paraíba
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: José Ricardo Claudio da Costa
Enfermeiro: Apaet Leitor:
Data: 22/02/19

A) Tipo de Diátese _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco
Paciente em Venadilho? () Sim () Não () Puncão Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa
Estado Geral do Paciente: () Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros
Sensos Vitais: PA: _____ Tem: _____ P脉: _____ Respiração: _____

Paciente fez uso de: () S.F.V. () Sim () Não Irrigação () Sim () Não
() Super Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - () Aberta () Fechada Dribito da S.N.G. _____ ml
Resinando curativo? () Sim () Não () Limpo () Com secreção

OBS:

Paciente recebeu medicação () Sim () Não () Faltou medicação
Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a uma cirurgia, segue consciente e orientado sob administração de anestésico e medicamentos.

Carimbo e assinatura do Técnico/ Auxiliar: Ayane Término: 16h

Estado da Paraíba
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: José Ricardo Claudio da Costa
Enfermeiro: Apaet Leitor:
Data: 22/02/19

Tipo de Diátese: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco

Paciente em Venadilho? () Sim () Não Puncão Periférica () Subclávia () Dissecção Venosa

Estado Geral do Paciente: () Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros

Sensos Vitais: PA: _____ Tem: _____ P脉: _____ Respiração: _____

Paciente fez uso de: () S.F.V. () Sim () Não Irrigação () Sim () Não
() Super Pública - Diurese _____ ml

() Sonda Nasogástrica - () Aberta () Fechada Dribito da S.N.G. _____ ml

Resinando curativo? () Sim () Não () Limpo () Com secreção

OBS:

Paciente recebeu medicação () Sim () Não () Faltou medicação

Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a uma cirurgia, segue consciente e orientado sob administração de anestésico e medicamentos.

Carimbo e assinatura do Técnico/ Auxiliar: Ayane Término: 16h

CONTROLE DE MATERIAL E MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTICO

Nome do Paciente: Jm. Henner Ahrens, Jr. Categ.:

Condição do Parto: _____ Início: Termo:

Médico: _____ Auxiliar: _____

Anestesista: _____ Tipo de Anestesia: _____

Tipo de Cirurgia: mamoplastia de redução

Data: 12/02/15 Observação:

Quantidade	Material	Quantidade	Medicamentos
	Catgut Simples nº	✓	Soro Glicosado
	Catgut Simples S/ag	10	Soro Fisiológico
	Catgut Simples C/ag	5	Ringer Lactado
	Catgut Cromado nº		Andrenoplasma
5	Catgut Cromado nº		Manitol
	Catgut Cromado nº		Alloferina
52	Mononylon nº		Etranse
	Mononylon nº		Pentrane
	Mononylon nº		Fluotane
	Fios de algodão		thionembutal
5	Scalpe	5	Marcaina
	Equipo p/ Soro		quelicin
	Equipo p/ Transfusão		Inoval
5	Luvas p/ Pares		Ketalar
	Compressas		fontanil
	Drenos		Methergin amp.
2	Gases		Xilocaina 5%
5	Lâminas de Bisturi		Xilocaina 2%
	Eparadrapo		Atropina amp.
	Povidine Tópico		Syntocinon amp.
N	Povid. Degermantante		Prostigmine amp.
5	Lacto-gim	2	Optacilin amp.

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome Paciente	Nº Prontuário	
José Ricardo Chándio da Costa		
Operador	Enf.	Lelito
		1º Auxiliar
	3º Auxiliar	Instrumentador
	Tipo de Anestesia	
Observações Pré-Operatório	Rx diafragma ac. fibro	
Observações	Re engasgo da fe de fibro	
Observações Pós-Operatório	O mesmo	
Observações do Patologista		
Radiológico no Alto		
Radiológico no Baixo		
Distância a Operação	não	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos - Visceras

At. int ROM - angulo - anterógrado

compar exterior

início em regiões anteriores da perna

medial da perna suspenso órbita

fixado / perfurado interligamento

fricções q/ pelve e perna

descolorido por placa

curvatura

RX com bala

Dra. Isabela de Melo Souza Filho

CRM: 2008 - CRMV: 100.000-42

CNPJ: 23.300.000.0001-42

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE QUADRIL

PACIENTE: ... - ... - ...

ENDEREÇO:

CONVÉNIO: CUIDADE: 61MÉDICO: ...RESPONSÁVEL: ...

EVOLUÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS DE MEDICAMENTOS

Data / Hora: 12/07/2012

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

ENFERMEIRO (A):

SAE

Nome: João Pedro Oliveira
Leito N°: 10 Idade: 15 Sexo: ()M ()F
Número do Cartão do SUS: _____
Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

SSVV

P脉搏: 60 bpm PA: 110/70 mmHg FR: 18 IRPM
Temperatura: 36.5 °C Antecedentes: () Hns () DM () Infarto () Tabagismo () Alcoolismo Outros _____
Doença Atual: _____

ALIMENTAÇÃO/DIETA

Aceitou () Não aceitou () Aceitou parcialmente () Amamenta ()
SNG: / / SNE: / /

ELIMINAÇÕES

Vesicais: () Presentes () Ausentes () com traços de sangue
SVD: / /
SVA: / /

REPOUSO

() Isônia () dificuldade de conciliar/ manter sono () Sono preservado

Obs:

ACESSO

() Scap data: 30/08/14

CONDIÇÃO DE PULSAO

AVALIAÇÃO DO PULSEIRA

8-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Luzes da disc:

CONDUTA TERAPÉUTICA

(Assinatura)

PROCEDIMENTOS:

Medicção Curativo Sondagem Nebulização Outros

PREScrições DE ENFERMAGEM

1. *SSSS* | *U* | *J*
2. *U* | *U* | *J*
3. *CD* *U* *J*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

(Assinatura)

Resposta

Data: *23/02/17*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL NOME ENDERECO Cidade NATURALIDADE DOC. OFICIAL CERT. CAS. N°1381 - LIV.B3 - FLS.181 - CARTORIO GUARABIRA/PB CPF	2.802.541 - 2 ^a VIA JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA MANOEL ELIAS DA COSTA DALVA CLAUDIO DA COSTA GUARABIRA-PB 645.083.584-20
	DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2018 DATA DE NASCIMENTO 23/02/1968
L-262 VALIDADE 06/2018	
A+	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Gracas Claudio da Costa,
RG nº 29954 502-6 data de expedição 21/05/2012
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 036.890.044-81, com
domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sua Fabricas B. Área Rural, nº 511,
complemento essa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Ricardo Claudio da Costa, cujo o condutor era
João Ricardo Claudio da Costa.

Veículo: Moto
Modelo: IISHINERAS X 50 G
Ano: 2014
Placa: GFR 34081PB
Chassi: LX+XCBL01F0246902
Data do Acidente: 12/02/2019
Local e Data: Guarabira PB 12/02/2019

Maria das Gracas Claudio da Costa
Assinatura do Declarante

João Ricardo Claudio da Costa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



TOSCÂO DE SALES - SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCÂO DE SALES - Titular

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
MARIA DAS GRACAS CLAUDIO DA COSTA
Em test. da verdade. Guarabira-PB 09/04/2019 14:51:45
Wardiria Toscâo de Sales - Titular
[2019-002504]ENOL:R\$ #9,91 FARPN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 0,00 R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIL34840-WHNN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

TOSCÂO DE SALES - SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCÂO DE SALES - Titular

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA
Em test. da verdade. Guarabira-PB 15/04/2019 15:16:37
Wardiria Toscâo de Sales - Titular
[2019-002626]ENOL:R\$ #9,91 FARPN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,76 R\$ 0,00 0,50
SELO DIGITAL: AIL88446-HF70
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu José Ricardo da Costa Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.334-02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ricardo da Costa Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.334-02, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima José Ricardo da Costa Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.334-02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recepcionista Renda: R\$ 1.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:

verso Recibos

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço			Número	Complemento
<u>Toca Bonita</u>			<u>16-9</u>	<u>Centro</u>
Bairro	Cidade		Estado	CEP
<u>Morada</u>	<u>Guarulhos</u>		<u>SP</u>	<u>08200000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
				<u>83 98854-7338</u>

Guarulhos, 10 de abril de 2019
Local e Data

José Ricardo da Costa Oliveira
Assinatura do Declarante



EDNA CRISTINA DE OLIVEIRA COSTA
SIT TABOCAS, S/N DE LOUREN - ÁREA RURAL
GUARABRA / PB CEP: 58203-000 (AG: 22)

Loteiro MONOFASICO
Cód/Sec. RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Rodovia 1 - 22 - 198 - 3980 Referência: Abri / 2019
Medidor: 00000561321 Emissão: 03/04/2019

ENERGIA PARA-BA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 200 KM 25 - Chita Resende - BA - CEP 58011-080
CNPJ: 08.695.183/0001-40 - Infra-Est. Belo 16 016.022-4
Nota Fiscal / Conta de Energia N°021 734 518
Céd. para Bala. Automática: 98007386824

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

Contá referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	03/04/2019	03/05/2019	056.064.854-51

UC (Unidade Consumidora):

5/766566-4

Canal de contate

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2018
Procure a prefeitura de sua cidade até 15/10/2018 para efetuar
seus dados no Cadastro Único e entre a sede da Tamo Sistech de
Energia. Para mais informações ligue para o 4005-8500 707.2002
Apoio recadastramento no CRAIS entrar em contato com a
pasta 0800 083 0198

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criado pela Lei 10.490, de 20 de abril de 2002.
Ja conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como discussões de economia e segurança, informações sobre serviços, inframassas, entretenimento, oportunidades de trabalho e muito mais.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leritura	Data	Leritura			C		
01/03/18	9270	03/04/18	9270	1		C		32
Demonstrativo								
CF	Descrição	Quantidade	Tarifa	Vlr. Berr-CGK	Inv. Xmp(R\$)	Vlr.CGK P/R\$	Consumo(R\$)	
				Total(R\$)	(MGRS)	(MRS)	Pd/Cdg(R\$)	(0,048%) (0,998%)
601	Consumo mês 03/2018-EP	30.000	0,295120	8,15	0,00	0	8,15	0,07
510	Subsídio			11,43	0,00	0	11,43	0,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
999	CREDITO A COMPENSAR (-) 04/2018		-8,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00
906	Desvalioso Subsídio		-10,74	0,29	0	0,29	0,00	0,00

CCP: Código de Classificação do Item TOTAL -0,00 0,00 0,00 17,50 0,18 0,02 Tarifa ar Tributos: **AR-310000**, 0,102681

Mobile citizen review: Benefits

VIEWCINEMATO

第十一章 未来趋势与挑战

10/04/2019 **R\$ 0,00**

Histórico de Consumo (kWh)													
0	1	0	1	0	1	3	0	1	0	1	2	12	32
Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fevereiro/19	März/19		
1200	1300	1400	1500	1600	1700	1800	1900	2000	2100	2200	2300	2400	

RESERVA MDC JAO Resco

bd5f.1f45.3060.8442 c280 9115 de8f b6a7

Indicadores de Qualidade

Digitized by srujanika@gmail.com

	Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
MENSAL	13,90	0,00	NORMAL
TRIMESTRAL	22,61		
ANUAL	45,22		
MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA
TRIMESTRAL	15,49		LAR E INFERIOR
ANUAL	30,98		LIMITE SUPERIOR
AC	8,19	0,00	

Discriminaciones	Valor (Rs.)	%
Servicios de Caja de Pensiones y Régimen de Béneficios	10.365	10.365
Servicio de Tránsito	1.000	1.000
Encargos Sistemas	1.000	1.000
Impuestos Diversos e Emergentes	1.125	1.125
Otros Servicios	8.000	8.000
Total	20.490	100.00

Visit www.EMI-Deutsche.com

ATENÇÃO

- Além das faturas em atraso acima, existem/m 73 faturas/dia no momento de R\$ 19,25 milhão(s) à perda(s) anterior(es).

- REBAIXO: Caso [não] atenda(s) ao pedido(s) anterior(es)

- REBAIXO: Caso [não] atenda(s) ao pedido contumaz/m em atraso(s) o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 19/04/2012. Conforme Resolução 114/ME, o pagamento das essas faturas não dará direito a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja cumprido. As contas pagas não estarão na unidade consumidor para comprovar o pagamento. Caso essa fatura estiver em page, desconsiderar esse memento

ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REBAIXADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o vencimento do prazo de 80 (noventa) dias, contado de dia(s) de vencimento da fatura variando a cada page.

Fatura ajuizada e inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de não implementação.

Sua unidade foi transferida como Banco Fazenda, tendo um débito de R\$ 10,74

Agradável? [Cheque de Acidente de Trânsito](#)

Impresso desse lado: [www.acessoaberta.com.br](#)

Faturas em atraso	
Mar/19	16,88
Jan/19	13,85
Nov/18	14,26
Set/18	13,25
Jul/18	12,71
Maio/18	11,51
Mar/18	5,68
Fev/18	6,07

VENCIMENTO

TOTAL A RICARDO

FATURA COM VALOR ZERO, NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR.
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 6,84
será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber suas contas normais, entre em contato com o atendimento.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

16 ABR. 2014

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

64508358420 José Ricardo elaudio da costa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

51200-000

Tel.(DDD): 83 988547538

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042

CONTA: 95333 9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impedida
Migrante
ultimo pa-
tente local m
novo ender-
roço

Local e Data:

Nome:

CPF:

Guanglória PB 10/04/2019

José Ricardo elaudio da costa

64508358420

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPREV
CPF: 16 ABR. 2019
Assinatura: PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

2º | Nome: AG
CPF: Assinatura:

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº. 0152/2019

Aos **NOVE** dias do mês de **ABRIL** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta 2ª Delegacia Distrital de Guarabira-PB, sob a responsabilidade do Bel, **SEVERINO GOMES DE ASSÍS**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado aí compareceu: **JOSÉ RICARDO CLÁUDIO DA COSTA**, brasileiro, casado, natural de Guarabira-PB, vaqueiro, com 51 anos de idade, nascido aos 23.02.1968, RG 2802541 SSP-PB, CPF 645.083.584-20, filho de Manoel Elias da Costa e de Dalva Cláudio da Costa, residente no sítio tabocas, zona rural, próximo a fazenda de Zenóbio, Guarabira-PB. (83) 9 8684-4468

. A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA** (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado: QUE afirma o noticiante que em data de 12.02.2019, por volta das 19:00hs quando o noticiante conduzia o veículo de informações a seguir; MOTOCICLETA I/SHINERAY XY 50 Q, placa QFR 3408-PB, CHASSI LXYXCBL01F0246902, RENAVAM 0107433086-0, cadastrada no Detran-PB em nome de MARIA DAS GRAÇAS O DA COSTA, ao chegar nas proximidades da encruzilhada, perdeu o controle do referido veículo ao tentar desviar de um animal (cachorro); QUE o noticiante veio a cair e ter fraturado a perna esquerda; QUE terceiros acionaram a viatura do SAMU, e o noticiante foi conduzido para o Complexo Hospitalar de Guarabira-PB (Hospital Regional), como consta em documentos anexos.

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

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

José Ricardo Cláudio da Costa
JOSÉ RICARDO CLÁUDIO DA COSTA
Comunicante

Cristóvão J A Cabral
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 155.704-1



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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000042

Conta: 0000095331-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

64508358420 José Ricardo elaudio da costa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

51200-000

Tel.(DDD): 83 988547538

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042

CONTA: 95333 9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impedida
Migrante
ultimo pa-
tente local m
novo ender-
roço

Local e Data:

Nome:

CPF:

Guanglória PB 10/04/2019
José Ricardo elaudio da costa
64508358420

TESTEMUNHAS

1º | Nome: COMPREV
CPF: 16 ABR. 2019
Assinatura: PROTOCOLO
2º | Nome: AG. JOÃO PESSOA
CPF: Assinatura:

Assinatura: PROTOCOLO
Assinatura: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 00000095331-9

Nr. da Autenticação 7EF80938857064CD

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130358/19

Número do Sinistro: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

CPF: 645.083.584-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/02/2019

Titular do CPF: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
CPF: 014.864.314-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Hercílio Ricardo Claudio da Costa **Nacionalidade:** Boliviana **Est.**
Civil: Soldado **Profissão:** motorista **Identidade:** 2-802.543
CPF: 145.053.554-20 **Endereço:** Rua Taboas n. 311

OUTORGADO:

Nome: Guilherme Sátilos Nacionalidade: Brasileiro
Civil: Casado Profissão: Estudante
Identidade: 3307382 CPF: 054.864.334-02

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Loca
l e
data



TRICAMO DE SALES - SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
WILHELMINA DOS SANTOS DE SALES - Titular
Florianópolis, nº 41 - Centro - CEP: 88010-000 - Fone: (47) 323-3377

6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190279775 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA **Data do acidente:** 12/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Luciana Santos Oliveira

CARTERA DE IDENTIDADE

00000000000000000000000000000000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS, QUINÃO - SEGURO DPVAT

PB № 01477689850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LEGITIMACAO DE VEICULO
T-VA 1107433086-0 COD. REVENAM 00/00000000 EXERCICIO 2019

NOME
MARIA DAS GRACAS C DA COSTA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LÉIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CONTRAN			
<p>DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LEGITIMACAO DE VEICULO T-VA 1107433086-0 COD. REVENAM 00/00000000 EXERCICIO 2019</p> <p>NOME MARIA DAS GRACAS C DA COSTA</p>			
OFR / ONPJ 03699004481	PLACA/AMT / UF NOVO RN	OFR 3408 / PB LXXCBL01F0246902	PLACA 03699004481
ESPECIE TIPO KMS / UTÍLIZADO / NFZ / PNEU	CHASSIS EX-0246902	COMBUSTIVEL GASOLINA	EXERCICIO 2019
L / SHINERAY XY 50 Q	ANO FAB. 2014	ANO MOD. 2015	DATA EMISSAO 14/03/2019
CAP / PGT / CH 2 P/49 / CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA	PLACA PBR3408 / PB
COTA UNICA IPVA ISENTO	VENO. COTA UNICA 0/00/0000	1 ^a 2 ^a 3 ^a	VENO / COTAS
IPVA / IPVA *****	PARCELAGEM / COTAS	PRÉMIO TARIFÁRIO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****	OF (R\$) SEGUR 0	FINS (R\$) *****	DESPATRUM (R\$) *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****	OF (R\$) SEGUR PAG 0	DESPATRUM (R\$) *****	LUSTO DO SEGURO (R\$) *****
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO		<p>PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 25/01/2019</p> <p>CUSTO DO BILHETE (R\$) ID (R\$) ***** SEGUR PAG 0</p> <p>PAGAMENTO DATA DE ONU (R\$) 25/01/2019</p> <p><input type="checkbox"/> COTA UNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO</p>	
<p>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</p> <p>CHPJ 09.245.658/0001-04</p> <p>16 ABR. 2019</p> <p>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>			
GUARABIRA - PB LOCAL 16497		41491-0923268-20190314 41491	