

# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

## PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA

FONE: (83) 3271-1156

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

PRONTUÁRIO Nº 039/2019

Nome: João Ricardo Claudio da Costa

Sexo: mas Naturalidade: João Pessoa

Data de Nascimento: 23, 02, 68

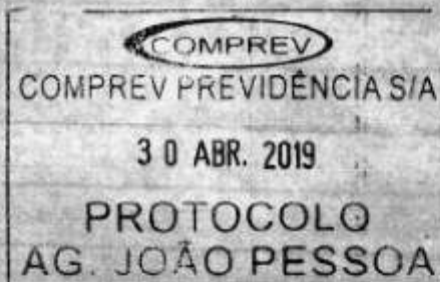
Endereço: S. Liberato, Guarabira, PB

Fone: 0601.1932 Documento: 29.2802.341

Responsável: Nome Claudio da Costa (mar)

Endereço: Manoel Elias da Costa, Jo.

Fone: 031.65.083.584.20



### CLÍNICA MÉDICA

Est. ou Apto: 005 Leito: \_\_\_\_\_

Categoria: Atendimento ☒ 1 ☒ 2 A.I.H.N.° \_\_\_\_\_

Data da Entrada: 22, 02, 2019 Hora da Entrada: 15:30

Loa  
Recepcionista

LOM Jamirton Silva  
Médico Plantonista

CRM: 46181

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica  
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do  
tratamento em regime ambulatorial

Data: 23, 02, 2019

Temístocles de A. R. Silva  
MÉDICO - CRM

Queixa Principal:

Dor em puno

Histórico da Doença Atual:

Dor intensa de puno (olhar  
de fratura - 12) quando  
desce + sobe em puno

### EXAME FÍSICO:

P.A. \_\_\_\_\_ T.P.R. \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_

Mucosas: \_\_\_\_\_ Est. Geral: \_\_\_\_\_ Faces: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

Rx. diagnóstico de fratura

C.I.D. \_\_\_\_\_

Procedimento Solicitado: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo:

0 puno

C.I.D. \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

C.I.D. \_\_\_\_\_

Procedimento Realizado:

Tto. cirúrgico (redução + fixação com

Observações:

pinos intramedulares + placa  
4,5 mm estufa de metalização)

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado,

plena autorização aos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistem para  
promoverem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções que  
julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todas as disposições gerais  
conhecidas no Regulamento do Hospital.

27 de 03 de 15

Júlia Claudete Costa



## FRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

**FOLHA DE ANESTESIA**

*Luz Augusto de Costa*

CAS. ☐ VIJ. ☐ DEBQ. ☐ SEXO MASC. ☐ FEM. ☐ COR BR. ☐ PD. ☐ PR. ☐

PROFISSÃO \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

SABRO \_\_\_\_\_ CATEGORIA \_\_\_\_\_

G.P. \_\_\_\_\_ BISC \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_

TÍTULO DOS OSSOS DA PERNA  
TÍTULO CIRURGIA  
*A.* TITO ALUXILAR

PRESSÃO ARTERIAL

PESO \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_  
TEMPERATURA \_\_\_\_\_ RESPIRAÇÃO \_\_\_\_\_  
ESTADO GERAL N. ☐ R. ☐ H. ☐ P. ☐  
RISCO CIRÚRGICO N. ☐ R. ☐ H. ☐ P. ☐  
GRUPO SANGÜÍNEO \_\_\_\_\_  
EXAMES COMPLEMENTARES \_\_\_\_\_

NORA \_\_\_\_\_

BLOQUEIO REGIONAL ☒ BLOC. DE FLEXO ☐ BLOC. DE NEVROS ☐ OUTRAS ☐

TERMINO 20 h DURAÇÃO  
MATERIAL GASTO COM O ATO ENÉSTERO

*(Signature)*

# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

COMISSÃO DE CONT. DE INFEÇ. HOSPITALAR

## CONTROLE DE INFECÇÃO

PACIENTE: João da Silva 035/18  
 SEXO: M IDADE: 60 END: 12.02.17 DATA DE ADMISSÃO: 9.3.18 DATA DA ALTA: 12.3.18

SOLICITANTE: Franco DATA: 27.02.18 TEMPO: 12.3.18

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS  
☐ PEQUENA ☐ ELETRIA ☐ ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO  
☐ MODERAMENTE CONTAMINADA ☐ MÉDIA ☐ URGÊNCIA ☐ ANTIBIÓTICO CURATIVO  
☐ GRANDE ☐ EMERGÊNCIA ☐

DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur  
 EXAME: Exame físico  
☐ sim ☐ não ☐ técnico

EXAME: ☐ CLÍNICA CIRÚRGICA ☐ CLÍNICA PERIÓDICA ☐  
☐ CLÍNICA CIRÚRGICA ☐ GEL ☐  
☐ CLÍNICA CIRÚRGICA ☐ DIC ☐

EXAME: ☐ GASTROINTESTINAL ☐ RESPIRATÓRIA ☐ INTRA-ABDOMINAL  
☐ URINÁRIA ☐ OÍDIA ☐ OUTRAS  
☐ GÊNITA ☐ SISTEMA CIRCULATÓRIO

EXAME: ☐ CATETER VENOSO ☐ CATETER ARTERIAL ☐ ANTISÉPLASIA  
☐ TRAQUEOTOMIA ☐ TORACOCENTESE ☐ CISTOSCOPIA  
☐ DILATAÇÃO PERITONEAL ☐ HEMODIÁLISE  
☐ TRANSFUSÃO ☐ ALIM. PARENTERAL PROLONGADA

EXAME: ☐ sim ☐ não CULTURA ☐ sim ☐ não

EXAME COLÔNIA	DATA	RESULTADO	ANTIBIÓGRAMA

ANÁLISE DE RISCO	DATA	DATA	ANÁLISE DE RISCO

# ESTADO DA PARAÍBA

## PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Paciente: Mr. Ricardo Almeida  
 01/09 Enfermeria: B  
 69 Localização: C

### PRINCIPAIS DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

	DATA
ansiedade espiritual	22-06-17
autocuidado prejudicado	
de aspiração	
de autocuidado alimentação	
de comunicação	
de autoestima situacional	
comunicação verbal prejudicada	
cardíaco diminuído	
de comunicação	
de comunicação urinária prejudicada	
de comunicação prejudicada	
de comunicação	
de comunicação	
de infecção	
de infecção	
de atividade física prejudicada	
de náusea e/ou vômito	
de comunicação prejudicada	
de comunicação respiratório eficaz	
de sono e repouso prejudicado relacionado à fatores físicos, psicológicos.	
de volume de líquido deficiente	
de desequilíbrio de volume de líquido	
de volume excessivo de líquido	
de TBA	

Exatidão:

Prescrição da enfermagem:



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA**

NOME: Jonas Manoel da Silva  
 SETOR: LEITO: 01

DATA	EVOLUÇÃO-ENFERMAGEM	RUBRICA
21.02.17	paciente em estado de consciência plena com dor no membro superior direito, avaliada com 8/10, 3025 14 dias de tratamento com analgésicos e fisioterapia 23/02/17 paciente em estado de consciência plena com dor no membro superior direito, avaliada com 8/10, 3025 14 dias de tratamento com analgésicos e fisioterapia 23/02/17 paciente em estado de consciência plena com dor no membro superior direito, avaliada com 8/10, 3025 14 dias de tratamento com analgésicos e fisioterapia	

Estado da Paraíba  
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: José Ricardo Claudio da Costa  
Enfermeira: Apert Leitor:  
Data: 22/02/19

A Tipo de Dieta: \_\_\_\_\_ Aceitando? ( ) Sim ( ) Não ( ) Pouco  
Paciente em Ventilação? (X) Sim ( ) Não ( ) Punção Periférica ( ) Subclávia ( ) Dissociação Venosa  
Estado Geral do Paciente: (X) Estável ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Outros  
Sinais Vitais: PA: \_\_\_\_\_ Tem: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Respiração: \_\_\_\_\_  
Paciente faz uso de: ( ) S.F.V. ( ) Sim (X) Não Irrigação ( ) Sim ( ) Não  
( ) Supra Pélvica - Diurese \_\_\_\_\_ ml  
( ) Sonda Nasogástrica - ( ) Aberta ( ) Fechada Debito da S.N.G. \_\_\_\_\_ ml  
Realizando curativo? (X) Sim ( ) Não ( ) Limpo ( ) Com secreção  
OBS: \_\_\_\_\_  
Paciente recebeu medicação (X) Sim ( ) Não ( ) Faltou medicação  
Justificativa: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a  
uma cirurgia, segue consciente e orientado, os cuidados  
de enfermagem e medicação.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Anyane Turno: dia

Estado da Paraíba  
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: José Ricardo Claudio da Costa  
Enfermeira: Apert Leitor:  
Data: 22/02/19

Tipo de Dieta: \_\_\_\_\_ Aceitando? ( ) Sim ( ) Não ( ) Pouco  
Paciente em Ventilação? (X) Sim ( ) Não Punção Periférica ( ) Subclávia ( ) Dissociação Venosa  
Estado Geral do Paciente: (X) Estável ( ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ) Outros  
Sinais Vitais PA: \_\_\_\_\_ Tem: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Respiração: \_\_\_\_\_  
Paciente faz uso de: ( ) S.F.V. ( ) Sim (X) Não Irrigação ( ) Sim ( ) Não  
( ) Supra Pélvica - Diurese \_\_\_\_\_ ml  
( ) Sonda Nasogástrica - ( ) Aberta ( ) Fechada Debito da S.N.G. \_\_\_\_\_ ml  
Realizando curativo? ( ) Sim ( ) Não ( ) Limpo ( ) Com secreção  
OBS: \_\_\_\_\_  
Paciente recebeu medicação (X) Sim ( ) Não ( ) Faltou medicação  
Justificativa: \_\_\_\_\_

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a  
uma cirurgia, segue consciente e orientado, os cuidados  
de enfermagem e medicação.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Anyane Turno: noite







# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

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

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nº Prontuário		
Nome do Paciente: <u>João Ricardo Chaves da Costa</u>		
Operação	Enf.	Leito
1º Auxiliar		
2º Auxiliar		Instrumentador
Tipo de Anestesia		
Estado Pré-Operatório: <u>Ex. diagnóstico de fr. de tíbia</u>		
Operação: <u>Re. cirurgia de fr. de tíbia</u>		
Estado Pós-Operatório: <u>0 mm</u>		
Env. enviado ao Patologista		
Histopatológico no Ato		
Histopatológico no Ato		
Existência de Operação: <u>não</u>		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

At. em VOM - angulo - anteroposterior  
Cirurgia externa  
Incisão em região anteroposterior de pou  
profundidade, duas incisões, uma  
fixação / perfuração intramedular  
fixação / placas e parafusos  
Sutura por plano  
Curativo  
RX controle

Dr. José Carlos de Sá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 20.000 - O.P. 001.128.84-42

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





# PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

ENFERMEIRO (A) \_\_\_\_\_

SAE

Nome: João Paulo da Silva  
 Leito Nº: 10  
 Número do Cartão do SUS: \_\_\_\_\_ Idade: 45 Sexo: ( ) M ( ) F  
 Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ MMC: \_\_\_\_\_

SSV

Pulsos: 60 bpm PA: 120 mmHg FR: \_\_\_\_\_ IRPM  
 Temperatura: \_\_\_\_\_ °C  
 Antecedentes: ( ) Has. ( ) 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

( ) Scalp data: 20/08/14

## CONDIÇÃO DE PULSÃO

## AVALIAÇÃO DA DOR EM ESCALA

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Local da dor: \_\_\_\_\_

## CONDUTA TERAPÊUTICA

*Quil 5 am na*  
*tem pluv*

## PROCEDIMENTOS:

☒ Medicação ☐ Curativo ☐ Sondagem ☐ Nebulização ☐ Outros

## PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

1. *ESUV 12 /*
2. *curativo*
3. *curativo*

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

*FC 120 bpm*  
*PA 120/80 mmHg*  
*SpO2 98%*  
*Tem 38,5°C*  
*R 20 l/min*

Responsável

Data *23.06.17*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.802.541 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2018

NOME JOSÉ RICARDO CLAUDIO DA COSTA

RELACÃO MANOEL ELIAS DA COSTA DALVA CLAUDIO DA COSTA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/02/1968

DCC ORIGEM CERT. CAS. Nº1301 - LVB.3 - FLS.181 - CARTORIO GUARABIRA, PB

CPF 645.083.584-20

Assinatura do Titular

Assinatura do Cartório

12/04/2019 09:30/05/20

A+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CÍVIL E DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-262





*José Ricardo L. da Costa*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Claudio da Costa,

RG nº 29554502-6, data de expedição 21/05/2012

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 03699004481, com domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

São Francisco B. Anacimul, nº 514,

complemento casca, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jose Ricardo Claudio da Costa, cujo o condutor era

Jose Ricardo Claudio da Costa.

Veículo: Moto

Modelo: ISHNERA X 500

Ano: 2014

Placa: GFR 34081PB

Chassi: LX4XCBL03F0246902

Data do Acidente: 12/02/2019

Local e Data: Guarabira PB 12/02/2019

Maria das Graças Claudio da Costa  
Assinatura do Declarante

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



TOSCANO DE SALES - SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL  
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular  
Av. Dom Pedro I, 141 - Centro - Guarabira - PB CEP 56200-000 - Fone: (31) 3271-1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....  
MARIA DAS GRACAS CLAUDIO DA COSTA.....  
Em test.de verdade. Guarabira-PB 09/04/2019 16:51:45  
Wardiria Toscano de Sales - Titular  
[2019-002504]EMUL:R\$ 49,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,78 FES:R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: AIL34840-WRRN  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



TOSCANO DE SALES - SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL  
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular  
Av. Dom Pedro I, 141 - Centro - Guarabira - PB CEP 56200-000 - Fone: (31) 3271-1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....  
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA.....  
Em test.de verdade. Guarabira-PB 15/04/2019 15:18:39  
Wardiria Toscano de Sales - Titular  
[2019-002626]EMUL:R\$ 49,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,78 FES:R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: AIL88440-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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> 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 Luciano Santos Veloso inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.864.334/02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Ricardo Almeida da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.808.358/01, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Ricardo Almeida da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.808.358/01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Desenvolvimento Renda: Desenvolvimento e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>rua Ataulo</u>		Número <u>669</u>	Complemento <u>Conto</u>
Bairro <u>Novo</u>	Cidade <u>Guarabira</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58200-00</u>
Email <u></u>		Telefone comercial(DDD) <u></u>	Telefone celular (DDD) <u>83 98854 7538</u>

Guarabira PB, 10 de abril de 2019  
Local e Data

Luciano Santos Veloso  
Assinatura do Declarante





Lógica MONOFÁSICO  
 Curioso RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
 Roteiro 1-22-199-2090 Referência: Abr/2019  
 Medidor: 00000567321 Emissão: 03/04/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
RUA 270, Km 25 - Chão Roldador - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.016.323-6

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 022.734.519  
Cód. para Débito Automático: 0600785624

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

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

UC (Unidade Consumidora): 5/766566-4

### Canal de contato

**ATENÇÃO-REVISÃO CADASTRAL 2019**  
Procure a prefeitura de sua cidade até 19/10/2019 para atualizar seus dados no Cadastro Único e receber o Tarifa Social de Energia Elétrica. Para mais informações ligue para o 152 ou visite o site [www.cadastrounico.org.br](http://www.cadastrounico.org.br). Após receber o cartão no CRAS entrar em contato conosco pelo 0800 093 0191.

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada para Lei nº 11.083 de 20 de maio de 2005.

Já conecte os nossos parceiros de redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as últimas novidades, informações e serviços de segurança, manutenção e outros serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
01/03/18	8270	03/04/18	9270	1	0	32
<b>Demonstrativo</b>						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Imposto	Valor Total
		Unidade	Valor	ICMS (R\$)	Pot (R\$)	ICMS (R\$)
0801	Consumo Elé 230V/1-EP	30,000	0,295123	8,85	0,00	8,85
0810	Subsídio			11,43	0,00	11,43
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>						
0999	CREDITO A COMPENSAR (..) 04/2019			-8,84	0,00	-8,84
0906	Devolução Subsídio			-10,74	0,00	-10,74

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	-0,00	0,00	0,00	17,50	0,12	0,00
Tarifa at Tributos: Ats. Estado: 0,122840							

Andela ultimatus mares (NWT)

## VENCIMENTO

**TOTAL A PAGAR**

25

10/04/2019

**R\$ 0,00**

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]

RESERVADO AO FISCO

bd5f.1f45.3060.8442.c280.9115.de8f.b6a7

### Indicadores de Qualidade

Consent to publish in this journal entails the author's irrevocable and exclusive authorization of the publisher to collect any sums or considerations for copying or reproduction payable by third parties (as mentioned in article 17, paragraph 2, of the Dutch Copyright Act of 1912 and in the Royal Decree of June 20, 1974 (S. 351) pursuant to article 16b of the Dutch Copyright Act of 1912) and/or to act in or out of court in connection herewith.

2016 - Guanhã			2017 - Guanhã		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminacao	Valor (R\$)	%
QIC MENSAL	11,30	0,00	Serviço de Cto. de Energia e Cto. de Energia	0,00	0,00
QIC SEMESTRAL	27,21		Controle de Energia	0,00	0,00
QIC ANUAL	45,32	100,00	Serviço de Transmissão	0,00	0,00
QIC MENSAL	7,74	0,00	Energia Solar	0,00	0,00
QIC TRIMESTRAL	15,49		Instalações Domésticas e Comerciais	0,00	0,00
QIC ANUAL	30,98	202	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	9,19				
DMC	18,30	0,00			
			<b>Total</b>	<b>0,04</b>	<b>100,00</b>

Yakovlev EUGEN 2/20/19183296

## ATENÇÃO

Além das faturas em atraso acima, existe(m) 26 fatura(s) no montante de R\$ 24.82 (vinte e quatro mil e oitenta e dois reais) anteriores a:

• **RECEIÇÃO** - Caso a(s) fatura(s) não continuem em atraso, o fornecedor poderá ser suspenso a partir de 19/04/2015. Contorno: Restrição 14/04/016. O pagamento não está em atraso e a suspensão do fornecedor não ocorrerá, caso o mesmo não seja comunicado, ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para conciliação. Caso as faturas estejam pagas, desconectar e assinar em branco.

• **ESTE PRAZO NÃO VÁLIDAMENTE AS FATURAS JÁ RECEBIDAS**, para estar a supor o fornecedor poderá ocorrer a qualquer momento até a ocorrência do prazo de 30 (trinta) dias, contados de data de vencer a fatura vencida e não paga.

Fatura acima a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

• Sua unidade foi fornecida como Santa Rápida, tendo L/m desistora de R\$ 10, 74

Anexo 1: • Cheque de Acidente de Trabalho

• Invol e desocupado com acesso ao medidor

### Faturas em atraso

Mar/19	16,88
Jan/19	13,85
Nov/18	14,26
Set/18	13,25
Jul/18	12,71
Mai/18	11,51
Mar/18	5,66
Fev/18	6,07

2. 1999年12月29日

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

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 esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGIISA.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
16 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 64508358420 Nome completo da vítima: João Ricardo Claudio da Costa

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

Nome completo: João Ricardo Claudio da Costa CPF: 64508358420  
Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Tabuleiros Número: 51 Complemento: CELA  
Bairro: Parque Jussara Cidade: Guarulhos Estado: SP CEP: 58200-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 83988547538

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

**RENDA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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: 95331 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

Local e Data: Guarulhos SP 10/04/2019  
Nome: João Ricardo Claudio da Costa  
CPF: 64508358420

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: 16 ABR. 2019  
Assinatura: PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA

(\*) 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 LXYCBL01F0246902, RENAVAL 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, escrivão(o) que digitei.

*José Ricardo Cláudio da Costa*

**JOSÉ RICARDO CLÁUDIO DA COSTA**

Comunicante

*Cristóvão J A Cabral*

Cristóvão J A Cabral  
Escrivão de Polícia Civil

Mat. 155.704-1



**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 64508358420 Nome completo da vítima: João Ricardo Claudio da Costa

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

Nome completo: João Ricardo Claudio da Costa CPF: 64508358420  
Profissão: Agricultor Endereço: Rua Tubarão Número: 51 Complemento: CELA  
Bairro: Parque Imar Cidade: Guarulhos Estado: SP CEP: 58200-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 83988547538

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

**RENDA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO 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: 95331 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: 16 ABR. 2019  
Assinatura: PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA

Local e Data: Guarulhos SP 10/04/2019  
Nome: João Ricardo Claudio da Costa  
CPF: 64508358420

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.**

---

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 médico-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: 000000095331-9

---

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

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 12/02/2019

**Titular do CPF:** JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](http://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

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROCURAÇÃO

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR. 2019

OUTORGANTE

PROTOCOLO  
AG: JOÃO PESSOA

Nome: Jose Ricardo claudio da Costa  
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 2802541 CPF: 645.083.584-20  
Endereço: sítio Taboas, Zona rural, Guarabira, PB

OUTORGADO

Nome: Luciano Santos Oliveira  
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casado  
Profissão: Comerciante  
Identidade: 3107-382 CPF: 014.864.314-02  
Endereço: João Azeiteiro, 669 - B. NOVO - Guarabira



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR  
MADRIRA TOSCANO DE SALES - TUAJ  
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 53200-000 - Fone: (83) 3371-4352  
RECIBO, caso autêntica e verdadeira, a(s) Firmante(s) detém a posse e a propriedade do bem descrito no presente instrumento.  
Jose Ricardo Claudio da Costa  
Firmante TOSCANO DE SALES - TUAJ  
Em Teste da verdade. Guarabira - PB 22/04/2019 14:31:26  
Madrira TOSCANO DE SALES - TUAJ  
2019-002760 JENLURA Nº 91 FAPEN-88 0,29 FEP-88 1,96 ISS-88 0,50  
SELO DIGITAL: ANEXO-3MAX  
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

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, afim 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 substabelecer 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

Jose Ricardo claudio da Costa

Local e data:

Guarabira PB 22 de Abril de 2019



Jose Ricardo claudio da Costa  
Assinatura do Outorgante

PROCURAÇÃO  
PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Ricardo Claudio da Costa Nacionalidade: Brasileiro Est. SP  
Civil: Solteiro Profissão: engenheiro Identidade: 2-802.541  
1045 083 584-20 CPF: Endereço: Rua Taboas, n. 310  
B. Maracanã

OUTORGADO:

Nome: Leandro Santos Oliveira Nacionalidade: Brasileiro Est. SP  
Civil: casado Profissão: Consultor  
Identidade: 3307382 CPF: Endereço:  
057-864-33402  
Jose Ricardo Claudio da Costa

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 substabelecer 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

Jose Ricardo Claudio da Costa

Local  
e  
data



Jose Ricardo Claudio da Costa



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
WANDERLEI TOSCANO DE SALES - TUPAC  
Atuação em: 14- Centro - Guarabira - PB - CEP 56200-000 - FONE: (33) 3371-4830



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de  
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA  
Em testilha verdadeira, Guarabira - PB, 09/04/2019, 17h41, 38  
Wanderson TOSCANO DE SALES - Titular  
[2019-002300] EMB: N.º 91 FWPEN: N.º 0,29 FEP: N.º 1,76 ISS: N.º 0,50  
SELO DIGITAL: ALL34842-TX2H  
Confira a autenticidade em: <https://salosdigital.tipo.jus.br>



# 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

**Valoração 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

282-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




*Luciano Santos Oliveira*

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.107.382 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 08/06/2016

NOME LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO DELFINO DOS SANTOS MARIA DO SOCORRO SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE BARRA DE SANTA ROSA-PB

DOC. CIVIL CERT. CAS. Nº 10833 - LV. 37 - FLS. 69 - CARTORIO GUARABIRA-PB

CNPJ 014.864.314-02

DATA DE NASCIMENTO 03/06/1985

04

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

Nº 014797689850

DETTRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COG RENAVAM - EXERCÍCIO  
1 0107433086-0 00/00000000 2019

NOME  
MARIA DAS GRACAS C DA COSTA

CPF / CNPJ - PLACA - QFR3408/PB

03699004481

PLACA ANT / UF - CHASSI - LXXXCBL01F0246902

NOVO RN

ESPÉCIE TIPO - COLOCUTIVEL

FMS / CILINDROS / ANOS - 2014

1 / SHINERAY XY 50 Q

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - CORR PREDOMINANTE

2 P/49 / CI PARTIS PRSTA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS -

1 IPVA ISENTO 00/00/0000 4º

P - PLACA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS - 2º

V - PLACA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS - 3º

A - PLACA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS - 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 25/01/2019

OBSERVAÇÕES -

SEM RESERVA DE DOMÍNIO 0

GUARABIRA - PB LOCAL - 14/03/2019

16497 41491

PB Nº 014797689850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
2019 14/03/2019

CPF / CNPJ - PLACA - QFR3408/PB

03699004481

PLACA ANT / UF - CHASSI - LXXXCBL01F0246902

NOVO RN

ESPÉCIE TIPO - COLOCUTIVEL

FMS / CILINDROS / ANOS - 2014

1 / SHINERAY XY 50 Q

CAP / POT / CIL - CATEGORIA - CORR PREDOMINANTE

2 P/49 / CI PARTIS PRSTA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS -

1 IPVA ISENTO 00/00/0000 4º

P - PLACA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS - 2º

V - PLACA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS - 3º

A - PLACA / PVA - PARCELAMENTO / COTAS - 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 25/01/2019

OBSERVAÇÕES -

SEM RESERVA DE DOMÍNIO 0

GUARABIRA - PB LOCAL - 14/03/2019

16497 41491

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

16 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.268.608/0001-04

41491-0923268-20190314

AGO / 2018