
Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190028081

Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO DE SA PEREIRA

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



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, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028081 **Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA**

Data do Acidente: 11/01/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00235/00236 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13819659

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190028081

Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO DE SA PEREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: FERNANDO DE SA PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000013558-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 092.920.864-13 Nome completo da vítima: Fernando de Sá Pereira

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

Nome completo: Fernando de Sá Pereira CPF: 092.920.864-13

Profissão: Recebe Endereço: Rua Francisco Travenço da Silva Número: 42 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Aporecida Estado: PB CEP: 58823000

E-mail: veras.dpvat@hotmail.com Tel.(DDD): 83/9.9919.4397

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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: 43558

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 196/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação da responsabilidade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(o), 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 Lider pagará, caso aprovada a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas aqueles 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 ao art. 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Fernando de Sá Pereira

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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 092.920.864-13 Nome completo da vítima: Fernando de Sá Pereira

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

Nome completo: Fernando de Sá Pereira CPF: 092.920.864-13

Profissão: Recebe Endereço: Rua Francisco Travenço da Silva Número: 42 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Aporecida Estado: PB CEP: 58823000

E-mail: veras.dpvat@hotmail.com Tel.(DDD): 83/9.9919.4397

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ RECLUSO 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: 43558 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 196/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica realizada.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Divorciado) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(o), 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 Lider pagará, caso aprovada a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas aqueles 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 ao art. 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura:

2ª Nome: CPF: Assinatura:

Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018

Nome: CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Fernando de Sá Pereira

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190028081
Nome do(a) Examinado(a): Fernando de Sa Pereira
Endereço do(a) Examinado(a): R Francisco Trajano da Silva, S/N
Centro Aparecida PB CEP: 58823-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3722291
Data local do acidente: [11/01/2018]
Data local do exame: [23/01/2019] Sousa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPÓIA POR 90 DIAS

Complicações: NÃO HOUVERAM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 13/01/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

PACIENTE APRESENTANDO DOR MODERADA A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA, MOVIMENTOS DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO BRAÇO COM RESTRIÇÃO SEVERA A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA. DIMINUIÇÃO DA FORÇA NO MOVIMENTO DE ROTAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO(EXTERNAMENTE/INTERNAMENTE)

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

PACIENTE APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA A MOBILIZAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO BRAÇO. MOVIMENTOS DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA E AMPLITUDE.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Francisco Achilles O. Vilar
MÉDICO
CRM/PB 9641



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 694/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 11.01.2018 HORÁRIO: 05H00min.
Data de notícia do fato a Depol: 24.10.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: FERNANDO DE SÁ PEREIRA, BRASILEIRO(A), NATURAL DE SOUSA-PB, AGRICULTOR, CASADO, NASCIDO(A) EM 19.05.1990, FILHO(A) DE RICELIA DE SÁ PEREIRA E FRANCISCO PEREIRA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 42, CENTRO - APARECIDA - PB

VÍTIMA: O PROPRIO DECLARANTE

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima FERNANDO DE SÁ PEREIRA, ERA CONDUZIDO COMO PASSAGEIRO NO VEÍCULO I/TOYOTA HILUX CD4X4 SR, PLACA OSS6928/PB, CHASSI 8AJFY22G0E8013217, RENAVAL 0100428080-4, MATRICULADA EM NOME DE CICERA ALVES DA SILVA QUANDO O VEICULO ERA CONDUZIDO PELA PESSOA DE ANTONIO CLAUDIO, CONHECIDO "COLORAU"; QUE ao trafegar na rodovia BR 230, entre as cidades de Cajazeirinhas e São Bentinho -PB, o motorista sobrou em uma curva, perdendo o controle e vindo a capotar várias vezes; QUE foi socorrido ao Hospital Regional de Pombal -HRP, face a gravidade das lesões; QUE A VÍTIMA SOFREU FRATURA NO OMBRO ESQUERDO, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; Por este motivo a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTA FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 24 de outubro de 2018.

☒ Fernando de Sá Pereira

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

20 DEZ. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 694/2018/DPVAT

Natureza da ocorrência - SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 11.01.2018 HORÁRIO: 05H00min.
Data de notícia do fato a Depol: 24.10.2018
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

NOTIFICANTE: FERNANDO DE SÁ PEREIRA, BRASILEIRO(A), NATURAL DE SOUSA-PB, AGRICULTOR, CASADO, NASCIDO(A) EM 19.05.1990, FILHO(A) DE RICELIA DE SÁ PEREIRA E FRANCISCO PEREIRA DA SILVA, RESIDENTE NA RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 42, CENTRO - APARECIDA - PB

VÍTIMA: O PROPRIO DECLARANTE

HISTORICO DO FATO,

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE no dia e horário acima descritos a vítima FERNANDO DE SÁ PEREIRA, ERA CONDUZIDO COMO PASSAGEIRO NO VEÍCULO I/TOYOTA HILUX CD4X4 SR, PLACA OSS6928/PB, CHASSI 8AJFY22G0E8013217, RENAVAL 0100428080-4, MATRICULADA EM NOME DE CICERA ALVES DA SILVA QUANDO O VEICULO ERA CONDUZIDO PELA PESSOA DE ANTONIO CLAUDIO, CONHECIDO "COLORAU"; QUE ao trafegar na rodovia BR 230, entre as cidades de Cajazeirinhas e São Bentinho -PB, o motorista sobrou em uma curva, perdendo o controle e vindo a capotar várias vezes; QUE foi socorrido ao Hospital Regional de Pombal -HRP, face a gravidade das lesões; QUE A VÍTIMA SOFREU FRATURA NO OMBRO ESQUERDO, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO, CONFORME LAUDO MÉDICO; Por este motivo a esta Delegacia solicitar certidão para encaminhamentos de seguro DPVAT. EM VIRTUDE DESTA FATO VEIO A ESTA DELEGACIA PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS E CIVIS. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 24 de outubro de 2018.

☒ Fernando de Sá Pereira

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Elisangela N. Dantas

Mat. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

20 DEZ. 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 092.920.864-13 Nome completo da vítima: Fernando de Sá Pereira

CPF da vítima: 092.920.864-13

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

Nome completo: Fernando de Sá Pereira CPF: 092.920.864-13

Profissão: Receita Endereço: Rua Francisco Travenço da Silva Número: 42 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Aporecida Estado: PB CEP: 58823000

E-mail: veras.dpvat@hotmail.com Tel.(DDD): 83/9.9919.4397

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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: 43558

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 196/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica realizada.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Divorciado) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(o), 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 Lider pagará, caso aprovada a indenização do Seguro DPVAT por morte, apenas aqueles 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 ao art. 299 do Código Penal.

Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Fernando de Sá Pereira

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 092.920.864-13 Nome completo da vítima: Fernando de Sá Pereira

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

Nome completo: Fernando de Sá Pereira CPF: 092.920.864-13

Profissão: Recebe Endereço: Rua Francisco Travenço da Silva Número: 42 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Aporecida Estado: PB CEP: 58823000

E-mail: veras.dpvat@hotmail.com Tel.(DDD): 83/9.9919.4397

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIA MENSAL: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ ACIMA DE R\$20.000,00

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: 43558 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 (assinale 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 assinado, 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 196/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação da responsabilidade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Divorciado) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se vítima deixou filhos, informar o nome completo: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovada a indenização do Seguro DPVAT por morte, a quem os 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 ao art. 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura:

2ª Nome: CPF: Assinatura:

Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018

Nome: CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): Fernando de Sá Pereira

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Fernando da Silva Pereira

COR: Pardo DATA DE NASCIMENTO: 29/05/90 IDADE: 27 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria da Silva Pereira PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: K6 092.920.864-43

MUNICÍPIO: João Pessoa ENDEREÇO: _____

ESTADO: PB CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/06/2015

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO? () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Placenta em posição de dor
de baixo e baixo esquerdo
glor. cordão 1.5m, 1.5cm

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Grav 1000
- 2° Dipropionato de betametasona 0.1%
- 3° Voltaren 75 mg/ml 12/12
- 4° Tramadol 50+100 12/12
- 5° Tramadol 50+100 12/12
- 6° Tramadol 50+100 12/12
- 7° Tramadol 50+100 12/12
- 8° Tramadol 50+100 12/12
- 9° Tramadol 50+100 12/12
- 10° Tramadol 50+100 12/12
- 11° Tramadol 50+100 12/12
- 12° Tramadol 50+100 12/12
- 13° Tramadol 50+100 12/12
- 14° Tramadol 50+100 12/12
- 15° Tramadol 50+100 12/12
- 16° Tramadol 50+100 12/12
- 17° Tramadol 50+100 12/12
- 18° Tramadol 50+100 12/12
- 19° Tramadol 50+100 12/12
- 20° Tramadol 50+100 12/12

Dr. Paulo Nêide Melo Fragoso
Médico
CPF: 024.423.944-48
CRM-PB 5374

Blank
250835

Dr. Tullio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9251

20 DEZ. 2018

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Fernando da Silva Pereira

COR: Pardo DATA DE NASCIMENTO: 29/05/90 IDADE: 27 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria da Silva Pereira PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: R6 092.920.864-43

MUNICÍPIO: rio São João do Taperoá ENDEREÇO: _____

ESTADO: PA CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/06/2015

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO? () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Placenta em posição de dor
de baixo e brava e grande
glor. de dentes e dentes nobre

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° 200 1000
- 2° Dipropionato de betametasona 0,1%
- 3° Vol. 100 75 mg/ml 12/12
- 4° Tranq. 50+100 12/12
- 5° Tranq. 50+100 12/12
- 6° Tranq. 50+100 12/12
- 7° Tranq. 50+100 12/12
- 8° Tranq. 50+100 12/12
- 9° Tranq. 50+100 12/12
- 10° Tranq. 50+100 12/12
- 11° Tranq. 50+100 12/12
- 12° Tranq. 50+100 12/12
- 13° Tranq. 50+100 12/12
- 14° Tranq. 50+100 12/12
- 15° Tranq. 50+100 12/12
- 16° Tranq. 50+100 12/12
- 17° Tranq. 50+100 12/12
- 18° Tranq. 50+100 12/12
- 19° Tranq. 50+100 12/12
- 20° Tranq. 50+100 12/12

Dr. Paulo Nêide Melo Fraga
Medico
CPF: 024.423.944-48
CRM-PB 5374

Blank
250835

Dr. Tullio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9251

20 DEZ. 2018

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: 25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO DE SA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000013558-7

Nr. da Autenticação B28DAA666284FC79



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

71051511

REFERÊNCIA

SET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAILMA FELIX DE SOUSA SA
RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 42 - CENTRO +
APARECIDA PB 58823-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
188.001.113.0221.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A02S072128	16/05/2014	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
548	550	2	31	14/10/2018			
HIST. CONS./ANOR. LECT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
		PARÂMETROS		EXIG.	ANALIS. CONFORMES		
AGO/2018	6	TURBIDEZ		0	0	0	
JUL/2018	4	CLORO		0	0	0	
JUN/2018	5	COL. TERHOT		0	0	0	
MAI/2018	6	COR		0	0	0	
ABR/2018	3	COL. TOTAIS		0	0	0	
MAR/2018	4						
MEDIA(M)	4	DADOS REFERENTES A: JUL/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 15/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:58:54

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	2 M3	10,56
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		0,21
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 07/2018		0,02
JUROS DE MORA 07/2018		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS - R\$ 0,08 R\$ 1,00 COMEÇOS LET 10.741/10

VENCIMENTO: 01/10/2018

Total a Pagar:

R\$ 10,79



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 3

INFORMAÇÕES GERAIS:
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"

20 DEZ. 2018

20 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

RG nº 2001094006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 933.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Jose Fagundes de Lira</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>1</u>
Bairro	<u>Cato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 25/09/2018

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

20 DEZ. 2018



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

71051511

REFERÊNCIA

SET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAILMA FELIX DE SOUSA SA
RUA FRANCISCO TRAJANO DA SILVA, 42 - CENTRO +
APARECIDA PB 58823-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
188.001.113.0221.0000	0000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A02S072128	16/05/2014	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
548	550	2	31	14/10/2018		
HIST. CONS./ANOR. LECT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
AGO/2018	6	PARÂMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JUL/2018	4	TURBIDEZ		0	0	0
JUN/2018	5	CLORO		0	0	0
MAI/2018	6	COL. TERHOT		0	0	0
ABR/2018	3	COR		0	0	0
MAR/2018	4	COL. TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	4	DADOS REFERENTES A: JUL/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 15/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 09:58:54

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	2 M3	10,56
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		0,21
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 07/2018		0,02
JUROS DE MORA 07/2018		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS - R\$ 0,08 R\$ 1,00 COMEÇOS LEI 10.741/10

VENCIMENTO: 01/10/2018

Total a Pagar:

R\$ 10,79



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 3

INFORMAÇÕES GERAIS:
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"

20 DEZ. 2018

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAGUNDES DE LIMA, S/N - CATAPRETO
BOUSA/PB CEP 58300000 (AG 177)

Emissão: 04/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL/OUTROS SERVIÇOS E MONITORIA
Roteiro: 1 - 177 - 10 - 1720 Nº Medidor: 90008080281



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-400
CNPJ: 09.095.193/0001-40 Ins. Est. 16.016.023-0

Nota Fiscal e Conta de Energia: 0000099120
Cód. para Deb. Automático: 0000099120

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Dez / 2018	04/12/2018	04/01/2019	992.613.164-68
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato
- Exercício de apresentação do Relatório de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservado, apresentando-se a sua Organização Mista

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/11/18	Leitura 85050	Data 04/12/18	Leitura 86019	
Demonstrativo				
CC - Descrição				
Quantidade Tarifa (R\$) Valor Base Consumo (R\$) Valor Base Consumo (R\$) Valor Base Consumo (R\$) Valor Base Consumo (R\$)				
Tarifa Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) Valor Base Consumo (R\$) Valor Base Consumo (R\$) Valor Base Consumo (R\$) Valor Base Consumo (R\$)				
0801 Consumo em kWh	1037,000 0,839610	852,01 852,01 25	1037,00 852,01 25	42,55
0802 Ado. B. Amarela	12,84 12,84 25	8,21 12,84 0,13	0,84	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0803 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	44,23 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00	
0804 JUROS DEMORA 10/2018	10,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00	
0805 MULTA 10/2018	12,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00	
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	8,80 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00	

CCI - Código de Classificação do Item	TOTAL	939,76	939,76	210,01	864,85	9,27	45,20
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
826	11/12/2018	R\$ 939,76					
	Histórico de Consumo (kWh)						

297	319	475	864	711	831	655	894	809	713	890	725
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18

RESERVADO AO FISCO
2519.c74f.73cc.5d33.9009.0f18.656f 1eb2.

Indicadores de Qualidade			Comparativo de Consumo		
Ano 2019 - Setor					
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIO MENSAL	8,18	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia	11,44	40,33
DIO TRIMESTRAL	24,54		Serviços de Energia	11,44	40,33
DIO ANUAL	24,54		Serviços de Energia	11,44	40,33
FIO MENSAL	4,48	CONTRATADA	Serviços de Energia	11,44	40,33
FIO TRIMESTRAL	4,48		Instalação, Operação e Manutenção	84,88	30,67
FIO ANUAL	12,88		Outros Serviços	0,00	0,00
DIO MENSAL	8,18	LIMITE SUPERIOR			
DIO TRIMESTRAL	24,54	200			
DIO ANUAL	24,54	200			
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				
FIO TRIMESTRAL	4,48				
FIO ANUAL	12,88				
DIO MENSAL	8,18				
DIO TRIMESTRAL	24,54				
DIO ANUAL	24,54				
FIO MENSAL	4,48				

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,


RG nº 2001094006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 933.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Jose Fagundes de Lira</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>1</u>
Bairro	<u>Cato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpvat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 25/09/2018

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

20 DEZ. 2018

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Vasconcelos Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando de Sá Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.920.864/13 do sinistro de DPVAT cobertura viagem da Vítima Fernando de Sá Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.920.864/13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 Jacuendes de Lima</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>-x-</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>Verandapvat@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)9.9919-4307</u>	Telefone celular(DDD) <u>(83)9.8181-8197</u>

Sousa - PB, 19 de Dezembro de 2018
Local e Data

C. L. Pinheiro
Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Vasquez Pinheiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 973.419.833/53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando de Sá Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.920.864/13 do sinistro de DPVAT cobertura viaculidade da Vítima Fernando de Sá Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.920.864/13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 Jacuendes de Lima</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>-x-</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>Vasosdpvat@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)9.9919-4307</u>	Telefone celular(DDD) <u>(83)9.8181-8197</u>

Sousa - PB, 19 de Dezembro de 2018
Local e Data

C. L. Pinheiro
Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Fernando de S. Pereira

COR: Pardo DATA DE NASCIMENTO: 19/05/90 IDADE: 27 SEXO: M

NOME DA MÃE: Marcia de S. Pereira PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: R6 092.920.864-43

MUNICÍPIO: rio São João do Taperoá ENDEREÇO: _____

ESTADO: PB CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/02/2015

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO? () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Queixa com quadro de dor
de ombro e braço esquerdo
devido a queda de bicicleta

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Analgesia
- 2° Diprivena 100mg
- 3° Diprivena 100mg
- 4° Volken 75mg
- 5° Volken 75mg
- 6° Ticlid 50+100mg
- 7° Ticlid 50+100mg
- 8° Ortopedia
- 9° Ortopedia
- 10° Ortopedia
- 11° Ortopedia
- 12° Ortopedia
- 13° Ortopedia
- 14° Ortopedia
- 15° Ortopedia
- 16° Ortopedia
- 17° Ortopedia
- 18° Ortopedia
- 19° Ortopedia
- 20° Ortopedia

Dr. Paulo Nery Melo Fraga
Médico
CPF: 024.423.944-48
CRM/PB 5378

Biank
250835

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 0251

20 DEZ. 2015

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

R. sem trauma.
OP: APE + ANÁLISE
FISIOTERAPIA
AMBULATÓRIO

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
03040600	21	51	25	

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

✓ EVAN PEREIRA DA SILVA

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

20 DEZ. 2018

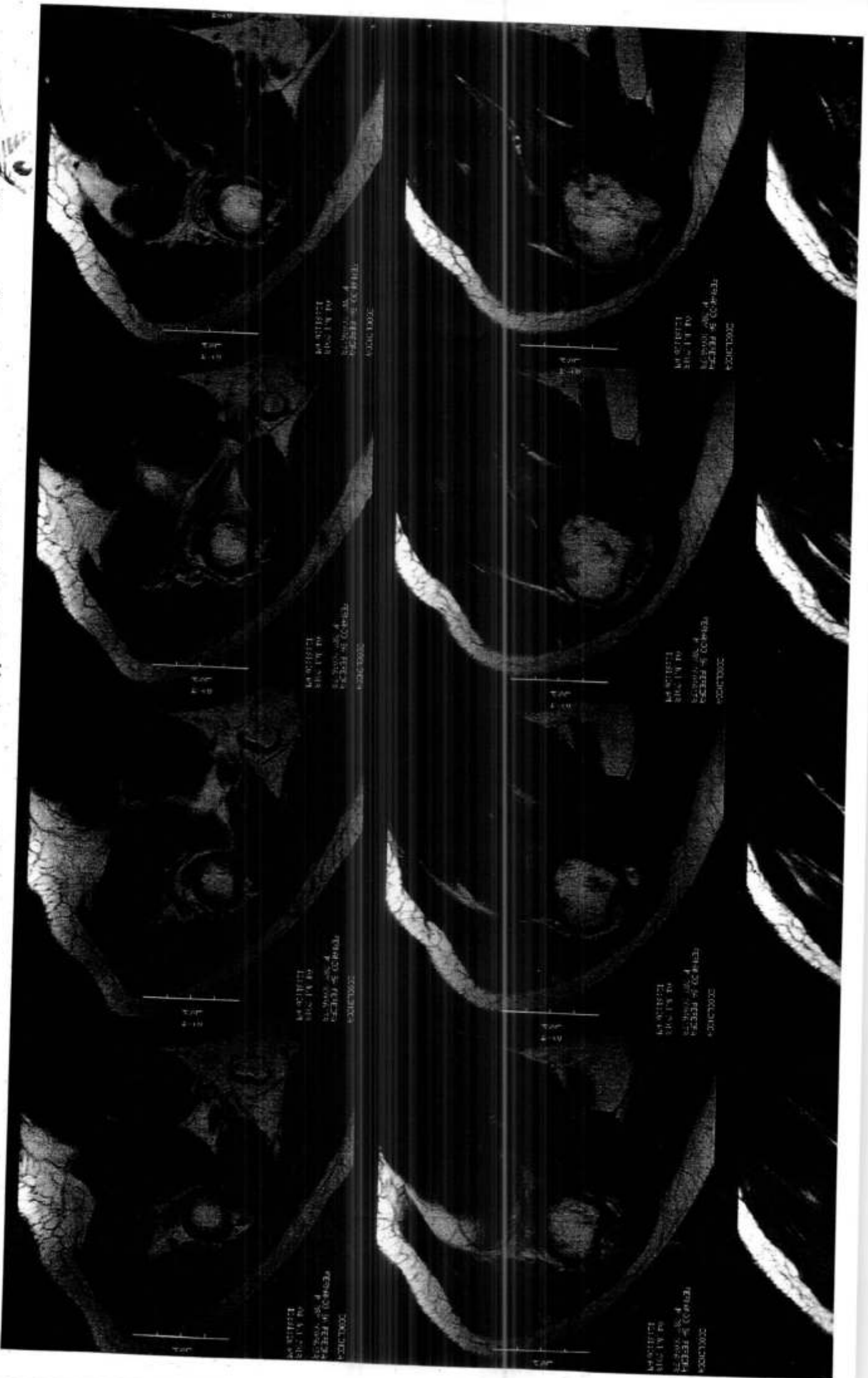


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444



ECOCLINICA
FERNANDO DE FREITAS
P. 305 - CORALIO SOARES
04. 31. 2018
12.04.18 PM

ECOCLINICA
FERNANDO DE FREITAS
P. 305 - CORALIO SOARES
04. 31. 2018
12.04.18 PM

ECOCLINICA
FERNANDO DE FREITAS
P. 305 - CORALIO SOARES
04. 31. 2018
12.04.18 PM

ECOCLINICA
FERNANDO DE FREITAS
P. 305 - CORALIO SOARES
04. 31. 2018
12.04.18 PM

ECOCLINICA
FERNANDO DE FREITAS
P. 305 - CORALIO SOARES
04. 31. 2018
12.04.18 PM

ECOCLINICA
FERNANDO DE FREITAS
P. 305 - CORALIO SOARES
04. 31. 2018
12.04.18 PM

ECOCLINICA
FERNANDO DE FREITAS
P. 305 - CORALIO SOARES
04. 31. 2018
12.04.18 PM

ECOCLINICA
FERNANDO DE FREITAS
P. 305 - CORALIO SOARES
04. 31. 2018
12.04.18 PM

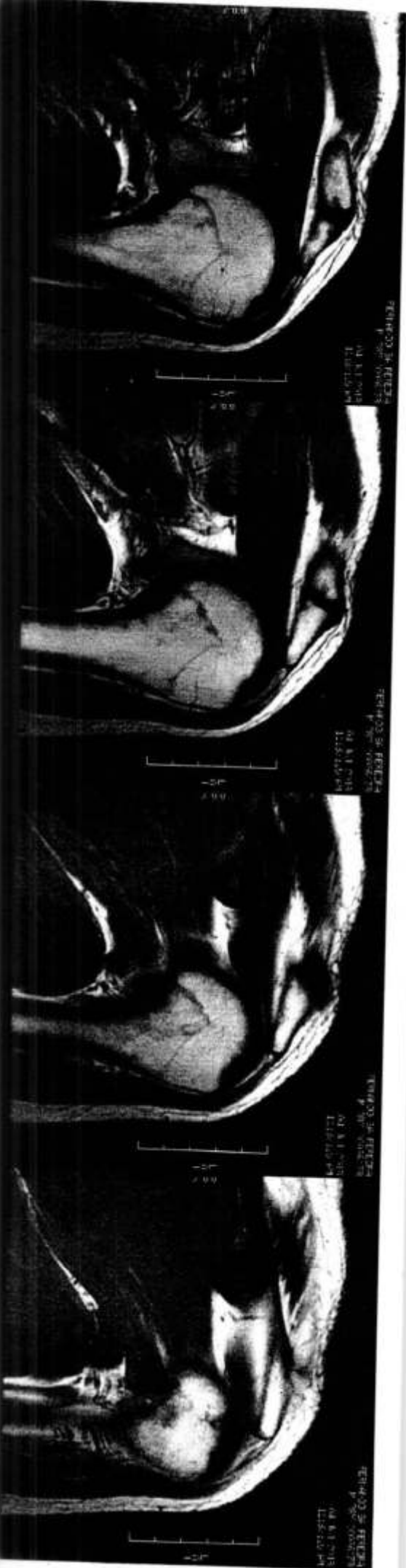


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

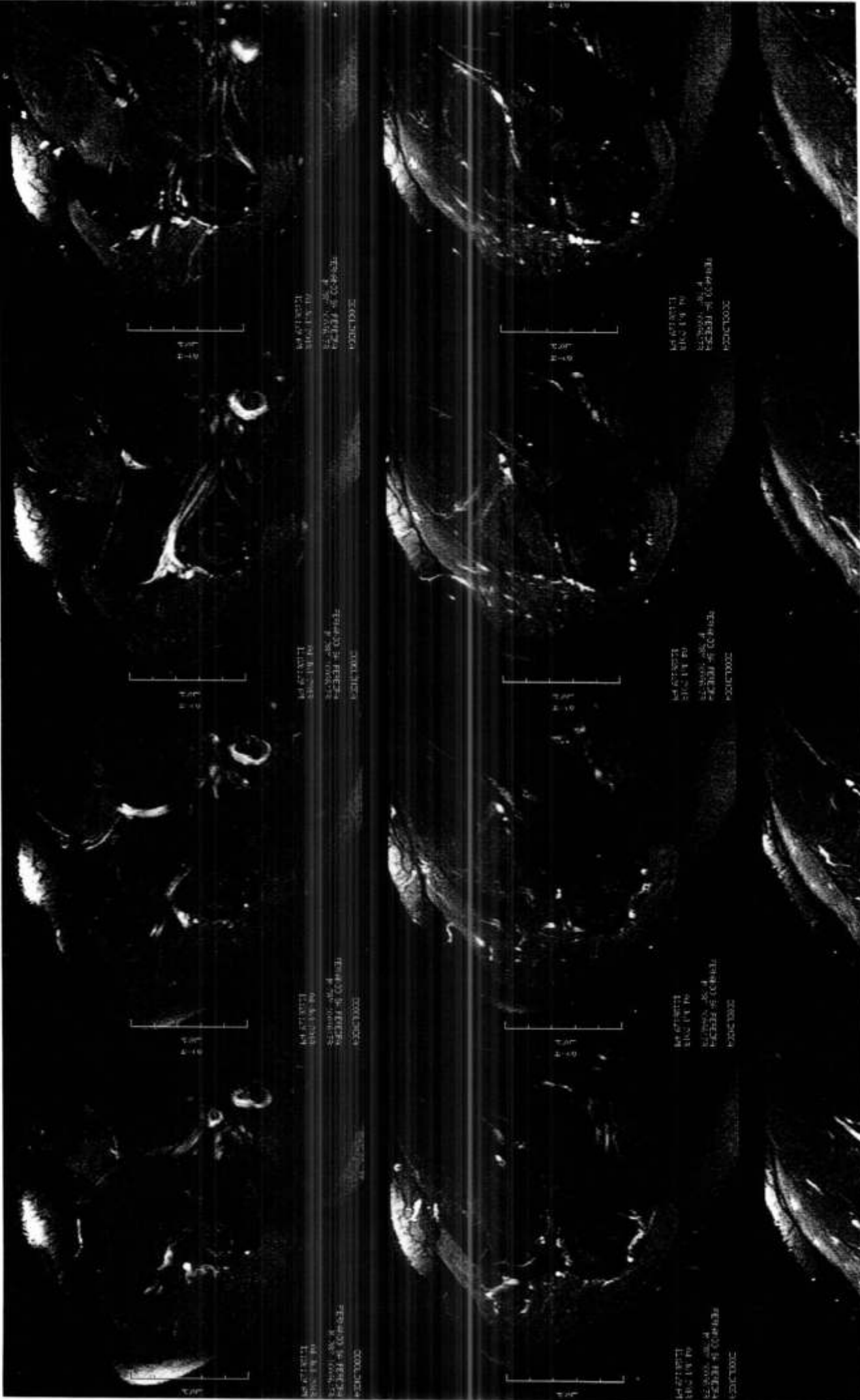


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

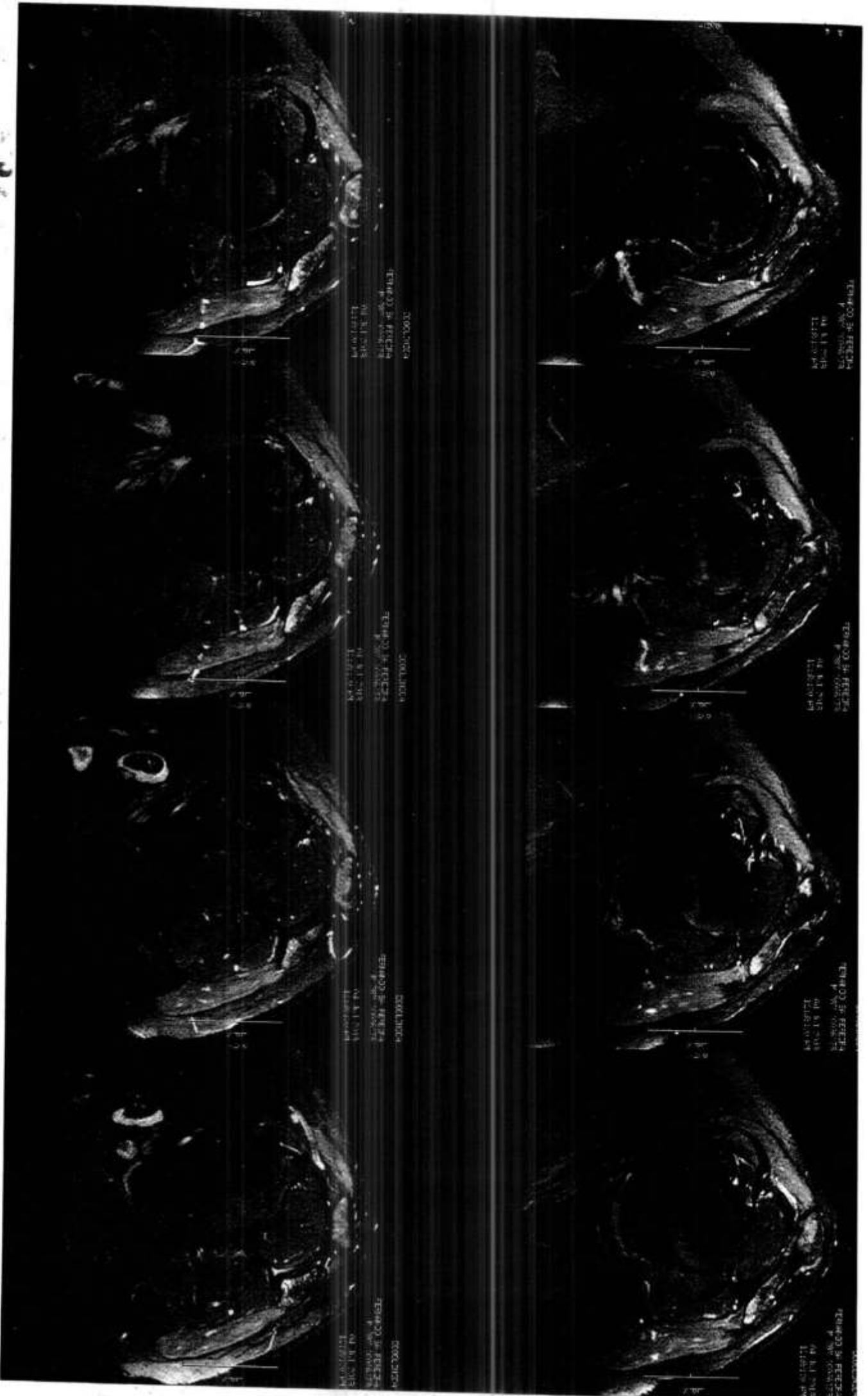


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

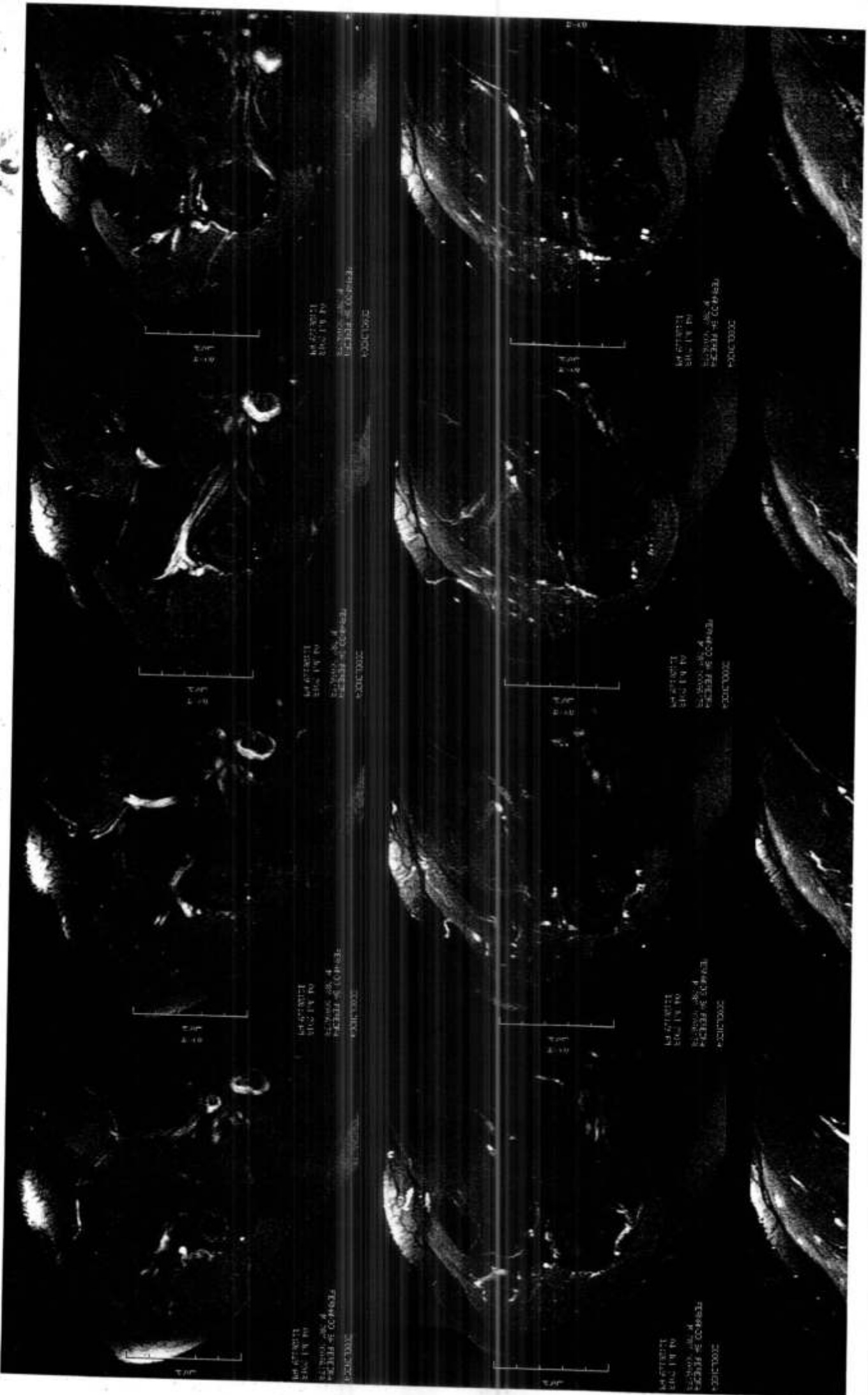


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

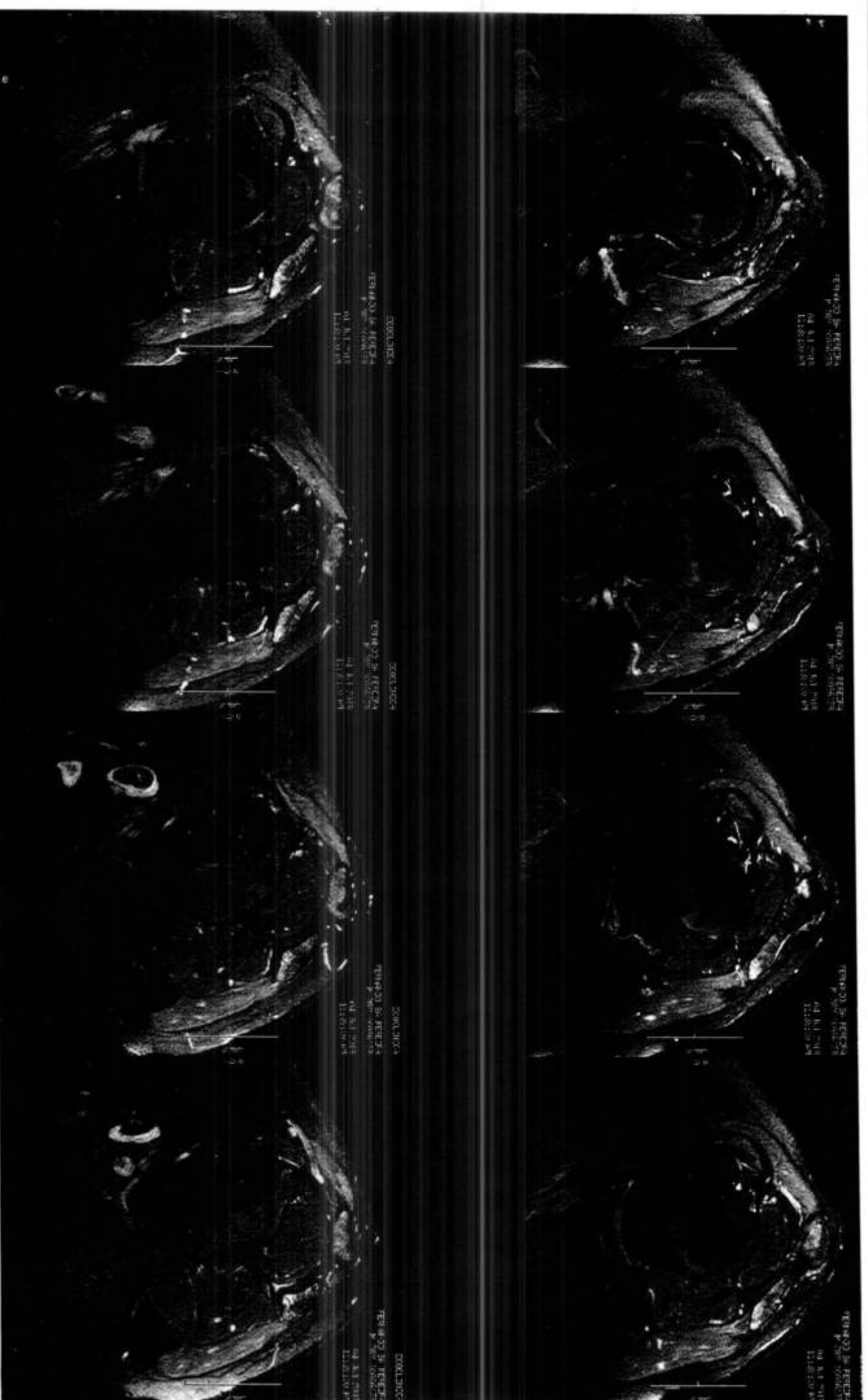


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444



www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

ATENDIMENTO: 018 - 0008598

Cliente : FERNANDO SA PEREIRA

Solicitante : DIEGO S SANTIAGO

Data Nasc.: 19/05/1990

Data Entrada: 04/07/2018
Convênio: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO

Metodologia:

Planos Axial, Sagital e Coronal, sequências SPIN-ECO, contraste ponderado em T1.
Planos Sagital, Coronal e Axial, sequências SPIR, contraste ponderado em T2, com supressão de gordura.
Plano Axial com a técnica GRADIENTE-ECO (FFE), contraste ponderado em T2*.

Comentários:

Não há derrame articular.

Espaço articular glenoumeral preservado.

Adelgaçamento da cartilagem glenoumeral.

Lábruns glenoideanos de aspecto anatômico.

Áreas de degeneração fibrocística com discreto edema medular acometendo a cabeça umeral no seu aspecto anterior.

Tendão da cabeça longa do bíceps de calibre e morfologia habitual, locado no suco intertuberositário, sem sinais de luxação no presente estudo.

Ligamento transversal do úmero de aspecto habitual.

Manguito rotador apresentando:

- Tendão do supra-espinhal finamente heterogêneo em sua projeção de zona crítica.
- Tendão do infra-espinhal de configuração habitual, sem sinais de espessamento.
- Tendão do subescapular finamente heterogêneo, levemente espessado na sua inserção junto ao tubérculo menor do úmero.
- Tendão do redondo maior de configuração anatômica.

Anatomia preservada da bolsa subacromio/subdeltoidea.

Acrômio tipo II de Bigliani.

Espessamento cápsulo-ligamentar acromio-clavicular.

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas podem se modificar de acordo com a história manual da doença ou investigação mais profunda.

ATENDIMENTO: 018 - 0008598

Cliente : FERNANDO SA PEREIRA

Solicitante : DIEGO S SANTIAGO

Data Nasc.: 19/05/1990

Av. Córdão Soares de Oliveira, 305
Centro - João Pessoa - PB
CEP 58.013-260
Fone (83) 3049.4444
www.ecoclínica.med.br

Data Entrada: 04/07/2018
Convênio: SUS


Demais planos músculo-tendíneos, bem como estruturas ósseas que compõem o ombro esquerdo de aspecto, morfologia e intensidade de sinal preservados.

CONCLUSÃO

- Ressonância Magnética do ombro esquerdo evidenciando:

- 1- Condropatia inicial glenoumeral.
- 2- Tendinopatia do tendão subescapular.
- 3- Acrômio tipo II de Bigliani.
- 4- Artropatia ósteo-hipertrófica acrômio-clavicular.
- 5- Edema medular ósseo acometendo a cabeça umeral no seu aspecto anterior.

Laudado por: LEONARDO FRANCO FELIPE e Assinado por: CRM-PB:5263 - LEONARDO FRANCO FELIPE



CRM 5263 DR. LEONARDO FELIPE

20 DEZ. 2018

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas podem se modificar de acordo com a história manual da doença ou investigação mais profunda.

Relatório Médico

Paciente **Fernando de Sá Pereira**, 28 anos, vítima de acidente com carro (capotamento) na rodovia que liga Cajazeirinhas- PB a São Bentinho, BR 230- PB no dia 11/01/2018 com BO de número 694/2018.

Apresentava, em decorrência do acidente, luxação no ombro esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a imobilização no **MSE** com uso de tipoia por um período de 90 dias e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. O mesmo relata que realizou 10 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 14/05/2018.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Ombro esquerdo apresenta edema residual muito importante, parestesia no **MSE**, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de elevação e abdução, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão, extensão adução, abdução horizontal e rotação (externa e interna) e diminuição da ADM do **MSE** para as AVDs.

Do exposto, concluo que há limitação em 50% da capacidade funcional do **MSE**.

Sousa, 08.01.2019

Drª Luiziane Lira N. Fontes
Médica
CRM-PB 8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB

11 JAN. 2019

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Emmanuel de S. Pereira

COR: Pardo DATA DE NASCIMENTO: 19/05/90 IDADE: 27 SEXO: M

NOME DA MÃE: Lucia de S. Pereira PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: R6 092.920.864-13

MUNICÍPIO: João Pessoa ENDEREÇO: _____

ESTADO: PB CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/01/2015

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO? () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Queixa de dor
de ombro e braço esquerdo
devido a queda acidental

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Analgesia
- 2° Dipriven 100mg
- 3° Dipriven 100mg
- 4° Voltaren 75mg
- 5° Ticlid 50+100mg
- 6° Ticlid 50+100mg
- 7° Ticlid 50+100mg
- 8° Ticlid 50+100mg
- 9° Ticlid 50+100mg
- 10° Ticlid 50+100mg
- 11° Ticlid 50+100mg
- 12° Ticlid 50+100mg
- 13° Ticlid 50+100mg
- 14° Ticlid 50+100mg
- 15° Ticlid 50+100mg
- 16° Ticlid 50+100mg
- 17° Ticlid 50+100mg
- 18° Ticlid 50+100mg
- 19° Ticlid 50+100mg
- 20° Ticlid 50+100mg

Dr. Paulo Nogueira Melo Fraga
CPF: 024.423.944-48
CRM/PB 5374

Blank
290835

Dr. Tálito Alberto
CRM/PB 9251



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

R. ben tura

ON: APE + ANACON
FISIOLÓGICA
ANALÍTICA

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

Dr. Tullio Alberto
Pezziati - Neurologa
CINQUE 19254

PROCEDIMIENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 - PRESCRIÇÃO | <input type="checkbox"/> | OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> | RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> | INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> | 2 - APLICADA | <input type="checkbox"/> | OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> | ÓBITO | <input type="checkbox"/> | OUTROS |
- SERVIÇOS REALIZADOS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

0	3	0	1	0	6	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---

ATIV. PROF.

 $\frac{2}{n}$

TIPO ATEND.

17.

GRUPO ATEND

1217

FAIXA ETÁRIA

1112

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

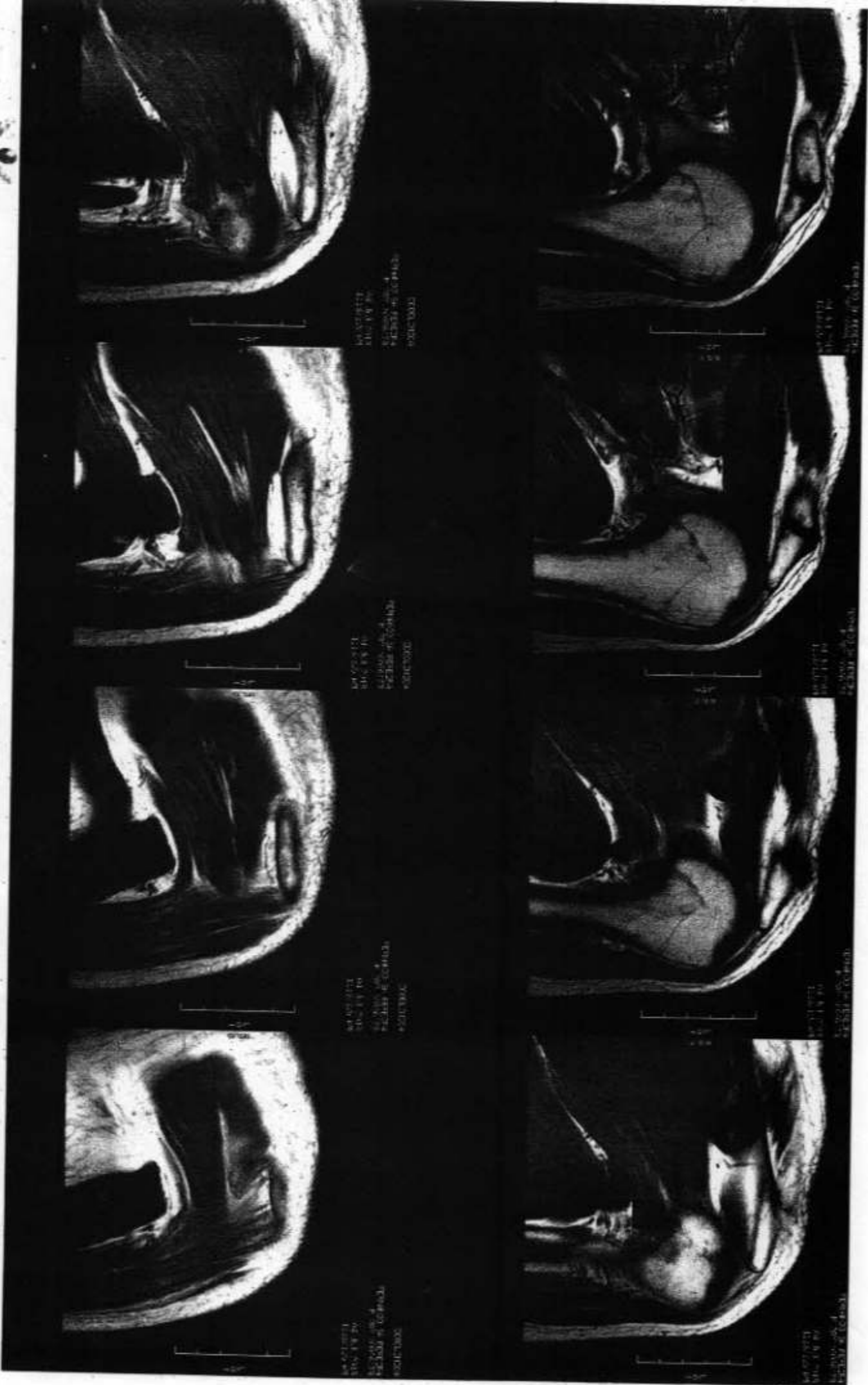
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

11 JAN 2019



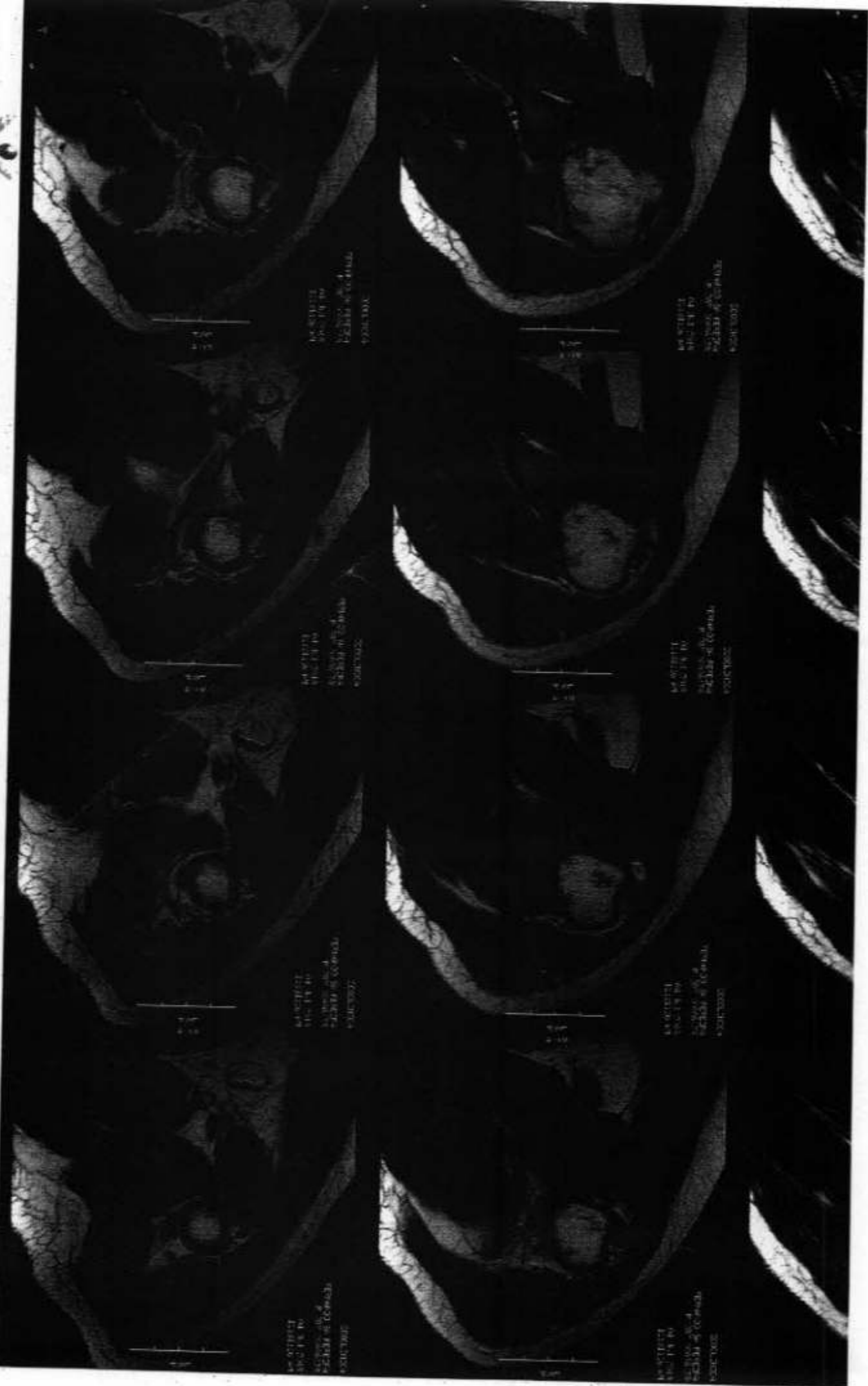
www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN 2010



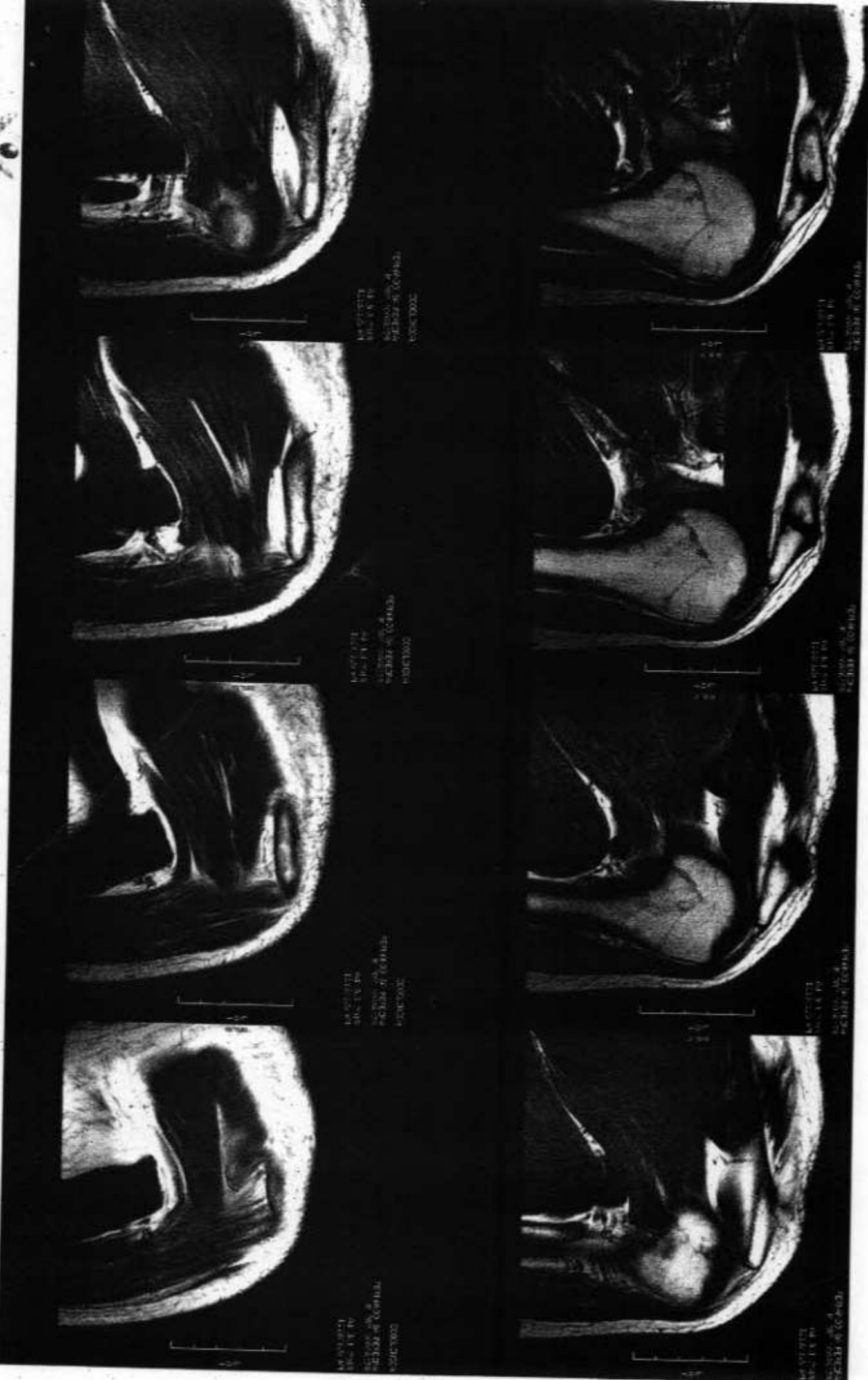
www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN 2019



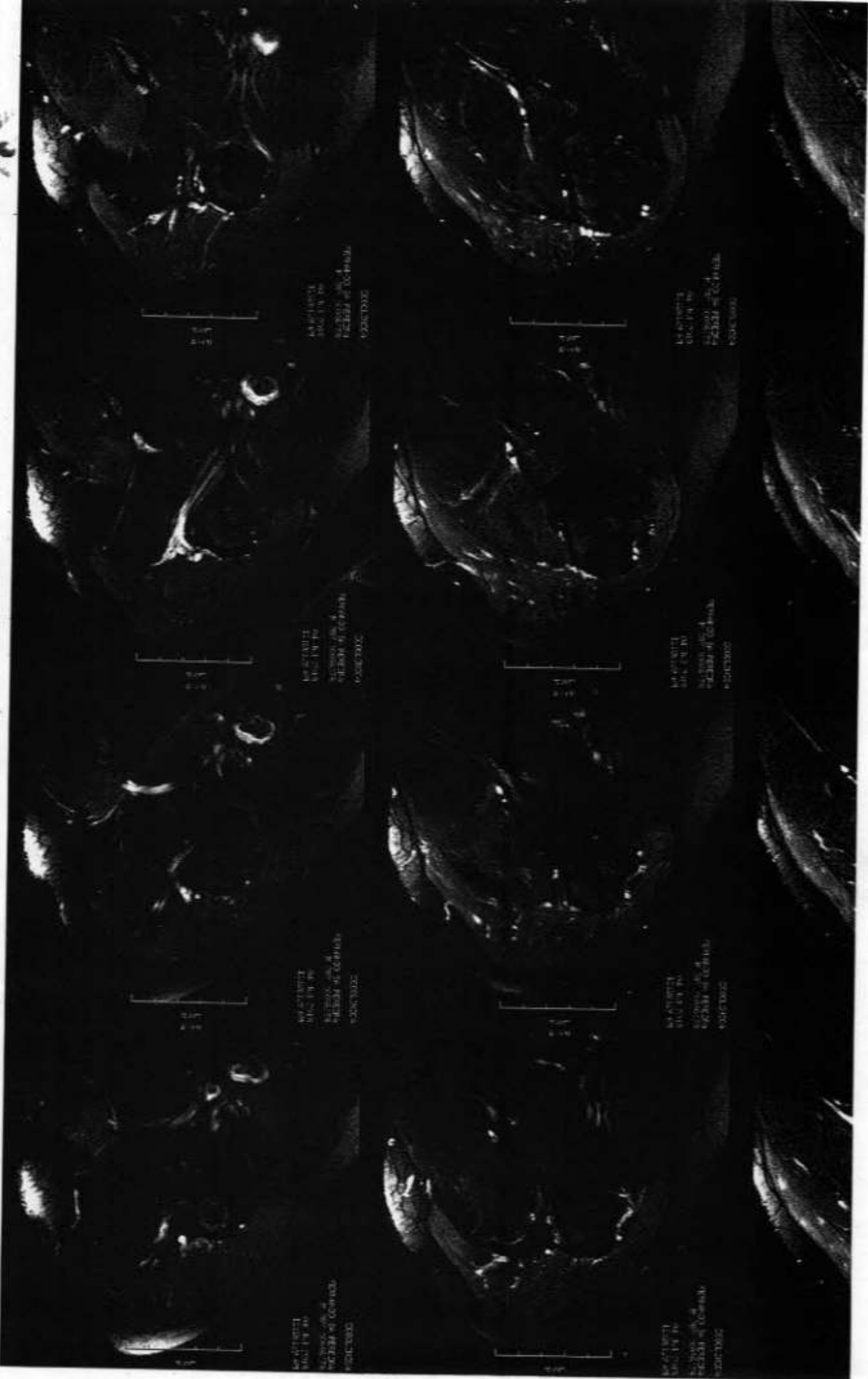
www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN 2019





www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN 2019



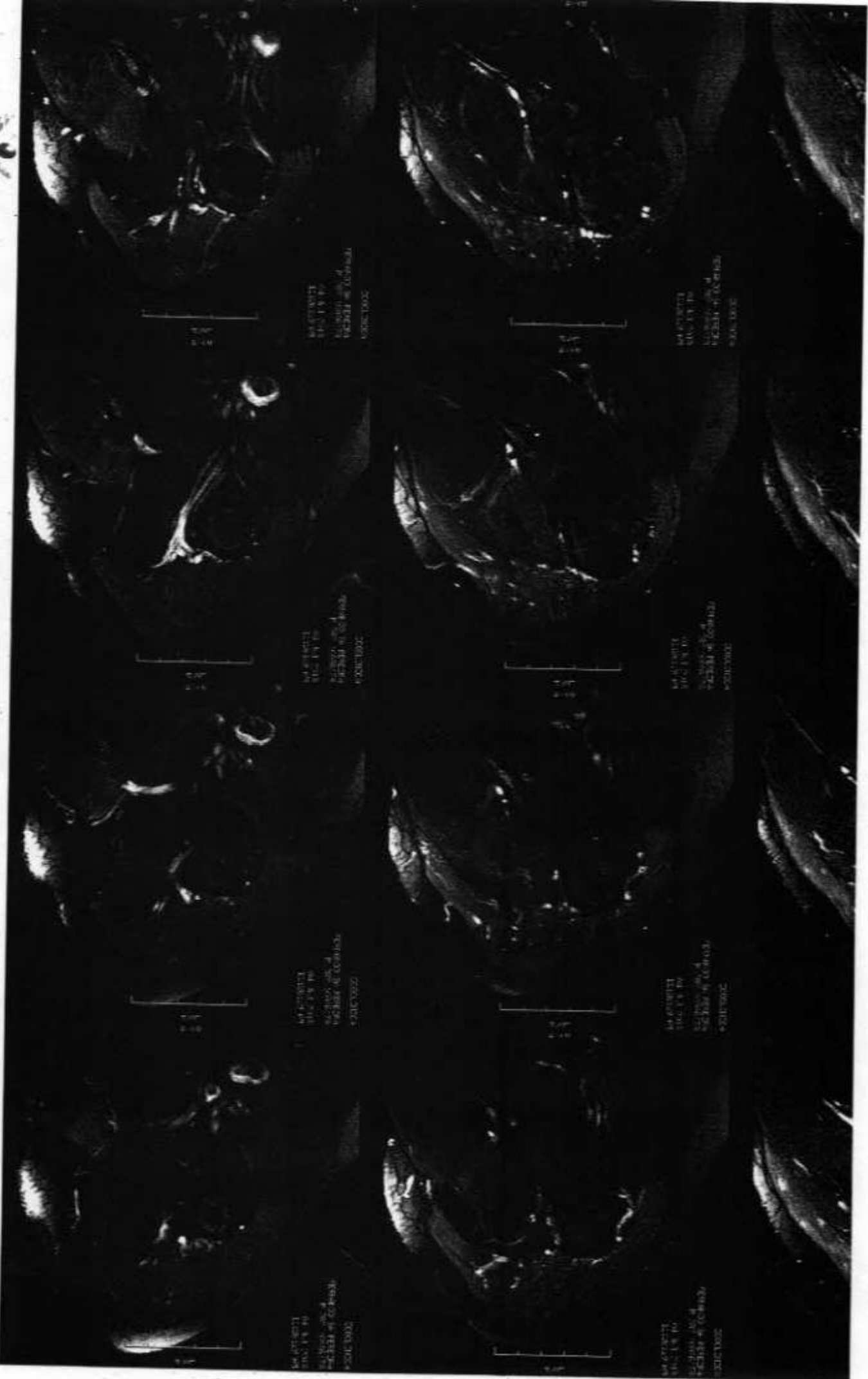


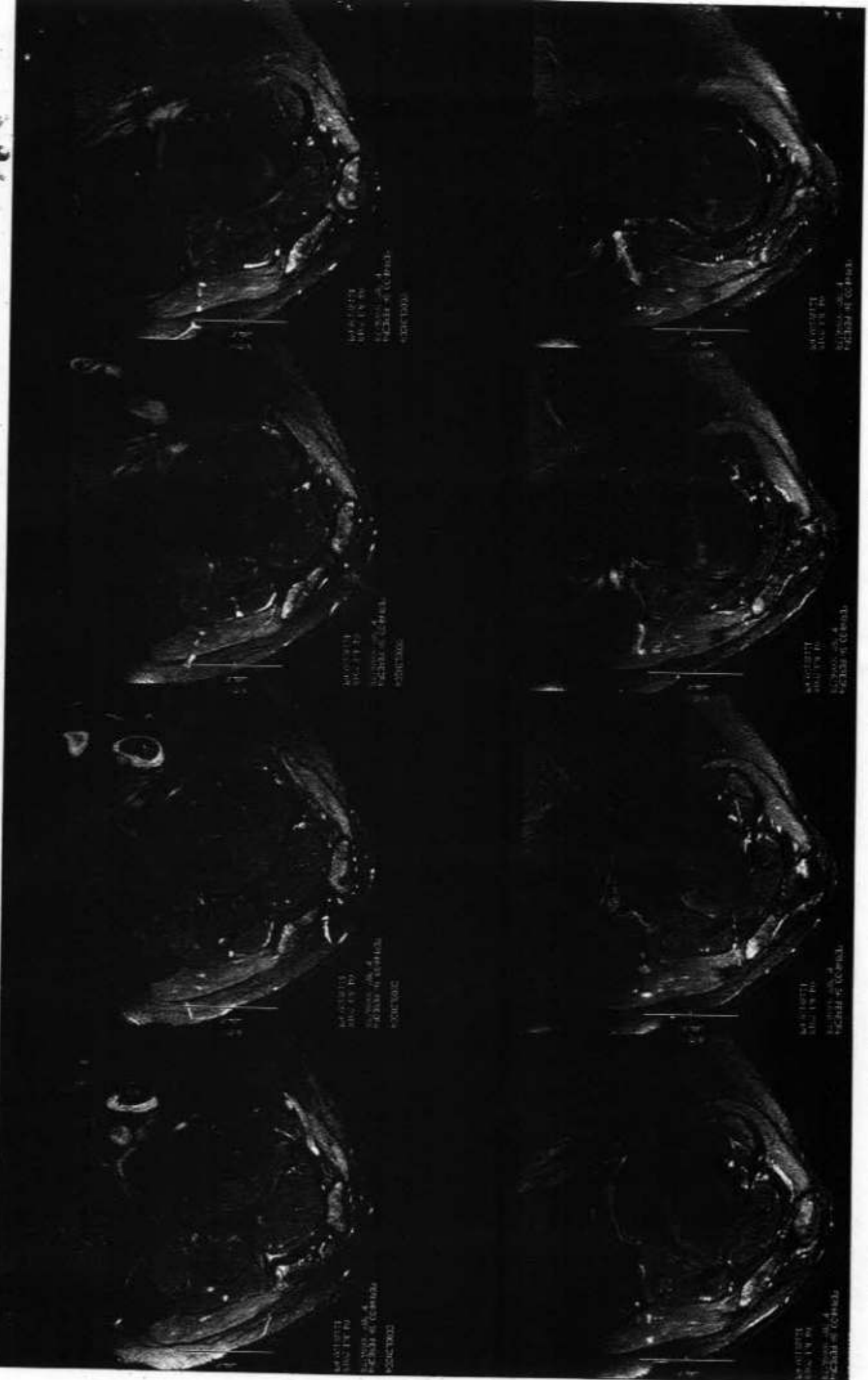
www.ecoclinica.med.br

Rua Corália Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444





www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN. 2019

ATENDIMENTO: 018 - 0008598

Cliente : FERNANDO SA PEREIRA

Solicitante : DIEGO S SANTIAGO

Data Nasc.: 19/05/1990

Data Entrada: 04/07/2018

Convênio: SUS

Demais planos músculo-tendíneos, bem como estruturas ósseas que compõem o ombro esquerdo de aspecto, morfologia e intensidade de sinal preservados.

CONCLUSÃO

- Ressonância Magnética do ombro esquerdo evidenciando:

- 1- Condropatia inicial glenoumeral.
- 2- Tendinopatia do tendão subescapular.
- 3- Acrômio tipo II de Bigliani.
- 4- Artropatia ósteo-hipertrófica acrômio-clavicular.
- 5- Edema medular ósseo acometendo a cabeça umeral no seu aspecto anterior.

Laudado por: LEONARDO FRANCO FELIPE e Assinado por: CRM-PB:5263 - LEONARDO FRANCO FELIPE



CRM 5263 DR. LEONARDO FELIPE

11 JAN. 2019

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas podem se modificar de acordo com a história manual da doença ou investigação mais profunda.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 FERNANDO DE SA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR UF
 3722291 SSDE PB

CPF DATA NASCIMENTO
 092.920.864-13 19/05/1990

IRACIÇÃO
 RICELIA DE SA PEREIRA
 FRANCISCO PEREIRA DA
 SILVA

PERMISSÃO ACC CATEG
 03 03

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO
 05289740441 09/03/2021 30/08/2011

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1275582514

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1275582514

Observações

Assinatura do detentor

Assinatura do Emissor

LOCAL
 BOQUE, PB

DATA EMISSÃO
 16/03/2016

16617555418
 PB032263104

DETRAN - PB (PARAIBA)

20 DEZ. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 CARLOS ADENIR VERAS PINHEIRO

DOCUMENTO - IDENTIFICAÇÃO
 2001097008008 BRFS CS

CPF
 973.419.833-53

DATA NASCIMENTO
 12/06/1982

FUNÇÃO
 CARLOS ENRY ALVES
 PINHEIRO
 ELIDA MARIA VERAS
 PINHEIRO

PROVEDOR
 ACC
 CEFRA
 33

VALIDADE
 23/09/2019

VALIDADE
 29/11/2008

SEN OBSERVAÇÃO:

LOCAL
 QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
 03/10/2013

03003876578
 00137831269

875039321

875039321

20 DEZ. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FERNANDO DE SA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO
3722291 SSDE PB

CPF
092.920.864-13

DATA NASCIMENTO
19/05/1990

IRACIÇÃO
RICELIA DE SA PEREIRA
FRANCISCO PEREIRA DA
SILVA

PERMISSÃO
ACC
CATEG
A3

Nº REGISTRO
05289740441

VALIDADE
09/03/2021

1ª EMISSÃO
30/08/2011

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1275582514

PROIBIDO PLASTIFICAR
1275582514

Observações

Assinatura do detentor

Assinatura do Emissor

LOCAL
BOURÁ, PB

DATA EMISSÃO
16/03/2016

16617555418
PB032263104

DETRAN - PB (PARAIBA)

20 DEZ. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 CARLOS ADENIR VERAS PINHEIRO

DOCUMENTO - IDENTIFICAÇÃO
 2001097008008 BRFS CS

CPF
 973.419.833-53

DATA NASCIMENTO
 12/06/1982

FUNÇÃO
 CARLOS ENRY ALVES
 PINHEIRO
 ELIDA MARIA VERAS
 PINHEIRO

PROVEDOR
 ACC
 CEFOR
 33

VALIDADE
 23/09/2019

VALIDADE
 29/11/2008

SEN OBSERVAÇÃO:

LOCAL
 QUIXADA, CE

DATA EMISSÃO
 03/10/2013

03003876578
 CE137831269

875039321

875039321

20 DEZ. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012650476526

74355085453

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20161200009710-9

VIA
1

0100428080-4

00/00000000

NOME/ENDEREÇO
CICERA ALVES DA SILVA
SITIO CAIS SN
ZONA RURAL
58815000 S J LAGOA TAPADA-PB

CPF/CNPJ
01096889374

PLACA
OSS6928/PB

NOME ANTERIOR
FRANCISCO PRAEDES DE ALENCAR

PLACA/ANT/UF
OSS6928 CE

CHASSI
8AJFY22G0E8013217

ESPECIE TIPO
ESP/CAMINHONETE/ABER/CC.DUP

COMBUSTIVEL
DIESEL

MARCA/MODELO
I/TOYOTA HILUX CD4X4 SR

ANO FAB
2014

ANO MOD
2014

CAP/POT/CIL
05P/1.01T/171CV

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
BRANCA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : 1KDA405779

2 EIXOS

S J LAGOA TAPADA-PB
14001

DATA
01/08/2016

15016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028081 **Cidade:** Cajazeirinhas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO EM OMBRO ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTANDO DOR MODERADA A MOBILIZAÇÃO PASSIVA E ATIVA, MOVIMENTOS DE ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO BRAÇO COM RESTRIÇÃO SEVERA A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA. DIMINUIÇÃO DA FORÇA NO MOVIMENTO DE ROTAÇÃO DO BRAÇO ESQUERDO(EXTERN/INTERNA)

Resultados terapêuticos: PACIENTE APRESENTANDO CONDROPATIA GLENOUMERAL, TENDINOPATIA DO TENDÃO SUBESCAPULAR, ATROPATIA ÓSTEO-HIPERTRÓFICA ACRÔMIO-CLAVICULAR, EDEMA MEDULAR ÓSSEO EM CABEÇA DO ÚMERO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fernando de Sá Pereira
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 37.22291
CPF: 092.920.864-13
Profissão: Recusado
Endereço: Rua Francisco Traya da Silva, Nº 42
Centro, Alagoinhas - PB

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, GATO PRETO, SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante 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, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT

para a vítima

Fernando de Sá Pereira

Sousa-PB, 19/12/2018
Local e data

x Fernando de Sá Pereira
Assinatura do Outorgante

20 DEZ. 2018

V. DE VERAS

Cartório a - Firma - Antônio Pôr Am
Antônio Pôr Am Antônio Pôr Am
Sé Pôr Am Sé Pôr Am
SEG DIGITAL: AHP-GU33G-HU55
Homenagem - PB: 18/10/2018 dou fe
do Teste _____ da verdade

Juliet Antônio de Queiroga-Pires
OFICIAL
CPF 075.213.76-49

SERVICO NOTARIAL
RUA DO AMINO PIRE
Rua Otávio José de Almeida, 31
Centro - Aparecida / PB
CEP: 58.823-000 (07) 81.02.3467

Cartório Único de Aparecida
Rua Otávio José de Almeida, 31
Centro - CEP 58823-000
Aparecida - PB

20 DEZ. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012469/19

Vítima: FERNANDO DE SA PEREIRA

CPF: 092.920.864-13

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 11/01/2018

Titular do CPF: FERNANDO DE SA PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

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

FERNANDO DE SA PEREIRA : 092.920.864-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL