



Número: **0801558-36.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **20/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FERNANDO DE SA PEREIRA (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33665 942	27/08/2020 10:09	2745433_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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

Carta nº 13812458

Pag. 01593/01594 - carta_01 - INVALIDEZ



00020797





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: INTERRUPÇÃO 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

00050118



Carta nº 13819659





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, 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ (C) do VITIMO: 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: Peçuse Endereço: Rua Francisco Trujano da Silva Número: 42 Complemento: -

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

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

DADOS CADASTRAIS

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

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 (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 43558 7
(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.

Peço motivo assinado, válido e propiciamente da análise do credenciado de avaliação 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 nº 19674, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar laudo, quando da sua controvérsia.

MORTE

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: Mãe Pai Filho Outros Não Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar nomes e datas de nascimento: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aceita, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):
 Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: Fernando de Sá Pereira
 Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(* A vítima/beneficiário não assinado deve escolher um(a) ou ambas as partes, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

20 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: _____ CPF do vítima: 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: Recusado Endereço: Rua Francisco Trujano da Silva Número: 42 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Aporecida Estado: PB CEP: 58823000
E-mail: Venesdpvat@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 (101)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 43558 (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.

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 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 nº 19674, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar laudo, quando da sua controvérsia.

MORTE

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? Sim Não Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar nomes e datas de nascimento: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aceita, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):
Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018
Nome: Fernando de Sá Pereira
CPF: _____
Assinatura do Representante legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(* A vítima/beneficiário não assinado(a) deverá escolher um(a) ou duas testemunhas: maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

20 DEZ. 2018



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 HOVERAM 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(EXTERNA/INTERNA)
- IV. Nexo de causalidade: 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- 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
<input checked="" type="checkbox"/> (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 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)o 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 HORARIO: 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, RENAVAM 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 DESTE 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 Policia
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 HORARIO: 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, RENAVAM 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 DESTE 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 Policia
Mat. 155.719-0

POLEGAR
DIREITO

20 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: _____ CPF do VITIMO: 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: Peçasso Endereço: Rua Francisco Travenço da Silva Número: 42 Complemento: -

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

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

DADOS CADASTRAIS

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

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 (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 43558 7
(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.

Peço motivo assinado, válido e comprovante, da ausência do requerido 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 nº 19674, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar laudo, quando da sua controvérsia.

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 nomes e datas de nascimento: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso aceita, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

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

(* A vítima/beneficiário não assinado(a) deverá escolher um(a) ou ambas as partes, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

20 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: _____ (C) do vítima: 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: Pequeno Endereço: Rua Francisco Travenço da Silva Número: 42 Complemento: -

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

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

DADOS CADASTRAIS

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

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 (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 43558 7
(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.

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.

Peço motivo assinado, válido e comprovante, da ausência do credenciado de realização do credenciado de realização 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 nº 19674, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar laudo, quando da sua controvérsia.

MORTE

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? Sim Não Se a vítima deixou companheira, informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar nomes e datas de nascimento: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aceita, 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):
 Local e Data: Sousa/PB, 18/12/2018
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: Fernando de Sá Pereira
 Assinatura do Representante legal (se houver): _____
 Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(* A vítima/beneficiário não assinado deve escolher alguém ou atribuído, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

20 DEZ. 2018





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: Fernanda da Silveira Pereira

COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1960 IDADE: 57 SEXO: M

NOME DA MÃE: Marta da Silveira Pereira PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: KG 092.320.869-13

MUNICÍPIO: São José do Taperoá ENDEREÇO: _____

ESTADO: PB CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/10/2018

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 baixa esquerda
glândulas cervicais aumentadas

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Aspirina 1000 1x 2x

2° Dipirona 500mg 07/10

3° Vol Kev 75 mg/ml 12/12

4° Tranf 50+100 12/12

5° _____

6° _____

7° _____

8° _____

9° * ORTÓPEDIA

10° _____

11° Pré-eclâmpsia com dor em ombros (E) (M)

12° Pré-eclâmpsia de caráter

13° _____

14° Ad. grave: hipertensão 2.º grau (E)

15° NV. sem hemorragias

16° _____

17° CP. hipertensão pulmonar 2.º grau

18° Grav. R. 2.º grau teste Turbida

19° Tuboia

20° _____

Dr. Paulo Nereu Melo Fragoso
Médico
CPF: 024.423.944-48
CRM/IPB 5374

Blank
250835



Dr. Tálle Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/IPB 9251

20 DEZ. 2018





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: Fernanda da Silveira Pereira

COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1960 IDADE: 57 SEXO: M

NOME DA MÃE: Marta da Silveira Pereira PROFISSÃO: _____

CARTÃO DO SUS: _____ RG/CNH: KG 092.320.869-13

MUNICÍPIO: São José do Taperoá ENDEREÇO: _____

ESTADO: PB CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/10/2018

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 baixa espinha
sem alterações autonômicas

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Aspirina 100mg 1x 2x
- 2° Dipirona 500mg 07/10
- 3° Vol Kev 75 mg/ml 12/12
- 4° Tranf 50+100 12/12
- 5° _____
- 6° _____
- 7° _____
- 8° _____
- 9° *Ortopedia
- 10° _____
- 11° Prontas com gel em ombro @ M.
- 12° Prontas de calos.
- 13° _____
- 14° At home: substitua 2x ombro @
- 15° NV. sem alterações
- 16° _____
- 17° At. de ombro para M. Geomarcina
- 18° Tranf. R. de ombro para Tapera
- 19° Tubia
- 20° _____

Dr. Paulo Nildo Melo Fragoso
Médico
CPF: 024.423.944-48
CRM/PB 5374
Blank
250835

Dr. Tálle 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, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.054/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

71051511

REFERENCIA

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	Outras	
188.001.113.0221-000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A02S072128	26/05/2014	EXTILACRILICADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
548	550	2	31	14/10/2018		
HIST. CONS./ANOR.	LECT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017 MS.	
AGO/2018	6	TURBIDEZ	0	0	0	
JUL/2018	4	CORO	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	DADOS REFERENTES A: JUL/2018				
MEDIA(M)	4					

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

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 0,08 DIC E COMINS-LEI 10.741/03

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 LIRA, S/N - CATOPRETO
SOUSA / PB CEP 58300001 (AG 177)



Emissão: 04/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL/OUTROS SERVIÇOS E MONITORAMENTO DE TENSÃO
Roteiro: 1 - 177 - 10 - 1720 NF Medidor: 7000080281
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade: Patos - PB - CEP: 58007-160
CNPJ: 09.096.103/0001-40 Ins. Est. 16.016-02-0

Nota Fiscal e Conta de Energia e Energia 1616 305 049
CNPJ para Dbs Automática: 00000961320

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

Conta referente a: Dez / 2018
Apresentação: 04/12/2018
Data prevista da próxima leitura: 04/01/2019
CPF/ CNPJ/ RANI: 892.613.164-68
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato
- Exercício da aprovação do Resolva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservada a apresentação de sua Organização Militar

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leitura	Data	Leitura							
05/11/18	85090	04/12/18	86079	28						
Demonstrativo										
00	Decolção	Quantidade	Taxa	Valor	Base Calc	Alíq	Imposto	Base Calc	Parcela	Cotiz (R\$)
Tributos Totais (R\$) (ICMS/R\$) (CMT) Parcela (R\$) (1,046%) (1,046%)										
0801	Consumo em kWh	1027,000	0,839610	862,01	862,01	25	213,00	862,01	8,24	42,96
0802	Ass. E Amarela	12,84	12,84	25	3,21	12,84	0,12	0,84		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA	44,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0804	JURCS DE MORA 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 MONETARIA 10/2018	8,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 899,76 894,95 218,01 854,95 9,57 45,30

Média últimos meses (kWh) 828
VENCIMENTO 11/12/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 939,76

Histórico de Consumo (kWh)
397 | 379 | 473 | 864 | 711 | 831 | 855 | 894 | 893 | 710 | 850 | 726
Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18

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

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
18/2018 - 2018				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)				
DI MENSAL 8 a 18	0,00	NOMINAL 200	Serviço de Distribuição Energisa-PB	713,49	75,93	79,65
DI TRIMESTRAL 04 a 18	0,00	NOMINAL 200	Serviço de Energia	21,49	2,28	2,42
DI ANUAL 01 a 18	0,00	NOMINAL 200	Serviço de Transmissão	6,00	0,64	0,65
FI MENSAL 04 a 18	0,00	CONTRATADA	Energias Setoriais	243,01	25,85	27,93
FI TRIMESTRAL 01 a 18	0,00	LIMITE SUPERIOR 300	Impostos Diretos e Energia	0,00	0,00	0,00
FI ANUAL 01 a 18	0,00	LIMITE SUPERIOR 300	Outros Serviços	0,00	0,00	0,00
DIAC 12 a 22	0,00		Total	939,76	100,00	

ATENÇÃO
- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso não for pago até o prazo estabelecido, o fornecimento de energia poderá ser suspenso a partir de 16/12/2018. Conforme Resolução 474 da ANEEL. O pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade de suspensão de fornecimento de energia. Não deve ser confundido com o valor de cobrança pago. Não substitui na unidade consumidora para comprovação. Caso se tenha efetuado o pagamento da fatura, a mesma, apresentamos essa mensagem.
- Prazo de Fatura: 3 (três) dias.
- Fatura emitida e incluída em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Letura confirmada.

Faturas em atraso
Nov/18 713,22

ENERGISA PARAIBA
Roteiro: 1 - 177 - 10 - 1720
Matrícula: 696132-2018-12-5
VENCIMENTO 11/12/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 939,76
83610000009-7 39760054000-9 06961322018-0 12500177019-2



20 DEZ. 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001097006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 977.419.833-53, 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>SN</u>
Apto / Complemento	<u>— 1. —</u>
Bairro	<u>Gato 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>verascpvat@lucmail.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, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.054/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

71051511

REFERENCIA

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	Outras	
188.001.113.0221-000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A02S072128	26/05/2014	EXTILACRILICADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	Nº DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
548	550	2	31	14/10/2018		
HIST. CONS./ANOR.	LECT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017/MS.	
AGO/2018	6	TURBIDEZ	0	0	0	
JUL/2018	4	CORO	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	DADOS REFERENTES A: JUL/2018				
MEDIA(M)	4					

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

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 0,08 DLS E COMINS-LEI 10.741/03

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 INFANÇIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"

20 DEZ. 2018



JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA, S/N - CATOPRETO
SOUSA / PB CEP 58300001 (AG 177)



Emissão: 04/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Subclasse: COMERCIAL/OUTROS SERVIÇOS E MONITORAMENTO DE TENSÃO
Roteiro: 1 - 177 - 10 - 1720 NF Medidor: 7000080281
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade: João Pessoa - PB - CEP: 58071-630
CNPJ: 09.096.103/0001-40 Ins. Est. 16.016-022-0

Nota Fiscal e Conta de Energia e Energia 1616 305 049
CNPJ para Dbs. Automática: 00000961320

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

Conta referente a: Dez / 2018
Apresentação: 04/12/2018
Data prevista da próxima leitura: 04/01/2019
CPF/ CNPJ/ RANI: 892.613.164-68
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato
- Exercício da aprovação do Resolva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservada a apresentação de sua Organização Militar

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leitura	Data	Leitura							
05/11/18	85090	04/12/18	86079	28						
Demonstrativo										
00	Consumo	Quantidade (kWh)	Valor Base (R\$)							
0601	Consumo em kWh	1027,000	0,839610	852,01	852,01	25	213,00	852,01	8,24	42,95
0602	Adc. E Amarela	12,84	12,84	25	3,21	12,84	0,12	0,84		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA	44,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0604	JURCS DE MORA 10/2018	10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0605	MULTA 10/2018	12,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0606	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2018	8,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 899,76 894,95 216,01 854,95 9,57 45,30

Média últimos meses (kWh) 828
VENCIMENTO 11/12/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 939,76
Histórico de Consumo (kWh)

397 | 379 | 473 | 864 | 711 | 831 | 855 | 894 | 893 | 710 | 850 | 726
Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Set/18 | Out/18 | Nov/18

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

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
18/2018 - 2018				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)				
DI MENSAL 8 a 18	0,00	NOMINAL 200		Serviços de Distribuição Energisa PB	211,49	22,51
DI TRIMESTRAL 04 a 18	0,00	NOMINAL 200		Consumo de Energia	213,00	22,72
DI ANUAL 01 a 12	0,00	NOMINAL 200		Serviços de Transmissão	60,00	6,39
FI MENSAL 01 a 18	0,00	CONTRATADA		Energias Setoriais	243,00	25,86
FI TRIMESTRAL 01 a 18	0,00	LIMITE SUPERIOR 200		Impostos Diretos e Energia	0,00	0,00
FI ANUAL 01 a 12	0,00	LIMITE SUPERIOR 200		Outros Serviços	0,00	0,00
DIAC 12 a 22	0,00			Total	939,76	100,00

ATENÇÃO
- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso haja fatura em atraso, a responsabilidade pelo pagamento é em atraso o fornecedor, a partir de 16/12/2018. Conforme Resolução 474 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade de devolução e suspensão de fornecimento, caso o cliente não pague o valor devido ou se contiver algum não pagamento na unidade consumidora para comprovação. Caso se tenha efetuado o pagamento da fatura, a mesma, apresentando esse mensagem.
- Perda do Fiança: 3 (três)
- Fatura emitida e incluída em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Letura confirmada

Faturas em atraso
Nov/18 713,22

ENERGISA PARAIBA
Roteiro: 1 - 177 - 10 - 1720
Matrícula: 696132-2018-12-5
VENCIMENTO 11/12/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 939,76
83610000009-7 39760054000-9 06961322018-0 12500177019-2



20 DEZ. 2018



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

RG nº 2001097006008 data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE,

CPF nº 977.419.833-53, 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>SN</u>
Apto / Complemento	<u>— 1. —</u>
Bairro	<u>Gato 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>verascpvat@lucmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: 

DOCUMENTO ORIGINAL

20 DEZ. 2018





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Paulo Ademir Venoz 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 Jacumales de Sousa</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>-x-</u>
Bairro <u>Goio Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>venozdpvat@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

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

20 DEZ. 2018





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Paulo Ademir Venoz 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 Jacumães de Sousa</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento <u>- / - / -</u>
Bairro <u>Goio Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58800000</u>
Email <u>venozdpvat@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(83)9.9919-4307</u>	<u>(83)9.8181-8197</u>	

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

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017

20 DEZ. 2018





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: 19/05/1960 IDADE: 57 SEXO: M

NOME DA MÃE: Márcia Lourenço Pereira PROFISSÃO: _____

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

MUNICÍPIO: São José do Taperoá ENDEREÇO: _____

ESTADO: PB CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/10/2018

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:

Passagem com quadro de dor
de início e braco esquerdo
de início de dor de início de dor

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Aspirina 1000 N. 2:

2° Dipirona 500mg 07/10

3° Volken 75mg 12/12

4° Tranf 50+100 12/12

5° _____

6° _____

7° _____

8° _____

9° *Osteopatia

10° _____

11° Prontas com gel em ombro @ M.O.

12° Prontas de cano.

13° _____

14° AO GEL: Rolletes 2, Ombro @

15° M. com rolletes

16° _____

17° CA. de ombro esquerda de M. Gerson

18° gel de ombro de M. Gerson

19° T.I.O.A

20° _____

Dr. Paulo Nêde Melo Fraga
Médico
CPF: 024.423.944-48
CRM/PR 5374

Blank
250835

Dr. Tullio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PR 0251

20 DEZ. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

R_e com febre.

OP: AINE + ANALGÉSICO
Físio terapia
Antibiótico.

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

OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO:

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

2 - APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
03010600	22	1	05	

--	--	--	--	--

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

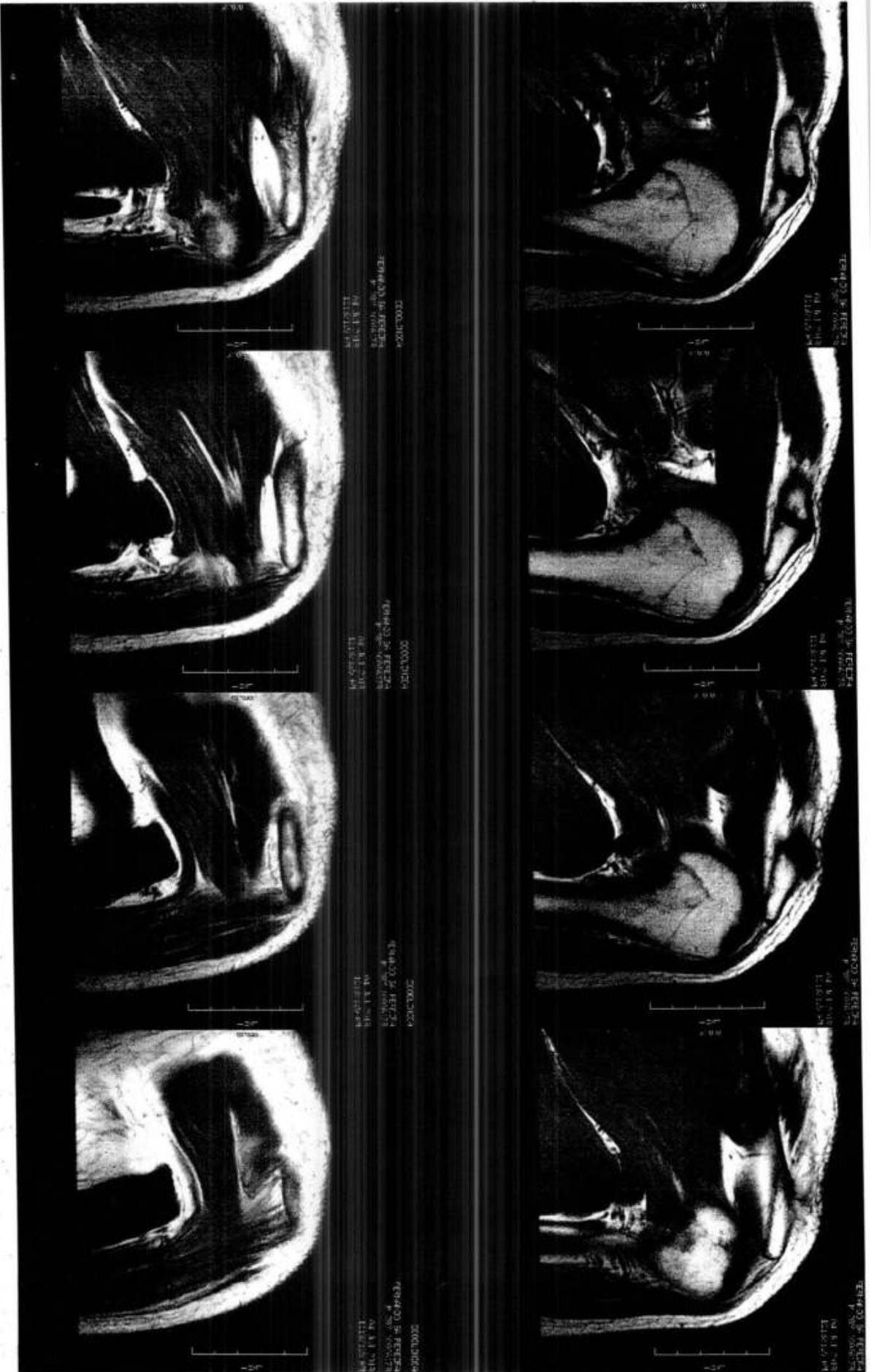
✓ ELIAN PEREIRA DA SILVA

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

20 DEZ. 2018





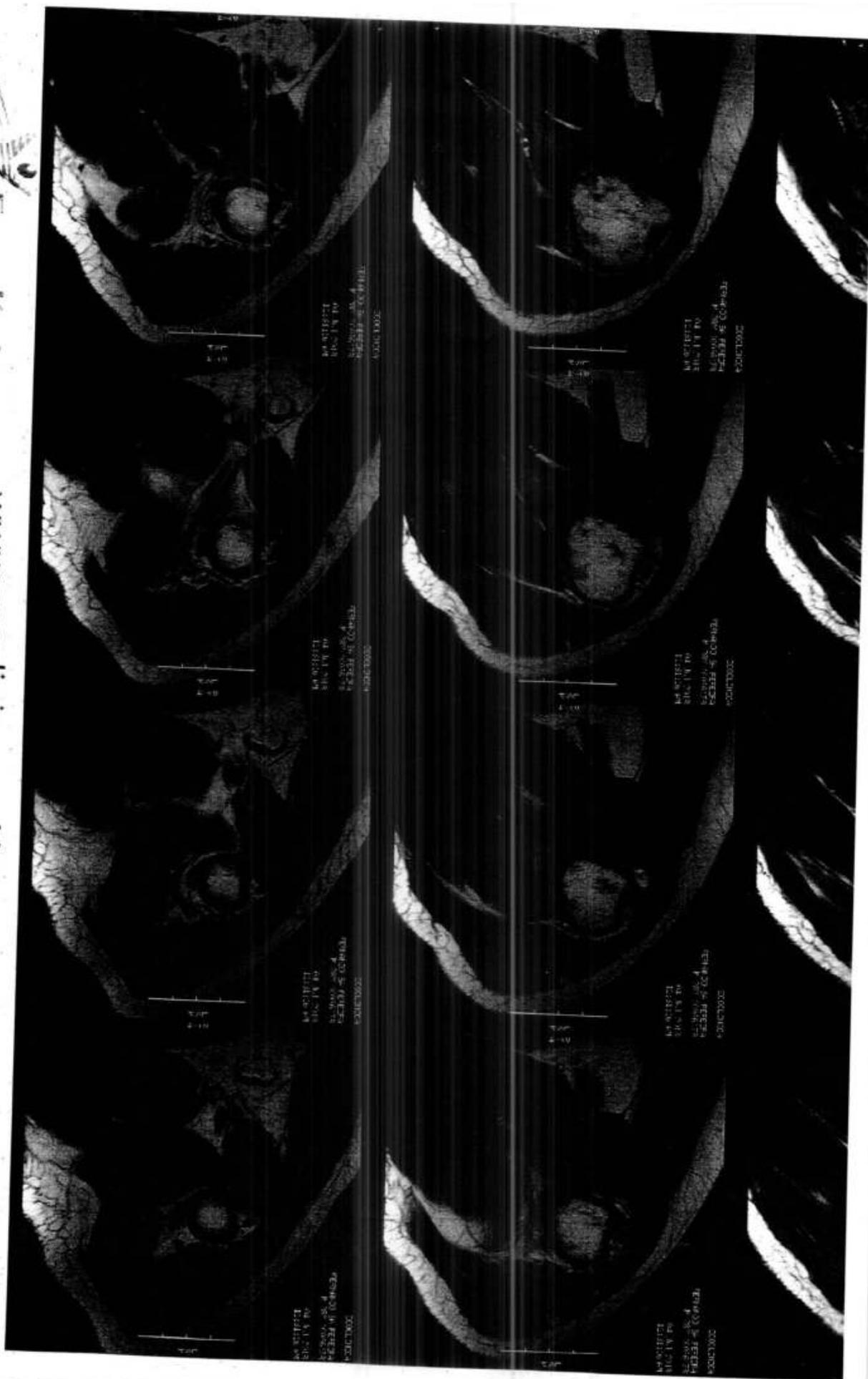
www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444







www.ecoclinicamed.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444



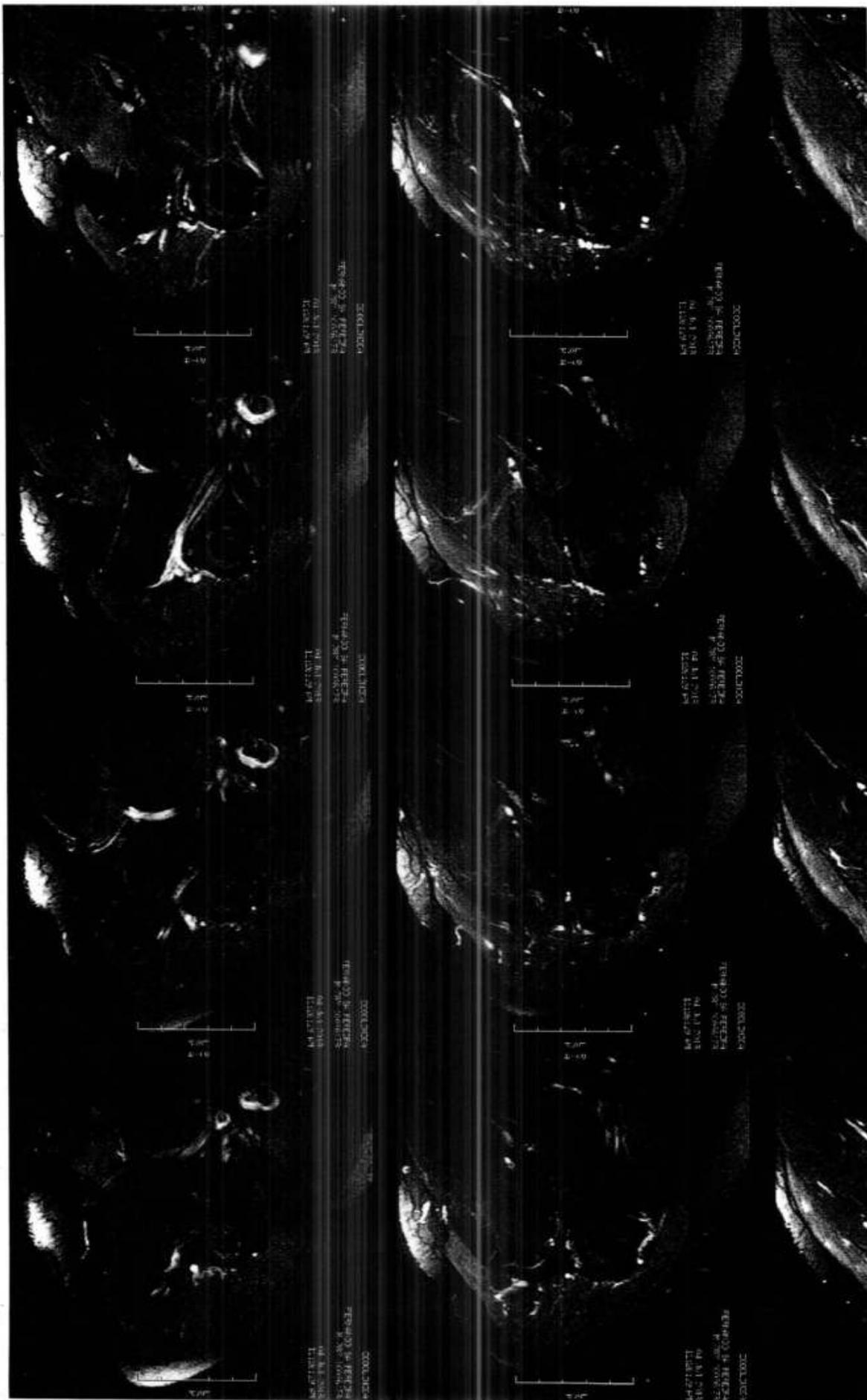


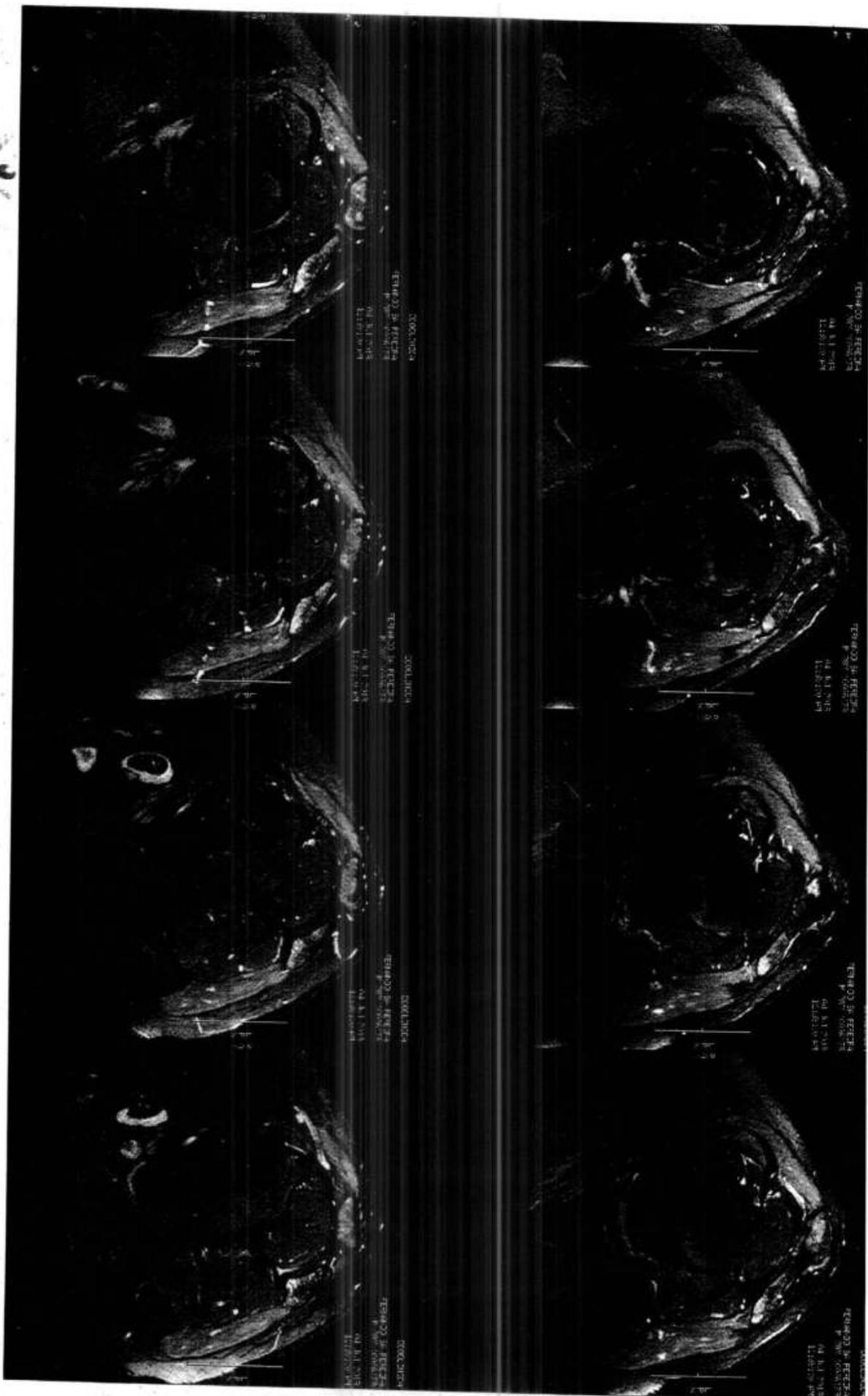
www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444





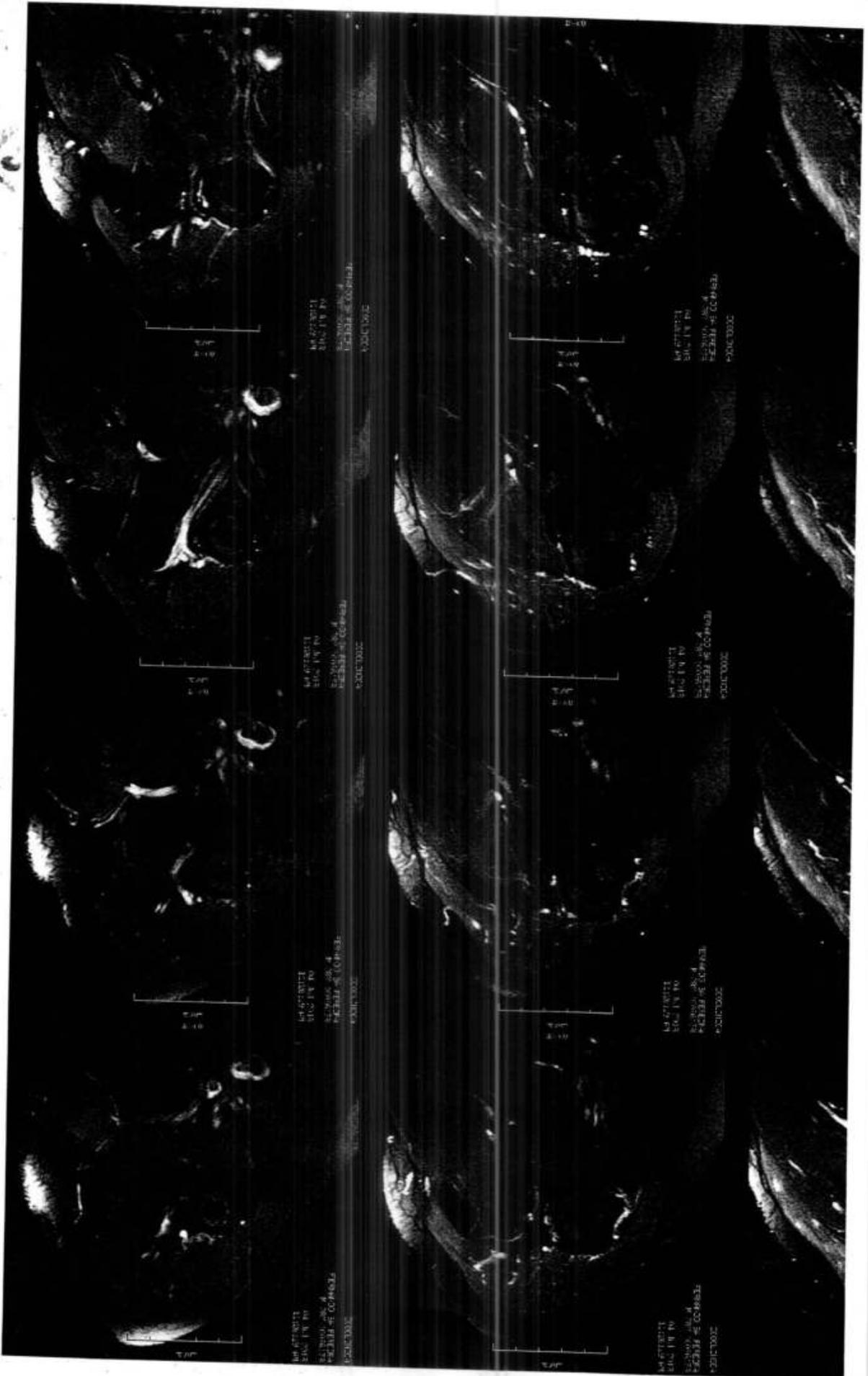


www.ecoclinica.med.br

Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

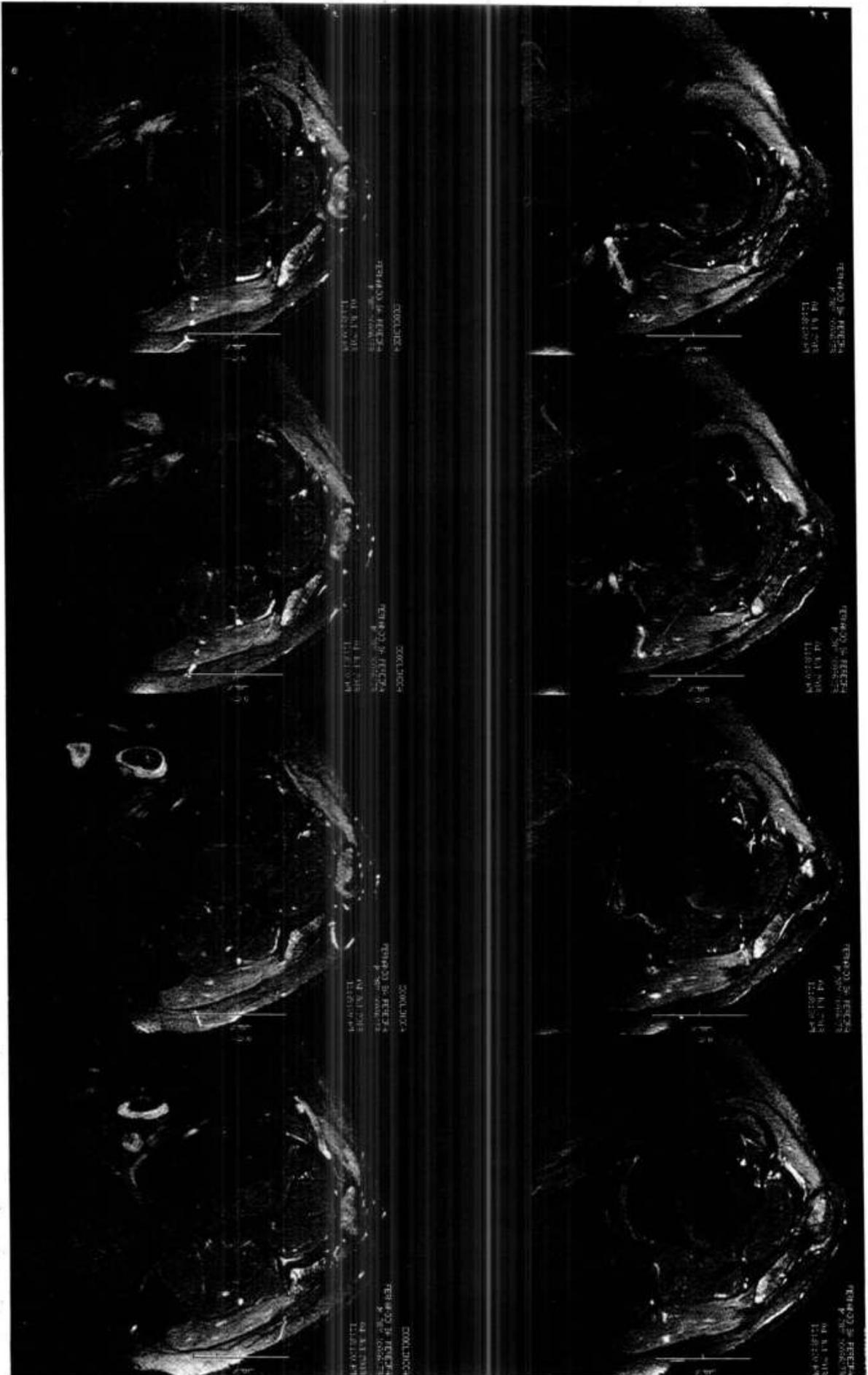




www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444



ATENDIMENTO: 018 - 0008598

Cliente : **FERNANDO SA PEREIRA**

Solicitante : DIEGO S SANTIAGO

Data Nasc.: 19/05/1990

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

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 subacrômio/subdeltoidea.

Acrômio tipo II de Bigliani.

Espessamento cápsulo-ligamentar acrômio-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.

20 DEZ. 2018



ATENDIMENTO: 018 - 0008598

Cliente : **FERNANDO SA PEREIRA**

Solicitante : DIEGO S SANTIAGO

Data Nasc.: 19/05/1990

Av. Cordeiro Soares de Oliveira, 305
Centro - João Pessoa - PB
CEP 58.013-260
Fone (83) 3049.4444
www.ecoclinica.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



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
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: 29/05/90 IDADE: 27 SEXO: M

NOME DA MÃE: Márcia von S. Pereira PROFISSÃO: _____

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

MUNICÍPIO: São José do Taperoá ENDEREÇO: _____

ESTADO: PB CEP: _____ CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/01/2019

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:

Prisão de pulso de 20
de 20 e braco esquerdo
20 de 20 de 20 de 20

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° 2009 1000 1. 2. 3.
- 2° Dipropionato de betametasona 0,1% 07/10
- 3° Voltaren 75 mg/ml 12/12
- 4° Franco 50+100 12/12
- 5°
- 6°
- 7°
- 8°
- 9° * OUTROS
- 10°
- 11° Prisão com 20 e 20
- 12° Prisão de 20 e 20
- 13°
- 14° Prisão de 20 e 20
- 15° Prisão de 20 e 20
- 16°
- 17° Prisão de 20 e 20
- 18° Prisão de 20 e 20
- 19°
- 20°

Dr. Paulo Nogueira Neto Fraga
Médico
CPF: 024.423.944-48
CRM/PR 5374

Blank
290835

Dr. Túlio Alberto
Oftalmologista
CRM/PR 8251

11 JAN. 2019



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



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

R. sem febre
OP: ANE + ANALGÉSICO
Fisio terapia
Ambulatório

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

[Signature]
Dr. Tullio Alberto
Especialista em Anestesiologia

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	22	1	2	

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

[Signature]

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

11 JAN 2019



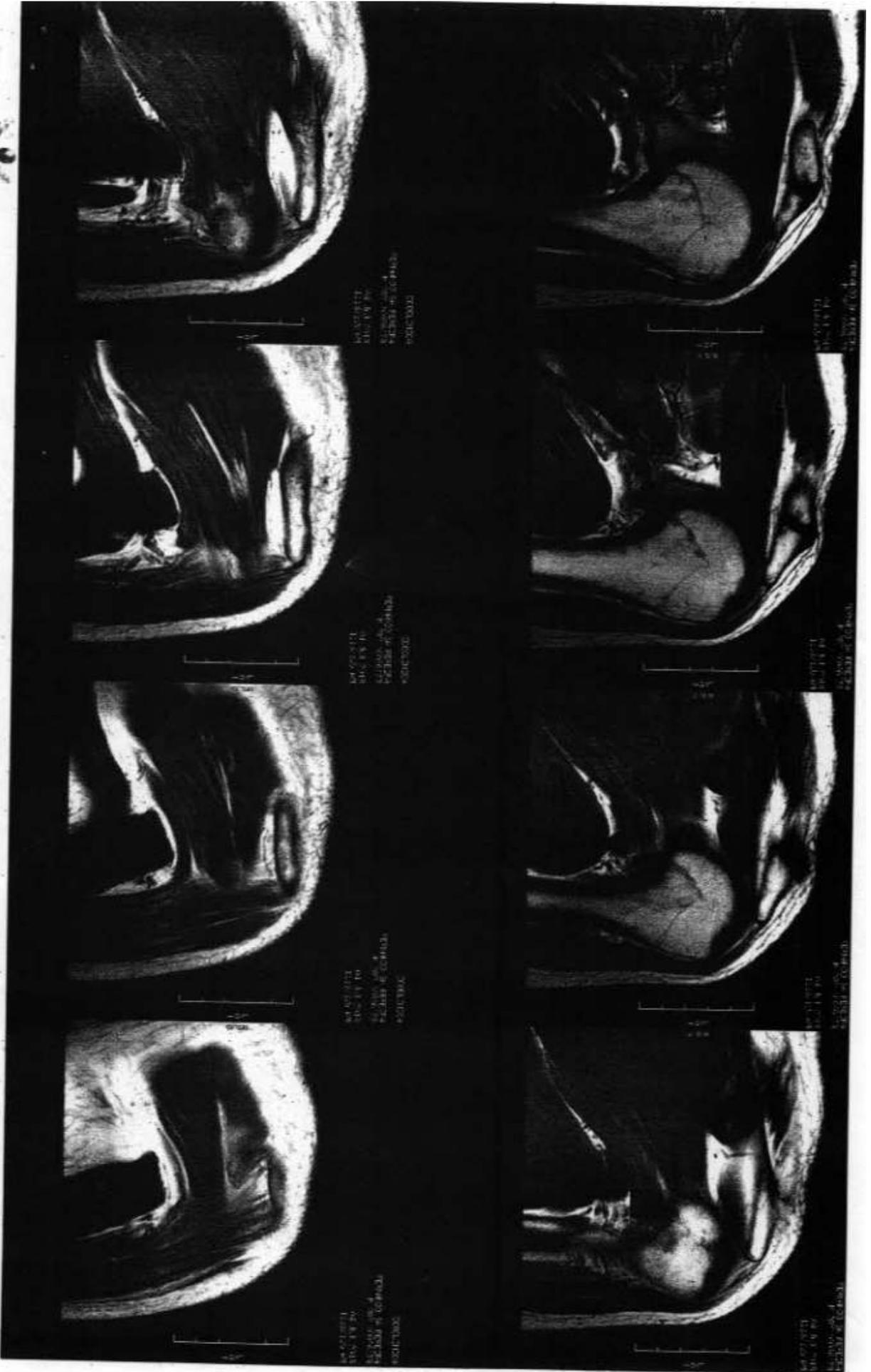


www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN 2010



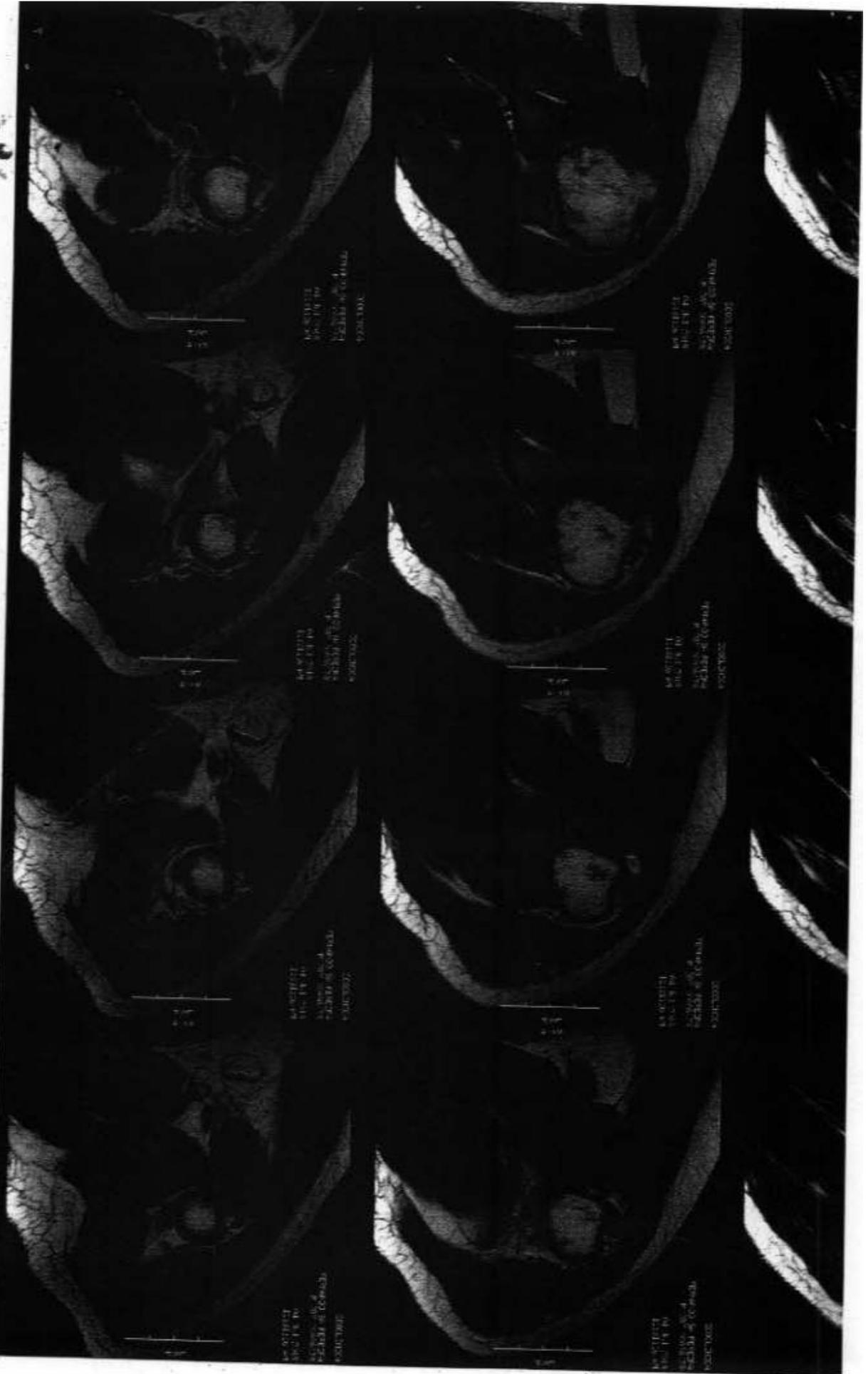


www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN 2019



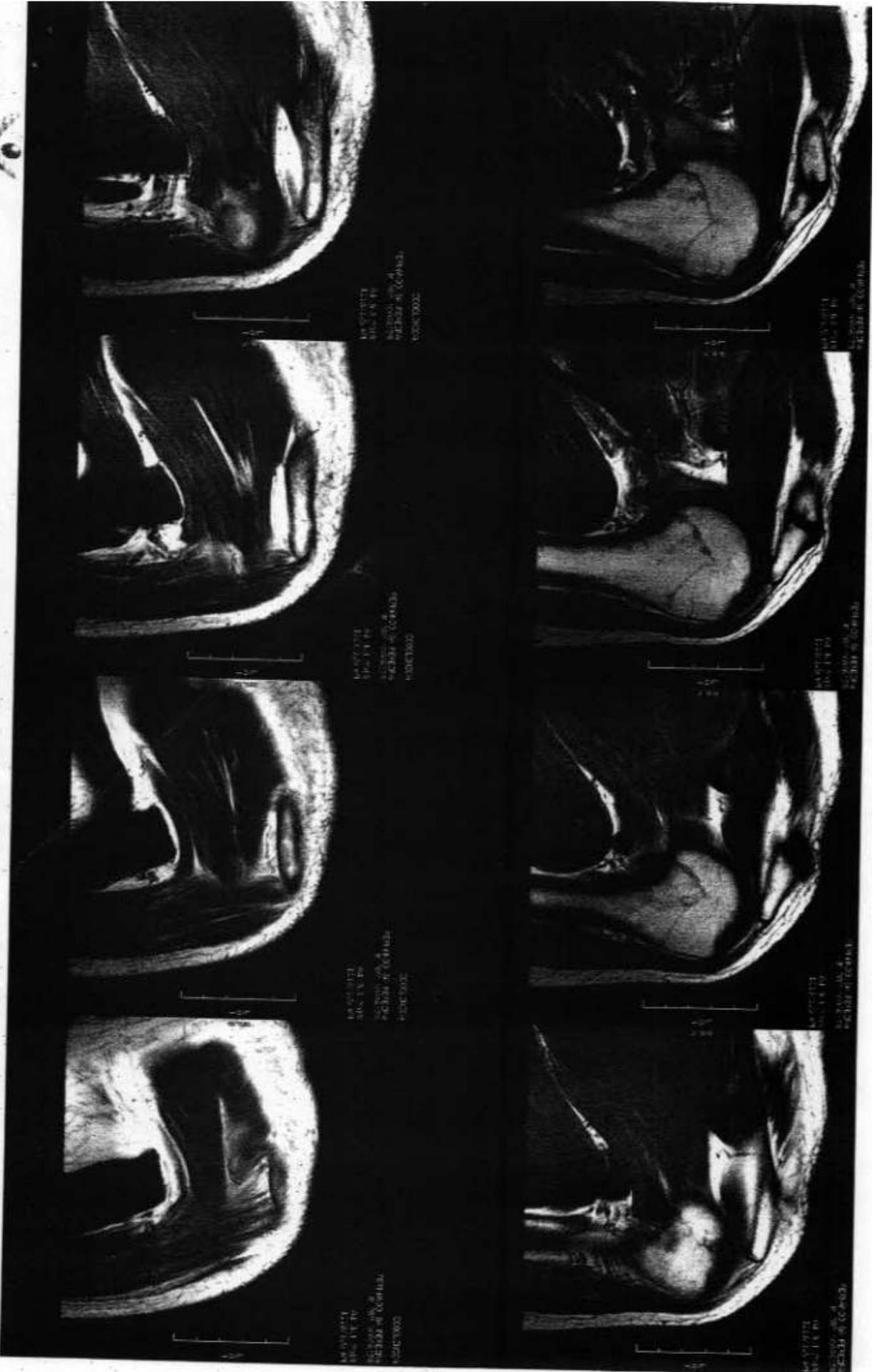


www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN. 2019



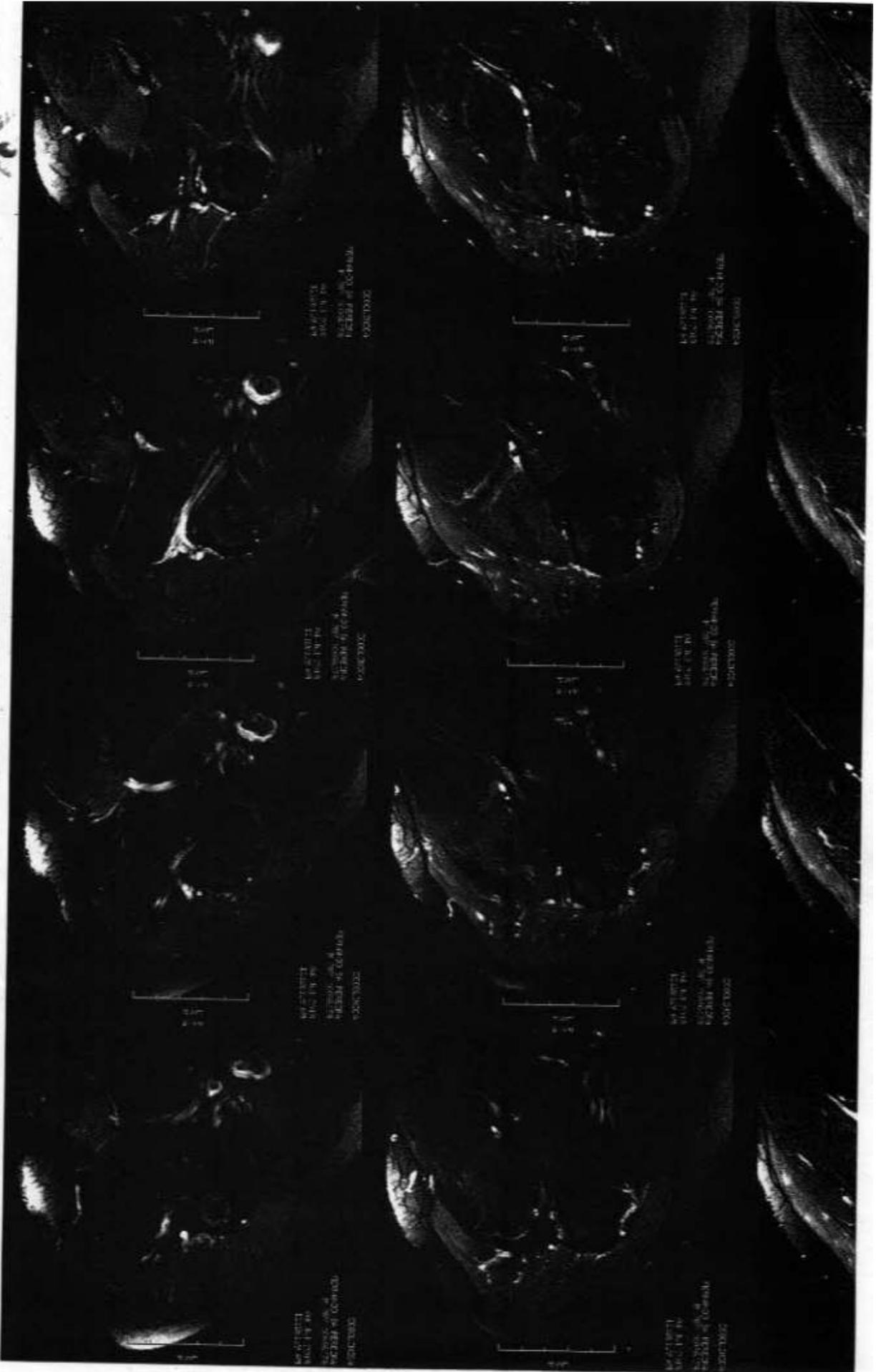


www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN 2019





www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

11 JAN 2019



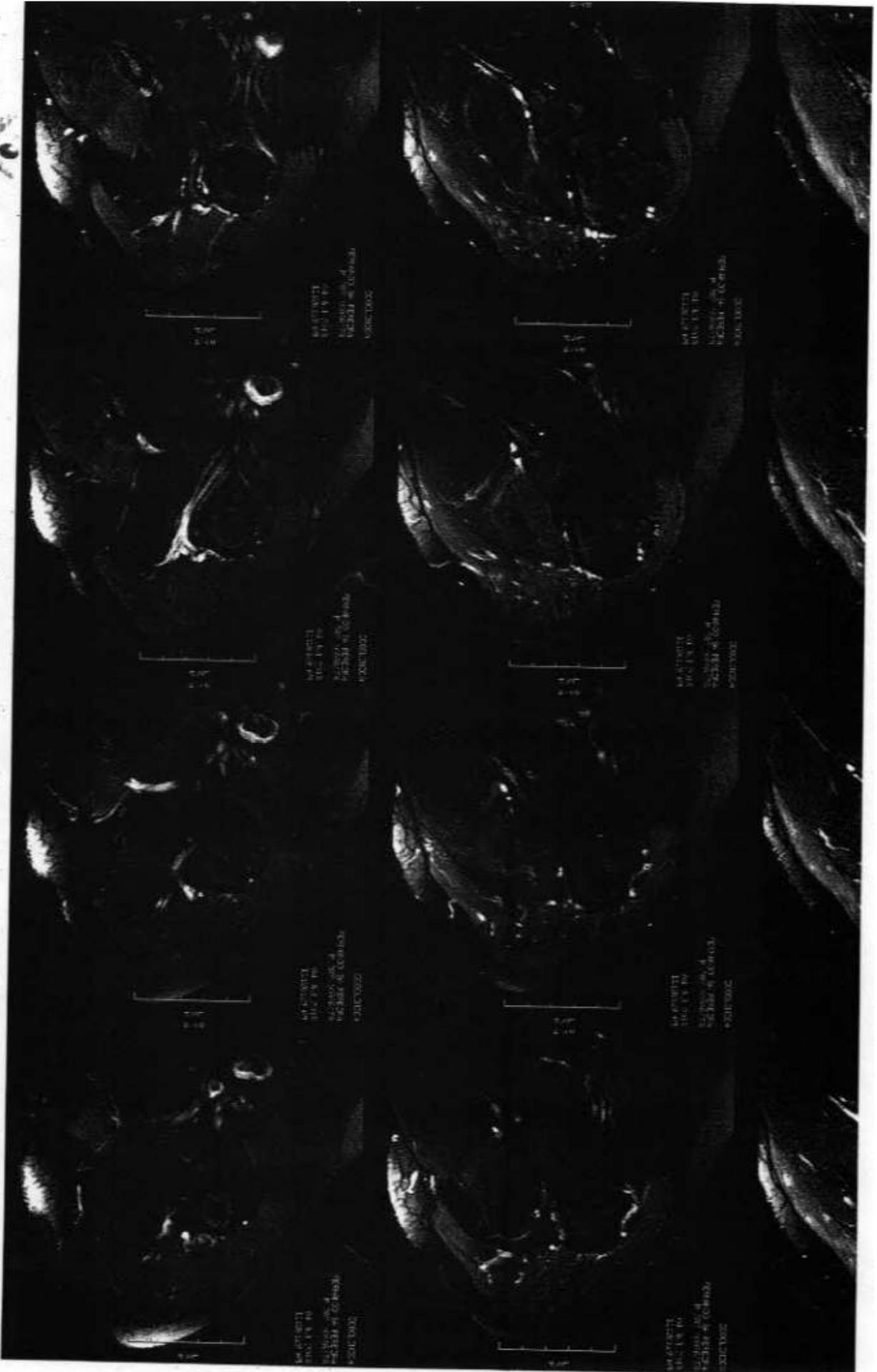


www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(83) 3049-4444

1-1 JAN. 2019



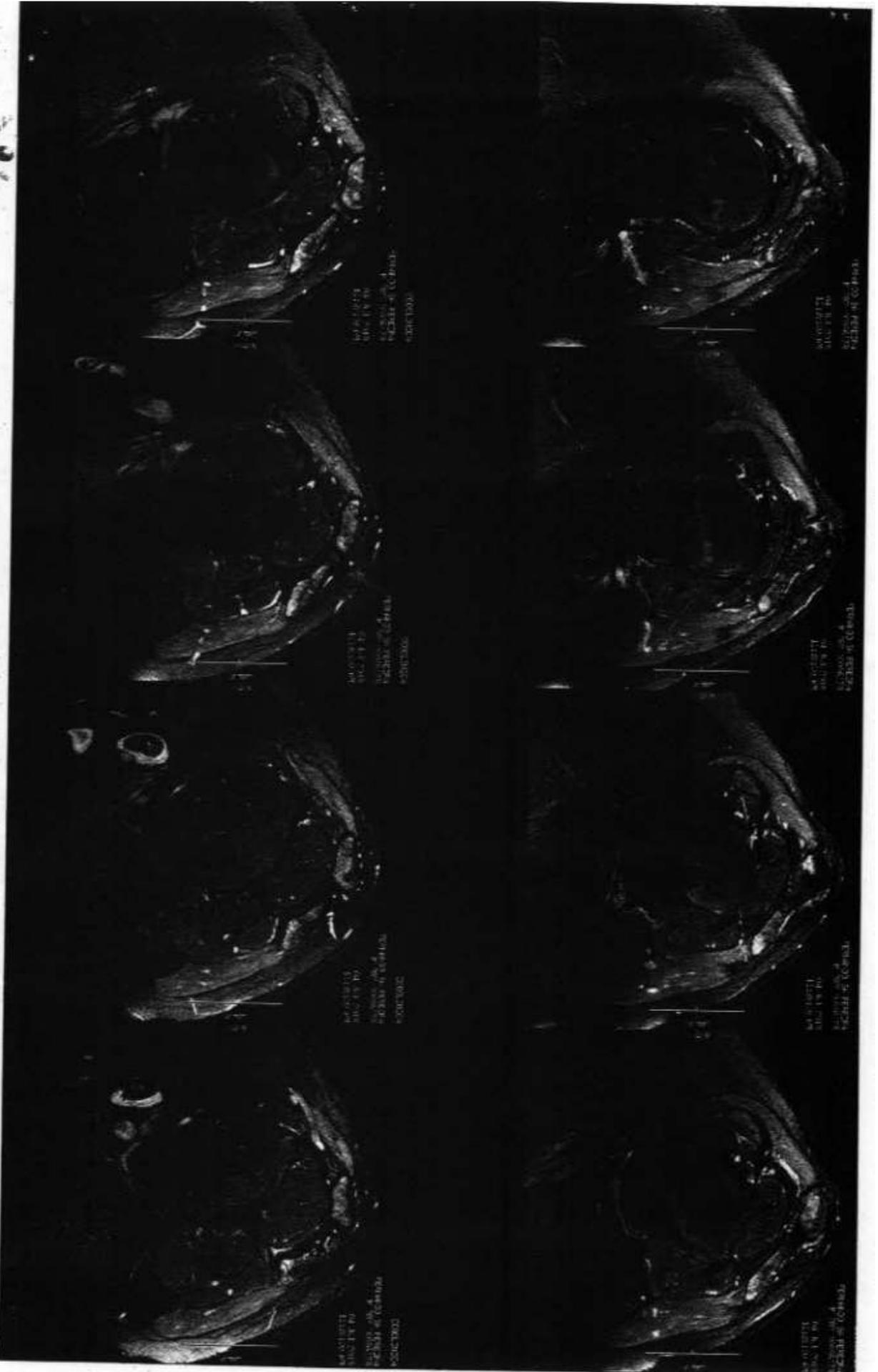


www.ecoclinica.med.br
Rua Corálio Soares de Oliveira, 305 - Centro



(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.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FERNANDO DE SA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / CPF-DIRETOR DE SP: 3722291 SSDE: PB

CPF: 092.920.864-13 DATA NASCIMENTO: 19/05/1990

INSCRICAO: RICELIA DE SA PEREIRA
 FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

PERMISSAO: ACC: CATIMO: AD

N° RENOVACAO: 05289740441 VALIDADE: 08/03/2021 1ª HABILITACAO: 30/08/2011

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
 1275582514

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1275582514

LOCAL: BOBUA, PB DATA FASSO: 16/03/2016

16617555418
 FBO32263104

DETRAN - PB (PARAIBA)

20 DEZ. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITABILIDADE

NOME: CARLOS AUGUSTO VERAS PINHEIRO

ENDEREÇO: RUA ... Nº ... CEP: ...

CIDADE: QUIXADA, CE

DATA DE NASCIMENTO: 12/04/1982

FOTOGRAFIA: 

NOME: CARLOS EMERSON ALVES PINHEIRO
 ENDEREÇO: ELIDA MARIA VERAS PINHEIRO

DATA DE EMISSÃO: 23/09/2018
 DATA DE VALIDADE: 29/11/2008

Nº HABITADO: 04002361233

OBSERVAÇÃO:
 SEM OBSERVAÇÃO

DATA DE EMISSÃO: 03/10/2013

Nº HABITADO: 03003876578
 CEP: 37831069

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 875039321

PROIBIDA REPRODUÇÃO
 875039321

20 DEZ. 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FERNANDO DE SA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / CPF-DIRETOR DE SP: 3722291 SSDE: PB

CNH: 092.920.864-13 DATA NASCIMENTO: 19/05/1990

INSCRICAO: RICELIA DE SA PEREIRA
 FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

PERMISSAO: ACC: CAT: AD

N° RENOVACAO: 05289740441 VALIDADE: 08/03/2021 1ª EMISSAO: 30/08/2011

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
 1275582514

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1275582514

LOCAL: BOBUA, PB DATA FASSO: 16/03/2016

16617555418
 FBO32263104

DETRAN - PB (PARAIBA)

20 DEZ. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITABILIDADE

NOME: CARLOS AUGUSTO VERAS PINHEIRO
 ENDEREÇO: RUA ... CEP: ...
 CIDADE: QUIXADA, CE
 DATA DE NASCIMENTO: 12/04/1982
 FONE: 972-419-833-53
 FAMILIAR: CARLOS EMER ALVES PINHEIRO, ELIDA MARIA VERAS PINHEIRO
 DATA DE EMISSÃO: 23/09/2018
 DATA DE VALIDADE: 29/11/2008
 Nº HABITADO: 04002361233

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 875039321

SEM OBSERVAÇÃO

DATA DE EMISSÃO: 03/10/2013
 CIDADE: QUIXADA, CE
 Nº HABITADO: 03003876578
 Nº IDENTIFICADORA: CE137831069

PROIBIDA REPRODUÇÃO
 875039321

20 DEZ. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012650476526

74355085453

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20161200009710-9

VIA 1
COD. RENAVAM 0100428080-4
RNTM 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

DETRAN

ELS

CONTRAN

20 DEZ. 2018



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(EXTERNAMENTE/INTERNAMENTE)

Resultados terapêuticos: PACIENTE APRESENTANDO CONDRPATIA 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 Vb Silva, Nº 42
Centro, Aparecida - 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 pericia 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

VIDE VERAS



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

