



21/07/2020

Número: **0801543-20.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **31/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|--|-------------------|
| MARIA DE FATIMA SANTOS (AUTOR) | | JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | | |
| TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 32523715 | 21/07/2020 14:42 | 2736234_CONTESTACAO_Anexo_02 | Outros Documentos |



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY

RUA BEL FIO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO -
PETROPOLIS POMBAI PB 58840-000

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|----------------------|-----|-------------------------|-----------|------------|---------|-------------|
| | | Residencial | Comercial | Industrial | Pública | |
| 112.004.115.0005.000 | 000 | 0 | 1 | 0 | 0 | |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto |
|----------------------|--------------------|-------------|---------------|-----------------|
| 112.004.115.0005.000 | 23/11/2018 | EXT. ACERVO | POTENCIAL | |

| Anterior | Atual | Consumo (M3) | Tempo de Dias | Próxima Leitura |
|---|-------|------------------------------------|---------------|-----------------|
| 104 | 115 | 11 | 32 | 08/12/2018 |
| PRIMEIRO CONSUMO: ANTER. LEIT. E QUANT. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M5. | | | | |
| OUT/2018 | 9 | PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES | | |
| SET/2018 | 11 | TURBIDEZ | 46 | 46 |
| AGO/2018 | 22 | CLORO | 46 | 46 |
| JUL/2018 | 20 | COL. TERNOT | 0 | 0 |
| JUN/2018 | 11 | COR | 10 | 36 |
| MAY/2018 | 9 | COL. TOTAIS | 46 | 46 |
| MEDIA(M) | 13 | DADOS REFERENTES A SET/2018 | | |

DATA DA IMPRESSÃO: 09/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:30:27

| DESCRIÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|-----------------------------------|---------|------------|
| ÁGUA | | |
| COMERCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| A1: 10 M3 - R\$ 67,65 POR UNIDADE | 10 M3 | 67,65 |
| ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3 | 1 M3 | 11,72 |
| ESGOTO | | |

VALOR APROXIMADO DE TRÊS DIAS: R\$ 7,34 DTS E CONTEÚO LET 12.741/12

| | |
|------------------------|--------------------------|
| VENCIMENTO: 23/11/2018 | Total a Pagar: R\$ 79,37 |
|------------------------|--------------------------|



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"



CAGEPA

| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 70682232 | NOV/2018 | 23/11/2018 | R\$ 79,37 |

DEBITO AUTOMATICO

18 DEZ. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/07/2020 14:42:15

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072114421484600000031154484>

Número do documento: 20072114421484600000031154484



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 JACQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.946.134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANIA DE FATIMA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054 / 59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANIA DE FATIMA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ 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>RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u> | | <u>219</u> | <u>ESCRITÓRIO</u> |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>RETROPOLIS</u> | | <u>PARAIBA</u> | <u>58840-000</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| <u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u> | <u>(83)99974-6322</u> | <u>(83)98148-8766</u> | |

POMBAI-PB, 10 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Jacques dos Wanderley
Assinatura do Declarante

18 DEZ. 2018

DLDR.L001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 JACQUES RAMOS WANDERCEY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANIA DE FATIMA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054 / 59

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANIA DE FATIMA SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054-59 /, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 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 BEL FCO DA SILVA ALMEIDA</u> | Número: <u>219</u> | Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u> |
| Bairro: <u>PETROPOLIS</u> | Cidade: <u>POMBAL</u> | Estado: <u>PARAIBA</u> |
| E-mail: <u>JACQUES-ADV@BOL.COM.BR</u> | CEP: <u>58.840-000</u> | Tel.(DDD): <u>(83) 9997463 22</u> |

Local e Data: POMBAL-PB, 15.07.2019

Jacques Ramos Wandercey

Assinatura do Declarante

16 JUL 2019

DLDR01 V001/2017



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2018

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

| | | |
|--|--|---------------------------|
| CPF do declarante 032.976.134-08 | Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY | Telefone (83) 34311825 |
| Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA | Número 284 | Complemento CASA |
| Bairro/Distrito PETROPOLIS | GEP 58840-000 | Município POMBAL |
| | | UF PB |

| | |
|--|--------------------|
| TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS | (Valores em Reais) |
| | 164.613,84 |
| IMPOSTO DEVIDO | 30.229,04 |
| IMPOSTO A RESTITUIR | 0,00 |
| SALDO DO IMPOSTO A PAGAR | 19.652,12 |
| IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE | 0,00 |
| PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2019) | |
| NÚMERO DE QUOTAS | 3 |
| VALOR DA QUOTA | 6.617,37 |

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 25/04/2019 às 15:55:26
2505058096

16 JUL 2019

2505058096





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE POMBAL

Pombal-PB, 24 de OUTUBRO de 2018

DECLARAÇÃO

Eu, Edson Lira do Prado, brasileiro, casado, Coordenador Geral da Base do SAMU da cidade de Pombal, COREN-PB 317.165, venho declarar através deste que no dia 02/09/2018, o SAMU da cidade de Pombal prestou atendimento a cidadã de nome MARIA DE FATIMA SANTOS, nascida no dia 14/03/1979, de RG 2.027.280, de filiação de JOSEFA MARIA DOS SANTOS. Declaro ainda que por equívoco e por a paciente não se encontrar com seus documentos pessoais a equipe do SAMU plantonista no dia supracitado do atendimento, não preencheu de forma adequada os dados do paciente, não preenchendo o campo da ficha que identifica o nome do paciente. A Coordenação procurada pela vítima, admite a falta do preenchimento e declara que realmente prestou atendimento a paciente MARIA DE FATIMA SANTOS onde prestaram atendimento e a conduziram para o HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL: Enfermeira Andressa Ugolino e Condutor José Dimas.

A Coordenação do SAMU de Pombal fica a disposição para esclarecer quaisquer fatos que por ventura apareça em decorrência do preenchimento da ficha e declara veracidade dos fatos.

Atenciosamente,

EDSON LIRA DO PRADO
COORDENADOR GERAL
Matrícula 1476

RUA ANTONIO FERREIRA
Pombal-PB – CEP 58840-000

14 JAN 2019





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

1833
Data/Hora 02/09/2018 23:40:24

Ocorrência: INTERNAMENTO

Servidor do Dr.:

Paciente MARIA DE FATIMA SANTOS

Idade: 39 Sexo F

Filiação

Pai:

Mãe:

MARIA JOSEFA DOS SANTOS

Endereço

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: PROJETADA

Bairro: JANDUY CARNEIRO

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

N.: SN

Documentos

CNS: 200-5022-1323-0003

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 14/03/1979

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: DO LAR

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente vítima de estupro, veio ao
serviço com incontinência, hipotensão e
com dor femoral importante.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

AO exame com diminuição do
volume renal à direita.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

- Tórax instável.

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: BARBARA

14 JAN 2019



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA SANTOS

4 - PRONTUÁRIO

33158

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

200-5022-1323-0003

6 - DATA DE NASCIMENTO

14/03/1979

7 - SEXO

F

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

MARIA JOSEFA DOS SANTOS

10 - TELEFONE

3431249

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

PROJETADA

N.: SN

13 - BAIRRO

JANDUY CARNEIRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor abdominal em quadrante de
abd. superior, dor no
abd. inferior.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de internar

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Torção intestinal

22 - CID 10 PRINC.

K95.8

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Drenagem de torção

26 - COD PROCEDIMENTO

06.12.04.01.06

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

009.489.854-62

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

03/09/2018

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

CRIMPA 2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

14 JAN 2019

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Maria de Sílvia dos Santos
Filiação: _____
Sexo: F Idade: _____ Cor: Parda
Procedência: Área Amputada Data 02/09/2018
Intervenção: Drenagem de Tórax
Cirurgião: Dr. Jélio
1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: _____

Anestesista: Dr. Edson
Anestesia: Sedação
Início da Anestesia: 22.53 Término: _____ Duração: _____
Início da Intervenção: 23.00 Término: _____ Duração: _____

Material

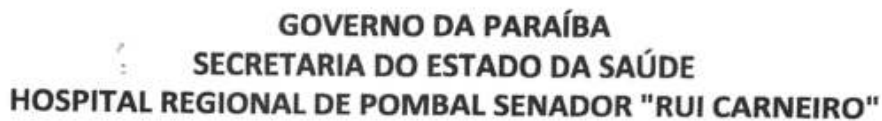
| Espécie | Quantidade |
|-------------------------|------------|
| Midazolam | 01 |
| Ketalar | 01 |
| Soro fisiológico | 03 |
| Suva estéril | 02 |
| Alcool a 70% | 30ml |
| PVP1 | 50ml |
| Algodão 20 cl agulha | 01 |
| Nylon 2.0 | 01 |
| Lidocaína 2% 20ml | 01 |
| Seringa 10 ml | 03 |
| " 5ml | 01 |
| Tubo p/ dreno H. | 01 |
| Quetele nº4 | 01 |
| Dreno de tórax nº 36 | 01 |
| Lâmina de bisturi nº 24 | 01 |
| Atro pira | 02 |
| compressa | 06 |
| Gaze | 05 |
| | |
| | |
| | |

Manny Oliveira Alves
Enfermeira
COREN/PA: 238.748
Inscrição: 0632.0984

Téc. de Enfermagem

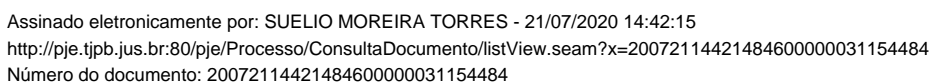
14 JAN 2019

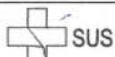




| | | | | | |
|--|--|-------------------|--|----------------|--|
| NOME DO PACIENTE | | HOSPITAL | | Nº PRONTUÁRIO | |
| DATA DA OPERAÇÃO | | ENF. | | LEITO | |
| OPERADOR | | 1º AUXILIAR | | | |
| 2º AUXILIAR | | 3º AUXILIAR | | INSTRUMENTADOR | |
| ANESTESISTA | | TIPO DE ANESTESIA | | | |
| DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO | | | | | |
| TIPO DE OPERAÇÃO | | | | | |
| DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO | | | | | |
| RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA | | | | | |
| FOTOGRAFIA RADIOLÓGICA NO ATO | | | | | |
| OCCORRÊNCIA DURANTE A OPERAÇÃO | | | | | |
| VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS | | | | | |
| <p>1) Paciente decubito dorsal horizontal;</p> <p>2) Antissepsia;</p> <p>3) Incisos Intercostais;</p> <p>4) Realizado Drenagem torácica.</p> | | | | | |

14 JAN 2019





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03
NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE
CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Paciente: **MARIA DE FATIMA SANTOS**
Mãe: JOSEFA MARIA DOS SANTOS
Nascimento: 14/03/1979 Idade: 39 Cor: BRANCA Sexo: F
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: CONJ NOVO HORIZONTE Num.: SN
Bairro: POPULARES Fone:
Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101 Identidade: 2027280
CNS: 200-5022-1323-0003 Reg. Nasc.:
CPF: Recepcionista: SANDRA
Data / Hora: 17/09/2018 13:33:19 N Ficha: 74218 N Prontuario: 30111
Atendimento: FRATURA

SPO: FC: HGT: GESTANTE: SIM () NAO () SEMANAS
PESO: PA: TEMP.:
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Ex como fratura
(fto comuado)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Do Centro das Primas Apolonia

- ☐ 01 - ELETIVO **CARÁTER DO ATENDIMENTO**
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Ex como fratura CID-10

MEDICAÇÃO **ENCAMINHAMENTO**
☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns

CBO

JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL

Polígar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

14 JAN 2019





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Pombal-PB

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Marcos de Fátima Gomes

Portador do RG _____, foi submetido à

consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,

Sendo portador da infecção CID-10 S42.2.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta)

dias, a partir desta data.

Pombal-PB, 02 de 09 de 20 18

Assinatura e Carimbo do Médico

[Assinatura] CR4734801

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou Responsável

14 JAN 2019





18 DEZ. 2018



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.50221.32-3

9407283

0040

PB

- Maria de Brito Santos



22

18 DEZ. 2018



MARIA DE FATIMA SANTOS

FILIAÇÃO

JOSEFA MARIA DOS SANTOS

NASCIMENTO...: 14/03/1979

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: POMBA - PB

DOCUMENTO..... C.N. 7829 LVA 00008 FLS 076 - 17/10/2013 - CART REG
CIVIL - POMBAL - PB

LEI Nº 3.048, DE 18 DE MAIO DE 1966

CPF: 040.067.054

CASH

THE ELECTION:

SEÇÃO:

ZONA

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTS/PB - 15/12/2014

Roberto Henrique Castro
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego no Paraná

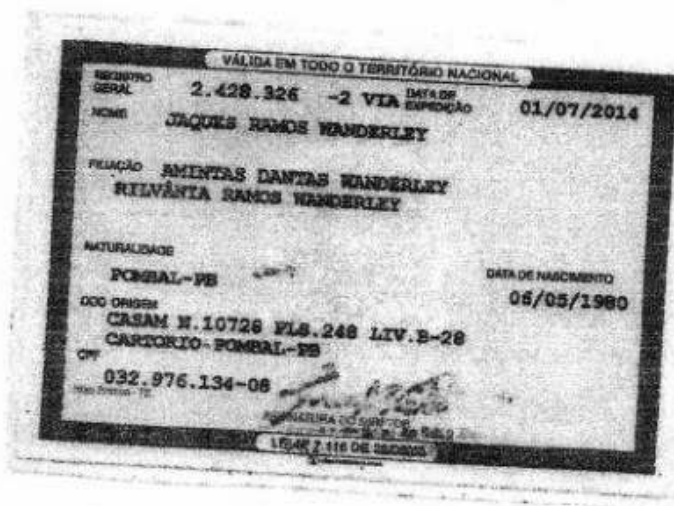
QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇ





18 DEZ. 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190043652 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA), DEMAIS LESÃO TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190043652 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA), DEMAIS LESÃO TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |





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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190043652

Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

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

Autorização de pagamento

Declaração de Inexistência de IML

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

Pag. 01827/01828 - carta_03 - INVALIDEZ

00070914



Carta nº 13837868





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 Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190043652

Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13839505

Pag. 01457/01458 - carta_01 - INVALIDEZ

00030729





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, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190043652

Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00925/00926 - carta_04 - INVALIDEZ

00070463



Carta nº 14603443



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 040.647.054-59 Nome completo da vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

Nome completo: MARIA DE FATIMA SANTOS CPF: 040.647.054-59

Profissão: DOMESTICA Endereço: RUA NOVO HORIZONTE Número: S/N Complemento: _____

Bairro: NOVO HORIZONTE Cidade: POMBA Estado: PARAIBA CEP: 58.840-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 99974632

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

RENDA MENSAL:
☐ RECURSO 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)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 42480-5 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____

(*) 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: ANTONIO DANTAS WANDERLEY UNION
CPF: 064.978.664-50

Assinatura de Antonio Dantas Wanderley Union

2ª Nome: CAMILA GOMES DE SOUSA
CPF: 079.703.494-39

Assinatura de Camila Gomes de Sousa

(*) 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.





18 DEZ. 2018



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: 3190043652 | CPF da vítima: 040.647.054-59 | Nome completo da vítima: MANIA DE FATIMA SANTOS |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: MANIA DE FATIMA SANTOS | | CPF: 040.647.054-59 |
| Profissão: AGRICULTORA | Endereço: NOVO HORIZONTE | Número: 517 |
| Bairro: NOVO HORIZONTE | Cidade: BOMBAL | CEP: 58.840-000 |
| E-mail: | Estado: PARAIBA | Tel.(DDD): (83) 999746322 |

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

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **013. 424805**

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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

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 não alfabetizado | Local e Data: BOMBAL-PA, 14.07.2019 | TESTEMUNHAS |
| | Nome: _____ | |
| CPF: _____ | CPF: _____ | 1º Nome: ANTONIO SANTOS WANDLEY JUNIOR |
| | | CPF: 064.978.664-50 |
| | | Antonio Santos Wandley Junior |
| | | Assinatura |
| | | 2º Nome: MAYARA MONIQUE GULINDE A. WANDLEY |
| | | CPF: 059.842.774-09 |
| | | Mayara Monique Gulinda A. Wandley |
| | | Assinatura |

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mania de Fatima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José dos Santos

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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.



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

1ª Delegacia Distrital de Pombal

Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 023/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO / DPVAT - ADITAMENTO BO Nº 851/2018

Data do fato: 02/09/2018 – por volta das 19:30 horas

Local do ocorrido: BR-230, CIDADE DE POMBAL/PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 11/01/2019 – 15:20 Horas

COMUNICANTE: MARIA DE FÁTIMA SANTOS, **Filiação:** JOSEFA MARIA DOS SANTOS e PAI NÃO DECLARADO; **Profissão:** doméstica; **Estado Civil:** solteira; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 14.03.1979; **Endereço Residencial:** Rua Novo Horizonte, S/N, Novo Horizonte, Pombal/PB; //; **Telefone:** ***/Portador de RG nº 2027280 SSP-PB. CPF 040.647.054-59

HISTÓRICO: Que afirma a comunicante que no dia e hora acima informados, trafegava na BR-230, em frente a Loja de Carros Gavel, Pombal-PB; Que ao atravessar a rodovia que corta a cidade, foi atropelada por um veículo carro de passeio; Que populares ligaram para o SAMU, e em seguida saiu do local, não sabendo identificar quem é a pessoa que conduzia o carro que lhe atropelou, nem sabe as características do veículo; Que, fora socorrida pelo SAMU local e levada para o Hospital Regional de Pombal-PB, onde recebeu os primeiros atendimentos; Que sofreu fraturas nas costelas e no braço; Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.


POMBAL, 11/01/2019

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Clenaldo Queiroz de Meideiros.

O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Maria de Fátima Santos

Policial responsável pela lavratura do boletim:


Francisco José S. Lacerda
ESCRIVÃO AD HOC
MAT.: 168.536-8

14 JAN 2019



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 040.647.054-59 Nome completo da vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

Nome completo: MARIA DE FATIMA SANTOS CPF: 040.647.054-59

Profissão: DOMESTICA Endereço: RUA NOVO HORIZONTE Número: S/N Complemento: _____

Bairro: NOVO HORIZONTE Cidade: POMBA Estado: PARAIBA CEP: 58.840-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 99974632

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

RENDA MENSAL:
☐ RECURSO 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: 0732 CONTA: 42480-5
(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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) 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: ANTONIO DANTAS WANDERLEY UNIOIA
CPF: 064.978.664-50
Assinatura
2ª Nome: CAMILA GOMES DE SOUSA
CPF: 079.703.494-39
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.





18 DEZ. 2018



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: 3190043652 | CPF da vítima: 040.647.054-59 | Nome completo da vítima: MANIA DE FATIMA SANTOS |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: MANIA DE FATIMA SANTOS | | CPF: 040.647.054-59 |
| Profissão: AGRICULTORA | Endereço: NOVO HORIZONTE | Número: 517 |
| Bairro: NOVO HORIZONTE | Cidade: BOMBAL | CEP: 58.840-000 |
| E-mail: | Estado: PARAIBA | Tel.(DDD): (83) 999746322 |

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

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **013. 424805**

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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

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 não alfabetizado

Local e Data: **BOMBAL-PA, 14.07.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mania de Fatima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: **ANTONIO SANTOS WANDLEY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

Antonio Santos Wandley Junior

Assinatura

2º Nome: **MAYANA MONIQUE GULINDE A. WANDLEY**

CPF: **059.842.774-09**

Mayana Monique Gulinde A. Wandley

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.



Pombal-PB, 24 de OUTUBRO de 2018

DECLARAÇÃO

Eu, Edson Lira do Prado, brasileiro, casado, Coordenador Geral da Base do SAMU da cidade de Pombal, COREN-PB 317.165, venho declarar através deste que no dia 02/09/2018, o SAMU da cidade de Pombal prestou atendimento a cidadã de nome MARIA DE FATIMA SANTOS, nascida no dia 14/03/1979, de RG 2.027.280, de filiação de JOSEFA MARIA DOS SANTOS. Declaro ainda que por equívoco e por a paciente não se encontrar com seus documentos pessoais a equipe do SAMU plantonista no dia supracitado do atendimento, não preencheu de forma adequada os dados do paciente, não preenchendo o campo da ficha que identifica o nome do paciente. A Coordenação procurada pela vítima, admite a falta do preenchimento e declara que realmente prestou atendimento a paciente MARIA DE FATIMA SANTOS onde prestaram atendimento e a conduziram para o HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL: Enfermeira Andressa Ugulino e Condutor José Dimas.

A Coordenação do SAMU de Pombal fica a disposição para esclarecer quaisquer fatos que por ventura apareça em decorrência do preenchimento da ficha e declara veracidade dos fatos.

Atenciosamente,

18 DEZ. 2018



EDSON LIRA DO PRADO
COORDENADOR GERAL
Matricula 1476

RUA ANTONIO FERREIRA
Pombal-PB – CEP 58840-000





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 02/09/2018 23:40:24

Ocorrência: **INTERNAME**

Servidor do Dr.:

Paciente **MARIA DE FATIMA SANTOS**

96/43626 (Genivle)
DANIELA - 99930-1200

SOBRI NHA
Idade: 39 Sexo: F

Filiação

Pai:

Mãe: MARIA JOSEFA DOS SANTOS

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: PROJETADA

Bairro: JANDUY CARNEIRO

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

N: SN

Documentos

CNS: 200-5022-1323-0003

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 14/03/1979

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: DO LAR

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente vítima de abandono, veio ao
serviço com insuficiência, hipertensão e
com dores irregulares.

18 DEZ. 2018

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Ao exame com diminuição do
pulso na extremidade.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

- Tensão instável

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: BARBARA



Rede Fiscal Centro de Energia Elétrica (RCEE) - 410
Cód. para Dct. Automático: 100-000 70 35

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

| | | | |
|-------------------|--------------|----------------------------------|--------------------|
| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CNPJ / CNPJ / RANG |
| Nov / 2018 | 29/11/2018 | 31/12/2018 | 040.547.054-59 |

UC (Unidade Consumidora): 5/1046762-9

Corral de contacto

1. A ENCAIXA - REVISÃO DA CUSTÓDIA 2013
 2. Recurso a primeira e única edição até 18/11/2012 para assinatura
 3. e envio dos dados cadastrais e envio e assinatura da Tabela Social de
 4. Energia - TSE (Tabela Social de Energia) para a TSE - 1556/2012 (TSE)
 5. - Tabela Social de Energia Eletrônica - TSE (Tabela Social de Energia)
 6. nº 10.406 de 10 de abril de 2006
 7. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 8. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 9. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 10. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 11. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 12. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 13. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 14. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 15. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 16. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 17. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 18. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 19. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 20. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 21. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 22. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 23. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 24. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 25. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 26. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 27. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 28. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 29. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 30. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 31. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 32. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 33. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 34. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 35. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 36. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 37. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 38. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 39. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 40. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 41. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 42. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 43. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 44. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 45. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 46. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 47. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 48. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 49. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 50. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 51. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 52. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 53. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 54. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 55. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 56. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 57. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 58. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 59. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 60. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 61. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 62. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 63. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 64. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 65. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 66. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 67. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 68. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 69. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 70. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 71. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 72. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 73. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 74. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 75. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 76. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 77. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 78. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 79. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 80. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 81. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 82. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 83. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 84. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 85. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 86. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 87. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 88. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 89. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 90. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 91. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 92. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 93. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 94. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 95. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 96. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 97. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 98. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 99. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013
 100. Exercício de 2010, 2011, 2012 e 2013

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias | | | |
|-----------------------|-------------------------------|------------|----------|---------------|---------|------------------|------|-------|-------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | | | | |
| 27/09/19 | 5500 | 29/11/19 | 5537 | 0 | 27 | 10 | | | |
| Demonstrativo | | | | | | | | | |
| CC | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base CC | Ata | Valor B. Base CC | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | | | |
| | | | | | | Preço | | | |
| | | | | | | Subtotal | | | |
| 5001 | Consumo de 350Watt-Br | 30,000 | 0,276970 | 8,309 | 9,28 | 25 | 0,07 | 0,28 | 0,08 |
| 0001 | Consumo - 31 x 105Watt-Br | 47,320 | 0,470900 | 22,38 | 22,38 | 25 | 0,00 | 22,38 | 0,1 |
| 0001 | Adc. E. Vermelha | | | 0,04 | 0,04 | 25 | 0,01 | 0,04 | 0,00 |
| 0001 | Adc. E. Amarela | | | 0,93 | 0,93 | 25 | 0,03 | 0,53 | 0,00 |
| 0019 | Subtotal | | | 30,31 | 31,25 | 25 | 0,02 | 12,21 | 0,0 |
| LANÇAMENTOS E SÓLIÇOS | | | | | | | | | |
| 0007 | CONTABILIZAÇÃO LUM. PÚBLICA | | | 7,86 | 0,01 | 0 | 0,00 | 0,01 | 0,00 |
| 0004 | JUROS DEMORA 10/2019 | | | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0009 | MULTA 10/2019 | | | 1,30 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0006 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2019 | | | 0,01 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0008 | Devolução Subsidio | | | -38,19 | 0,00 | 0 | 0,00 | 7,00 | -0,00 |

| | | | | | | | |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| CCZ - Centro de Capacitação de Bom | TOTAL | 60,11 | 64,37 | 16,08 | 84,37 | 0,40 | 0,77 |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|

| Módulo Últimos meses (kW/h) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------------------------|------------|---------------|
|-----------------------------|------------|---------------|

| | |
|------------|-----------|
| 06/12/2018 | R\$ 50,11 |
|------------|-----------|

06/12/2013
Historico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 4 | 5 | 6 | 40 | 95 | 02 | 95 | 91 | 02 | 75 | 7 | 92 |
| Nov12 | Dec17 | Jan19 | Feb18 | Mar18 | Apr18 | Mar18 | Jun18 | Jul18 | Apr18 | Dec18 | Oct19 |

RESERVADO AO FISCO

5eb1.9adb.5c49.2551.1a58.e59d.2da8.3f1b

Indicador de Qualidade

| | Límites de Tercios | Apurado | Límite de Tercio (N) |
|----------------|-----------------------|---------|-------------------------|
| DO INFERIOR | 0,91 | 0,00 | |
| DO INTERMEDIAL | 1,33 | | |
| DO SUPERIOR | 2,49 | | |
| DO INFERIOR | 0,91 | 0,00 | |
| DO INTERMEDIAL | 0,91 | | |
| DO SUPERIOR | 1,33 | | |
| DO INFERIOR | 0,91 | 0,00 | |
| DO INTERMEDIAL | 1,33 | | |
| DO SUPERIOR | 2,49 | | |

Competição do Cuvier

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|---------------------------------|--------------|---------------|
| Benefício de Des. do Emprego | 1,83 | 15,11 |
| Família de Emergência | 11,37 | 22,28 |
| Salário de Transição | 1,00 | 1,95 |
| Exercício Externo | 1,79 | 3,57 |
| Indenização por Fim de Contrato | 50,40 | 98,55 |
| Outras Despesas | 0,00 | 0,00 |
| Total | 66,41 | 100,00 |

ATENÇÃO

Se a unidade foi fabricada entre Maio 1982 e Janeiro 1983, o valor de 22,25 se

Faturas em atraso

Abstract

Release 19-227-105-4360
MEIC: 1048762-2018-11-5

VENCIMIENTO

06/12/2018

TOTAL A PAGAR

RS 50.11

06/12/2018

