



18/09/2020

Número: **0802335-72.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **13/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.350,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VANILDO DOS SANTOS ARAUJO (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34467990	18/09/2020 09:07	2750976_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, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622317

Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

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 15068446





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, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190622317 Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 29/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 29/05/2019, emitido pelo Dr. YURY CORDEIRO CRM nº 11507 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00251/00252 - carta_31 - INVALIDEZ

00070126



Carta nº 15098160





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.788.904-90 4 - Nome completo da vítima: Viriêdo dos Santos Araujo

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

5 - Nome completo: Viriêdo dos Santos Araujo 6 - CPF: 055.788.904-90
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: R. Jamio Carlos da Silva 37
9 - Número: 37 10 - Complemento:
11 - Bairro: Truncheiras 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-313
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 53007 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima: Edileene de Lima Brito
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 928.195.324-20
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: Edileene de Lima Brito
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: João Pessoa - PB 05/11/19

38 - 1ª Nome: Sandro Pereira A. Silva
CPF: 915.19.504-63

Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Juliana B. Siqueira Amorim
CPF: 030.622.904-80

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 05/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



0037 / 013 / 53007-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva Ouvidoria





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.788.904-90 4 - Nome completo da vítima: Viriêdo dos Santos Araujo

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

5 - Nome completo: Viriêdo dos Santos Araujo 6 - CPF: 055.788.904-90
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Jamio Carlos da Silva 37
9 - Número: 37 10 - Complemento:
11 - Bairro: Truncheiras 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-313
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 53007 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima: Edileene de Lima Brito
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 928.195.324-20
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: Edileene de Lima Brito
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: João Pessoa - PB 05/11/19

38 - 1ª Nome: Sandro Pereira A. Silva
CPF: 915.19.504-63

Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Juliana B. Siqueira Amorim
CPF: 030.622.904-80

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 05/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



0037 / 013 / 53007-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

0037 - 013 - 53007-0
Cartão postal da Caixa Econômica Federal

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474
Reclamações, Atendimento a pessoas
sugestões e elogios. com deficiência auditiva Ouvidoria

37 158 V004





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00237.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00237.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 16 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Vanildo dos Santos Araújo**, CPF nº 055.788.904-90, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Marchante, filho(a) de Enois Maria dos Santos Araújo e Severino Francisco de Araújo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/09/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Janio Carlos da Silva, Nº 37, complemento CASA, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Proximo a Cristal Gelo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98825-5806.

Dados do(s) Fatos:

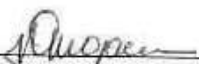
Local: Rua Principal da Cincera, Cincera, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/05/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que seguia normalmente em sua mão com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: **YAMAHA XJ6 ABS**, ano e modelo: 2018/2019 de cor azul, placa: **QSA 6109/PB**, chassi: **9C6RJ2510K0004091**, registrado em nome de **Nielliton da Silva Alves**, CPF: **073.382724-17**; QUE seguia normalmente quando uma moto, não sabendo especificar marca e modelo, veio em sua direção e para não haver uma colisão frontal o notificante fez o desvio, mas acabou caindo no chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme **CERTIDÃO Nº 1612/2019, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 07/08/2019**, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 s 62.3

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê,

João Pessoa/PB, 16 de outubro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
Noticiante

Procedimento Policial: 00237.01.2019.1.00.420





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00237.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00237.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 16 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Vanildo dos Santos Araújo**, CPF nº 055.788.904-90, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Marchante, filho(a) de Enois Maria dos Santos Araújo e Severino Francisco de Araújo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/09/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Janio Carlos da Silva, Nº 37, complemento CASA, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Proximo a Cristal Gelo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98825-5806.

Dados do(s) Fatos:

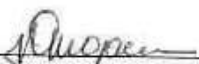
Local: Rua Principal da Cincera, Cincera, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/05/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que seguia normalmente em sua mão com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: **YAMAHA XJ6 ABS**, ano e modelo: 2018/2019 de cor azul, placa: **QSA 6109/PB**, chassi: **9C6RJ2510K0004091**, registrado em nome de **Nielliton da Silva Alves**, CPF: **073.382724-17**; QUE seguia normalmente quando uma moto, não sabendo especificar marca e modelo, veio em sua direção e para não haver uma colisão frontal o notificante fez o desvio, mas acabou caindo no chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme **CERTIDÃO Nº 1612/2019, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 07/08/2019**, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 s 62.3

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê,

João Pessoa/PB, 16 de outubro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
Noticiante

Procedimento Policial: 00237.01.2019.1.00.420





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.788.904-90 4 - Nome completo da vítima: Viriêdo dos Santos Araujo

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

5 - Nome completo: Viriêdo dos Santos Araujo 6 - CPF: 055.788.904-90
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: R. Jamio Carlos da Silva 37
9 - Número: 37 10 - Complemento:
11 - Bairro: Truncheiras 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-313
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 53007 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a) ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário: Edileene de Lima Brito
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 928.195.324-20
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: Edileene de Lima Brito
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: João Pessoa - PB 05/11/19

38 - 1ª Nome: Sandro Pereira A. Silva
CPF: 915.19.504-63
Assinatura da testemunha:
39 - 2ª Nome: Juliana B. Siqueira Amorim
CPF: 030.622.904-80
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 05/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101	0800-726 2492	0800-725 7474
Reclamações, sugestões e elogios.	Atendimento a pessoas com deficiência auditiva	Ouvirdia





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.788.904-90 4 - Nome completo da vítima: Viriêdo dos Santos Araujo

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

5 - Nome completo: Viriêdo dos Santos Araujo 6 - CPF: 055.788.904-90
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: R. Jamio Carlos da Silva 37
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Truncheiras 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-313
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 53007 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a) falecido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário: Edilene de Lima Brito
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 928.195.324-20
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: Edilene de Lima Brito
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: João Pessoa - PB 05/11/19

38 - 1ª Nome: Sandra Cristina A. Silva
CPF: 915.19.504-63

Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: Juliana B. Siqueira Amorim
CPF: 030.622.904-80

Assinatura da testemunha: 40 - Local e Data: João Pessoa - PB 05/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



0037 / 013 / 53007-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva Ouvidoria

37 158 V004





CERTIDÃO

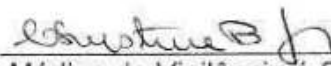
Nº. 1612/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burit, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº233706 e Prontuário Nº 2019.05.2331 pertencentes ao paciente **VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO** foi atendido dia 29/05/2019 às 20h58min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membros superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 5º metatarso esquerdo e 4º quirodáctilo esquerdo (falange proximal). Realizado procedimento cirúrgico dia 05/06/2019 e 29/05/2019. Com alta médica dia 05/06/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
FIPRIAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AUA: AG FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-57 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 233706 Atd: Não Regulac
Data: 29/05/2019
Hora: 20:50:01
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.05.003531

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

0608874588818 Sexo: M IDENTIDADE: 3014091 Fone: 988253806

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Naso.: 04/09/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA SANTO CARLOS DA SILVA, 37

Bairro: TRINCHEIRAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ENOIS MARIA DOS SANTOS ARAUJO

Pai: SEVERINO FRANCISCO DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Profissao: MACHADINHO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

End. de Estrada

Escolaridade: SEM INSTRUCAO

End. de Residencia: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

End. de Residencia: 988235806 / IDENTIDADE: 3014091

End. de Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

End. de acidente por: NAO

End. de vicio por: NAO

End. de vicio por: NAO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

TE:

TE:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

IMC:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd:

Abd:

[X] Regular [] Chocado

Observacao

Observacao

Correção Principal

RECEITA DE QUELE NOTI NEGA VOMITO DESMAIO : SIC NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

Conduta

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

Prescrição

Horario da medicacao

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

Dr. Karginado Gondim
Cirurgião Geral
CRM-PB-11148



Hora: | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





CERTIDÃO

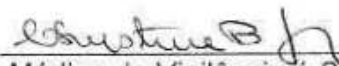
Nº. 1612/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº233706 e Prontuário Nº 2019.05.2331 pertencentes ao paciente **VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO** foi atendido dia 29/05/2019 às 20h58min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membros superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 5º metatarso esquerdo e 4º quirodáctilo esquerdo (falange proximal). Realizado procedimento cirúrgico dia 05/06/2019 e 29/05/2019. Com alta médica dia 05/06/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
FIPRIAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AUA: AG FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-57 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 233706 Atd: Não Regulac
Data: 29/05/2019
Hora: 20:50:01
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.05.003531

CPF: 068874588818 Sexo: M IDENTIDADE: 3014091 Fone: 988253806

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Naso.: 04/09/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA SANTO CARLOS DA SILVA, 37

Bairro: TRINCHEIRAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ENOIS MARIA DOS SANTOS ARAUJO

Pai: SEVERINO FRANCISCO DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissao: MACHADINHO

Escolaridade: SEM INSTRUCAO

End. de Estrada

End. de Estrada: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

End. de Estrada: Tel/Doc. Responsavel: 988235806 / IDENTIDADE: 3014091

End. de Estrada: End. de Estrada: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

End. de acidente por: NAO

End. de acidente por: NAO

End. de acidente por: NAO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

TE: TE:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

IMC: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd: Abd:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Cor: na Principal

QUANTIDADE DE QUELHES NOTI NEGA VOMITO DESMAIO : SIC NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

Conduta

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

Prescrição

Horario da medicacao

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

doença e isto por com odo odoana posto e não e por
trama. Logo não com, não, odoana e não e.

Dr. Karginado Gondim
Cirurgião Geral
CRM-PB-11148

Hora: | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



energisat

25810
10/1/2000
1/2/2000

Cód. para Dto. Automático: 0001

Access: www.energiss.com.br

055.735.904-90

5/1374177-2

Canal de control

Consumo

Demonstrative

Abstract

VENGIMENTO

Historico de Consumo (KWh)

Author's address: Center for Health Systems Research and Analysis, University of Maryland System, Baltimore, MD 21201, USA.

9c74.b27b.9fcf.87f2.bab7.3128.383a.1b95

Composição do Consumo

Límites 40

Discriminacao

Value in USD, Sep. 6, 2010: \$529,000

Saturação em atrase

REAGENTS AND MATERIALS

1-800-368-6868

Jul19 151;26

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO RÁPIDO CORRERAS

00160 00000 0310

00190.00000 031:

PARADISE VANLINES INC.
BUS. JANUARY 1995

1150264701019469	5012
------------------	------

10/10/2009 10:00 AM	10/10/2009 10:00 AM
---------------------	---------------------

DEMIFRANCO ENERGIA S.p.A.
R. 550 - 00144 Roma - Tel. 06/47801

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

Agencia / 60320-00-0000

111111 1111 111111 111111 111111 111111

ente por: SUELIO MC

/pje/Processo/Consumo

id: 200918090739296

.....

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091809073929600000032960232>

Número do documento: 20091809073929600000032960232

Num. 34467990 - Pág. 19

energisat

29810
Infant
9/2/10

Cód. para Débito Automático: 0001

Access: www.energiss.com.br

055.735.904-90

5/1374177-2

Canal de control

1

Consumo por Dia

Demonstrative

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

VENCIMENTO TOTAL A PAGARHistorico del Consumo (KWh)

Aug'18	Sep'18	Oct'18	Nov'18	Dec'18	Jan'19	Feb'19	Mar'19	Apr'19	May'19	Jun'19	Jul'19
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

9c74.b27b.9fcf.87f2.bab7.3128.383a.1b95

Composição do Consumo

Faturas em atraso

00150 00009 03150 244006 00068 489170 1 79930000007659

RUA JANG CARLOS DA SILVA, 37/ CR. FEDE - TRINHEIRAS - JOÃO PESSOA / PB CEP 58011-313

11502440010058469	201374177201808	2013083019	91.18.59	
-------------------	-----------------	------------	----------	--

Adresa / Contact de neputetare: 0764.103171

[illegible]

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO</u>		Data da Admissão: <u>29/05/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: <u>1</u> / <u>1</u> / _____
QPD: <u>DOU C FEMININO E NÃO E</u>			
HDA: <u>VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO, APRESENTANDO</u> <u>FEMININO E DEFORMIDADE E 4x5 BUC.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outros: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de T

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: FA EXPONTA DE 4º QDE

Conduta: ATO CIRURGICO

Dr. Yury Cordeiro

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PE: 11807

na LEOPOLDO





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Vanildo da Silva Maia</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <u>ORLO</u>	EMP:	LR:
Data: <u>29/05/19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Leonardo Viana</u>			1º Assistente: <u>Dr. Leonardo R3</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura exposta do colo do fêmur +</u>					
<u>fratura do fêmur do 4º ano.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Lum. e res. fêmur.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
- Realizada em DDA sob bloqueio	
- Anestesia + oxigenação	
Incisão:	
Achados:	
- Grav Ferimento em 4º grau + deformidade em um osso	
Conduta:	
- Realizado um escar 5F99% de forma extensiva	
- Não há campos cirúrgicos extensos no bloco cirúrgico para realização de procedimentos, sendo realizado limpeza em 9F99% e lavagem com Ringeres + soro de fracionamento.	
Fechamento:	
curativos + talco limpo	
OBS: Não há campos cirúrgicos extensos disponíveis em bloco cirúrgico	

Data: 29/05/19

Dr. Leonardo Miranda
Médico
C.R.M. 10.150.7
MEDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Nome: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO				Registro: 2019053531	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 05/06/2019			Cirurgião: <i>Luis Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Flavio Loyola</i>			2º Assistente: GALVÃO		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de 5º Mtc + 4º qde (falange proximal)</i>				S623	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Redução incruenta + confecção de gesso luva</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA



Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
<i>Redução de fratura de metacarpo + 4º qde</i>
<i>Confeção de gesso luva em garrafa</i>
<i>Verificado redução sob fluoroscopia</i>
Achados:
Conduta:
Fechamento:
OBS:

Dr. Luis Filipe Lessa
CRM: PB 10.200 TEOT 14328
Especialista em Cirurgia da Mão e Microcirurgia

Data: 05/06/2019

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917

NAO ALFABETIZADO

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.014.091 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2019

NOME VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO

FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO DE ARAÚJO
EMOIS MARIA DOS SANTOS ARAÚJO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 04/09/1970

DOC ORIGEM NASC.N. 52734 FLS. 23V LIV. A-75
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPT 055.788.904-90

A +

LEI Nº 7114 DE 29/06/63



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA CIVIL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917

NAO ALFABETIZADO

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.014.091 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2019

NOME VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO

FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO DE ARAÚJO
EMOIS MARIA DOS SANTOS ARAÚJO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 04/09/1970

DOC ORIGEM NASC.N. 52734 FLS. 23V LIV. A-75
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPT 055.788.904-90

A +

LEI Nº 7114 DE 29/06/63



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 0116498080-4 00/00000000 2018

0066809201

07338272417

PLACA QSA6109/PB

NOVO PB 9C6RJ2510K0004091

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

YAMAHA/XJ6 N XRS

2 P/600 /CI

CATEGORIA PARTIC

IPVA PAGO EM 08/00/0000

PARCELAMENTO/COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 13/09/2018

A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA

0

SANTA RITA - PB

9999999

14/09/2018

7003781

PB Nº 014082274983 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

07338272417

2018 14/09/2018

QSA6109/PB

9C6RJ2510K0004091

2018 9

PREMIO TARIFARIO

FAS (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

PERCELIADO

13/09/2018

DOTA UNICA

0

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.660/0001-04

7003781-1515247-20180914



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0116498080-4 00/00000000 2018

0066809201

07338272417

NOVO PB 9C6RJ2510K0004091

PLACA QSA6109/PB

CHASSI

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

YAMAHA/XJ6 N XRS

2 P/600 /CI

CATEGORIA PARTIC

IPVA PAGO EM 00/00/0000

PARCELAMENTO/COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 13/09/2018

A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA

0

SANTA RITA - PB

9999999

14/09/2018

7003781

PB Nº 014082274983 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

07338272417

2018 14/09/2018

QSA6109/PB

9C6RJ2510K0004091

2018 9

PREMIO TARIFARIO

FAS (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

PERCELIADO

13/09/2018

DOTA UNICA

0

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.660/0001-04

7003781-1515247-20180914





Testemunha

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.685.198 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	30/06/2014
NOME: EDILENE DE LIMA BRITO	
FILIAÇÃO: EDIMILSON ÁGOLO DE BRITO SEBASTIANA JOSÉ DE LIMA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SANTA RITA-PB	16/08/1976
DOC. ORIGEM	
NASC. N. 2093 FLS. 264 LIV. A2	
CARTÓRIO SANTA RITA-PB	
928.195.324-20	
LEI Nº 7.116 DE 20-08-83	

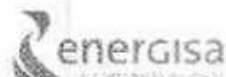


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento com a finalidade de cobrança.

Boleto para ser pago em nome do cliente. Para maiores detalhes consulte o site da Energisa. Nº 032.277.791



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 02.035.182/0001-80 Insc.Est. 15.015.523-0

DADOS DO CLIENTE

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
RUA JANIO CARLOS DA SILVA 37 CP-REDE
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1374177-2

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

09/10/2019

CONSUMO

115

VENCIMENTO

26/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,61

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 06935.254174 7 80540000006961				
Pagador: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO CNPJ/CPF: 055.788.904-90				
RUA JANIO CARLOS DA SILVA 37 CP-REDE - TRINCHEIRAS - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006935254	001374177201910	26/10/2019	R\$ 69,61	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Testemunha



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 09:07:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091809073929600000032960232>

Número do documento: 20091809073929600000032960232



Testemunha



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pela conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.895.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.423-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSÍLIO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07097.707173 5 80560000018353				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3				





Testamento

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO BPMAL	2.174.238 - 2ª VIA
DATA DE EXPIRAÇÃO	13/07/2016
NOME JULIANA LACERDA PEDROZA ALVES	
FILIAÇÃO PAULO ROBERTO DE BARROS PEDROZA CELIA LACERDA PEDROZA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	13/11/1978
DEC. ORIGEM CERT. CAS. Nº 3102 - LIV. B-AUX-10 - FLS. 102 - CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA-PB	
030.627.504-83	
Assinatura do Registrante Mariane A. S. Lacerda 13/08/2016 15:28:08:83 Ass. Cel. S. Lacerda	

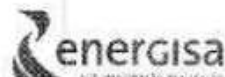


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pela conta.

Para mais informações sobre o processo de pagamento da energia elétrica, consulte o site da Energisa. Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480

CNPJ 08.695.183/0001-40 - Insc. Est. 16.215.823-2

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

09.095.183/0001-40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 09:07:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091809073929600000032960232>

Número do documento: 20091809073929600000032960232



Testemunha

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.685.198 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	30/06/2014
NOME: EDILENE DE LIMA BRITO	
FILIAÇÃO: EDIMILSON ÁGOLO DE BRITO SEBASTIANA JOSÉ DE LIMA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
SANTA RITA-PB	16/08/1976
DOC. ORIGEM	
NASC. N. 2093 FLS. 264 LIV. A2	
CARTÓRIO SANTA RITA-PB	
928.195.324-20	
LEI Nº 7.116 DE 20-08-83	

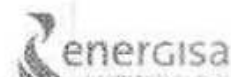


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento com a finalidade de pagar.

Boleto para pagamento de energia elétrica fornecida pela concessionária de energia elétrica. Nº 032.277.291



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rm 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.035.182 / 0001-80 - Insc.Est. 15.015.523-0

DADOS DO CLIENTE

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
RUA JANIO CARLOS DA SILVA 37 CP-REDE
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1374177-2

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

09/10/2019

CONSUMO

115

VENCIMENTO

26/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,61

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 06935.254174 7 80540000006961				
Pagador: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO CNPJ/CPF: 055.788.904-90				
RUA JANIO CARLOS DA SILVA 37 CP-REDE - TRINCHEIRAS - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006935254	001374177201910	26/10/2019	R\$ 69,61	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Testemunha



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 09:07:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091809073929600000032960232>

Número do documento: 20091809073929600000032960232



Testemunha



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.895.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.423-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSÍLIO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07097.707173 5 80560000018353				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2447-3				





Testamento

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO BPMAL	2.174.238 - 2ª VIA
DATA DE EXPIRAÇÃO	13/07/2016
NOME JULIANA LACERDA PEDROZA ALVES	
FILIAÇÃO PAULO ROBERTO DE BARROS PEDROZA CELIA LACERDA PEDROZA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	13/11/1978
DEC. ORIGEM CERT. CAS. Nº 3102 - LIV. B-AUX-10 - FLS. 102 - CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA-PB	
030.627.504-83	
Assinatura do Registrante Mariane A. S. Lacerda Jr. 02/08/2016 E 28/08/83 Ass. Oficial Registrante	

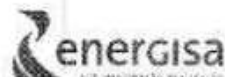


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é responsável pela conta.

Para mais informações sobre o processo de pagamento da energia elétrica, consulte o site da Energisa. Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.695.183/0001-40 - Insc. Est. 16.215.823-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190622317 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 29/05/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO ESQUERDO
FRATURA DA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA / SUTURA / REDUÇÃO INCRUENTA) P3 4 5 6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387195/19

Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 055.788.904-90

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 29/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO : 055.788.904-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019
Nome: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 055.788.904-90

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413959/19

Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 055.788.904-90

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 29/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO : 055.788.904-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 055.788.904-90

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

