

BANCO DO BRASIL S.A.

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: 24/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 283,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JOACILDO DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00585-1

CONTA: 000000030871-4

Nr. da Autenticação 3751E13FCAEB3F71



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, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251761

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251761

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: JOSE JOACILDO DE LIMA

Valor: R\$ 283,00

Banco: 001

Agência: 000000585-1

Conta: 0000030871-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 046548.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 046548.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:12 min do dia 14/07/2020, na Delegacia Online, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agente Funerário, natural de Bom Sucesso, nascido(a) em 18/09/1992, idade 27, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de **MARIA DO CÉU PEREIRA DOS SANTOS** e **JOSÉ JOACY DE LIMA**, CPF 101.871.094-94, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, na cidade de Catolê do Rocha/PB, CEP: 58884000, telefone(s) (83) 99813-1146, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 08/07/2020 16:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: Rua Benjamin Constant, Tabajara, Catolê do Rocha/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que sofreu um acidente de moto no dia 08/07/2020 por volta das 16 horas da tarde; que um carro a sua frente fez uma manobra brusca à esquerda sem sinalizar; que acabou se chocando com a lateral do carro; que foi jogado ao chão; que ficou em gritos com dores; que transeuntes chamaram o SAMU que fez o resgate; que foi levado para o Hospital Regional de Catolê do Rocha; que lá foram feitos os primeiros procedimentos; que após o Raio X foi identificada uma fratura da clavícula direita; que foi medicado, foi imobilizado o braço e ficou em observação; que estava de capacete e possui CNH AB; que a moto é em nome de seu Pai e está regular; que na hora do acidente estava indo comprar uma peça de um carro funerário a mando de seu empregador; que não conhece o motorista do veículo, pois não o viu mais após ser levado pelo SAMU.

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

João Jacildo de Lima
JOSE JOACILDO DE LIMA

C131D6BD14A0500239295A8A2A3ADBC2

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@sedis.pb.gov.br.

FRANCINEIDE GUEDES BEZERRA
RUA MACILOM CAVALCANTE, 568 - LOT. SAO PAULO
CANTO DO ROCHA / PE CEP: 58884-000 (AG. 245)

CPF/CNPJ/RANI: 101.119.554-24



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTCB1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 2 - 245 - 130 - 5345 Nº Medidor: 00008871827

UNID. DE CONSUMO (kWh)
5/1707008-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017070087



VALOR DA FATURA

R\$ 76,42



VENCIMENTO

13/07/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

89kWh

2,78 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CDI	Descrição	Quant	Tarifa e Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$) 0,419%	Cofins (R\$) 4,7988%		
0801	Consumo em kWh	89	0,788610	70,18	70,18	25	17,54	70,18	0,73	3,36
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			7,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0809	BÔNUS ITAIPULÉ 10438/2002 12/2019			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

TOTAL

76,42

70,18

17,54

70,18

0,73

3,36

OrthoMedic

PRODUTOS ORTOPÉDICOS E HOSPITALARES

Avenida: Ministro José Américo Maia

Bairro: Corrente

Próximo a capelinha do corrente.

Celular: (83) 9.99179782

Luciano Maia

Data de Emissão: 09/07/20

Sr./ Sra: Mateus Paalado

Endereço: Quilômetro do Roda - P13

Quant.	Discriminação	Preço Unit.	Total
01	Imobilizador pl clavícula	240,00	240,00

Assinatura: Deborah M. S. Nava

240,00

SÃO FRANCISCO (RAIAS/PB/TEREZINHA

JOÃO VERAS DINIZ E CIA LTDA

CNPJ: 07.322.518/0001-90 IE: 161449069

RUA ADOLFO MAIA, 55, CENTRO, CATELÉ DO ROCHA - PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal
de Consumidor Eletrônica

Código Descrição		Qtde.	VL. Unit.	VL. Total
Un.	2275 TRAMPOUL 50MG CX 10 CAPS	1	11,93	11,93
LN				
Qtde. Total de Itens		1		11,93
Valor Total R\$				11,93
Acréscimo R\$				1,07
Valor a pagar R\$				13,00
FORMA DE PAGAMENTO				
Total Pago R\$				13,00
Dinheiro				13,00

VALOR PAGO R\$

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce/consulta>

2520 0707 3225 1800 0190 6500 1000 3938 0618 889

8 8890

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

NFC e nº 393806 Série 1 08/07/2020 18:47:47

Via Consumidor

Protocolo de autorização: 325200154624923

Data de autorização: 08/07/2020 18:47:50



VENDEDOR: 3 - LUCINHA

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012)

SÃO FRANCISCO (MAIS/PB/TEREZINHA)
JOAO VERAS DINIZ E CIA LTDA
CNPJ: 07.322.518/0001-90 IE: 161449069
RUA ADOLFO MAIA, 55, CENTRO, CATOLE DO ROCHA-PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal
de Consumidor Eletrônica

Código Un.	Descrição	Qtde.	VL. Unit.	VL. Total
2865	TIPOIA ORTOPEDICA TAM M MERCUR	1	32,58	30,00
UN				1
Qtde. Total de Itens				32,58
Valor Total R\$				2,58
Desconto R\$				30,00
Valor a pagar R\$				30,00
FORMA DE PAGAMENTO				VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$				30,00
Dinheiro				30,00

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce/consulta>
2520 0707 3225 1800 0190 6500 1000 3937 9118 888

8 8896
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
NFC-e nº 393791 Série 1 08/07/2020 18:12:39
Via Consumidor

Protocolo de autorização: 325200154588169
Data de autorização: 08/07/2020 18:12:41



VENDEDOR: 7 - AMANDA
Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012)
Federal R\$1,26 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00
Você Economizou R\$ 2,58
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
NUM. CONTROLE: 436342



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 038072

DATA DO OCORRÊNCIA	08/07/2020	00:38	PRESENTE / VÍTIMA	Des. Refemem Comandante	BARRIO	Centro	IDADE	37	SEXO	MASC	☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA	Rua Refemem Comandante										
TIPO DE AGRADO	QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECURSO ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELA BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTROS ☐										
TIPO DE AGRADO	APOIO NO LOCAL: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE/PS ☐ UPTIRAN ☐ UPTIRANS ☐ OUTROS ☐										
TIPO DE AGRADO	QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECURSO ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELA BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTROS ☐										

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PROLAPSO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/INFORMANTO
☐ DESEMBALAMENTO/QUEBRAMENTO	☐ QUINTA
☐ ELÉTRICIDADE	☐ QUEIMATURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.V. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ TOXICIA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ TOXICIA RENAL
☐ AVC	☐ TUBOSE
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ INFERTEIRISMO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INFERTEIRISMO ARTERIAIS
☐ DIABETES	☐ INEQUILIBRIOS
☐ TOXICIA CARDIACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ TOXICIA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

DESTINO DO PACIENTE: _____
SERVIÇO MÉDICO: HRCR
MOTIVO DE TRANSPORTE _____
RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____
GRUPO: 1.184

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Surpunto de botuno de clavícula D. + clavícula
Raven

DADOS VITAIS

VIVA: ☒ LIVRE ☐ OBTURADA / RESPIRAÇÃO: ☐ 30apm ☒ 30apm / PULSO RADICAL: ☒ Ausente / PAS: ☐ Presente
 PA: 130x90 FC: 92 PR: 18 TEMP: — °C GLICEMIA: 99 mg/dl E. Com a: 15 SpO2: 98% SpO2: 102 —

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐	Ansiedade	☐	Distribuição Ineficaz das VAA
☐	Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐	Diretória Autônoma
☐	Comunicação Verbal Prejudicada	☒	Dor Aguda
☐	Confusão Aguda	☐	Hipertermia
☐	Confusão Aguda	☐	Hipotermia
☐	Desnutrição Prejudicada	☐	Integridade da Pele Prejudicada
☐	Debito Cardíaco Diminuído	☐	Integridade Tissular Prejudicada
☐	Náuseas	☐	Medo
☐	Constipação	☐	Interferência à Aliviar
☐	Incontinência Intestinal	☐	Mucosa Oral Prejudicada
☐	Eliminação Urinária Prejudicada	☐	Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz
☐	Padrão Respiratório Ineficaz	☐	
☐	Outros	☐	

- ☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz
- ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz
- ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz
- ☐ Termorregulação Ineficaz
- ☐ Troca de Gases Prejudicada
- ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada
- ☐ Volume de Líquidos Deficientes
- ☐ Volume Excessivo de Líquidos
- ☐ Retenção Urinária
- ☐ Percepção Sensorial Perturbada
- ☐ Interação Social Prejudicada

INTERVENÇÕES

SSUV + AUP con SRL + Terapia Medicamentosa (Diphenone

+ ASD | James Winchester

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Como, com respeito de factos de Clavícula D. De chegar ao local a vítima estava sentada e foi levada minado o capote. Redigido intervenções por regulado médica e encaminhado ao HUSC.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 Soro Ringer Lactado 01 APD
 01 Jaleco 02 Aodurcos
 01 Equipa
 01 Depressor

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA

☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ☐ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

- ☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS
- ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - AMBU)
- ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
- ☐ CRICOTIREOIDOTOMIA
- ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA
- ☐ INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL
- ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA
- ☐ OUTROS

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

01 SCL
 01 Depressor + APD + GU

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECLUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☒ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABEÇEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: R.G.:

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO:

CRM:

MAT:

ENFERMEIRO(A):

Nome: Mirabel Raposo de Lima

COREN:

266.353

MAT:

COREN AB

AUXILIAR TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

COREN:

MAT:

CONDUTOR:

COREN:

MAT:

Viago

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PRONTO SOCORRO

43

SEMPROR PREENHEVÉVEL PELO PREENHEVÉVEL		DATA		HORA		NÚMERO DO ATENDIMENTO	
JAQUIRIA DE O. LIMA		08/07/2020		16:51:01		114171	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
NOME		JOSE JOACILDO DE LIMA		NASCIMENTO		IDADE	
CPF		10187109494		18/09/1992		27	
ESTADO CIVIL		CASADO(A)		NACIONALIDADE		SEXO	
NOME DA MÃE		MARIA DO CEU PEREIRA		BOM SUCESSO - PB		M	
ENDEREÇO		RUA MACILON CAVALCANTE		NÚMERO		PARDA	
		588		SAO PAULO			
		CATOLÉ DO ROCHA - PB - 58854-000 - 2504306		TELEFONE			
		FORMA DE CHEGADA AO ATENDIMENTO		(81)96006-3639			
		ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL					
		X Francisco Guedes Bastos					
2 - SINAIS VITAIS							
PA		FC		PR		TEMP AXILAR	
120x90 mmHg		89 bpm		89		C 99 %	
3 - ACOPLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL	
1		2		3		4	
5		6		7		8	
9		10		11		12	
4 - ANAMNESE / EXAMES FÍSICOS							
Paciente vítima de acidente de moto, danificada no membro superior direito em ombro direito, apresenta leve contusão pós-traumática.							
5 - SERVIÇOS REALIZADO (FATURAMENTO)							
0301060029							

6 - EXAMES SOLICITADOS

☐	HEMOGRAMA+PLAQUETAS	☐	TGO + TGP	☐	PCR
☐	UREIA + CREATINA	☐	CKMB + CPK	☐	ELETCARDIOGRAMA
☐	GLICEMIA	☐	TROPONINA	☒	RAIO X de <u>coração</u> De <u>0</u>
☐	AMILASE	☐	EAS	☐	TOMOGRAFIA: _____
☐	OUTROS: _____				

7 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ SUTURA-TOTAL_____	☐ SOND VESICAL-TOTAL_____	☐ RET CORP ESTRA-TOTAL_____
☐ SNGISNE-TOTAL_____	☐ LAVAG GÁSTRICA-TOTAL_____	☐ DRENAG ABCESSO-TOTAL_____
☐ PARACENTESE-TOTAL_____	☐ NEBUL/INALAÇÃO-TOTAL_____	☐ CURATIVO SIMPLES-TOTAL_____
☐ OUTROS DESCRIÇÃO: _____		

8 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐	INTERNAME-TO-SETOR	☐	ESPECIALID. MÉDICA
--------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------

9 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Dexametasona + $AD \in V$ (ol) ampola 19.10

② framed 100 eng + 100 ml 50,91. € V. 17.10

10 - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

[illegible]

11 - ACOMPANHAMENTO DE SINAIS VITAIS

[illegible]

12. CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE

MOTIVO SAÍDA		REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA	
☐ ALTA MÉDICA	DATA: ____/____/____	UNIDADE DE DESTINO: _____	
☐ EVASÃO		CIDADE: _____	
☐ RECUSA DO TRATAMENTO		DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
☐ OUTRO			

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, JOSÉ JOACILDO DE LIMA, RG: 3.726.110 SSP/PB, Residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante - nº 588 - Loteamento: São Paulo – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo - CRM/12094, no dia 08 de julho de 2020. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto. foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida ficando em observação.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.


Bruno R. C. de Oliveira
Diretor Administrativo
Catolé do Rocha - PB

Thaiz Clea de Oliveira Medeiros

Diretor Geral

Mat. 188.655-0

Catolé do Rocha – PB, 13 de julho de 2020.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

P. 906



POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Agostinho de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CADA DA MISTIA DO BRASIL

Voltagem nominal
Para prevenir danos

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME

3.726.110

16/12/2008

JOSÉ JOACILDO DE LIMA

FILIAÇÃO

JOSE JOACY DE LIMA

MARIA DO CEU PEREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE

BOM SUCESSO-PB

DATA DE NASCIMENTO

18/09/1992

DOC ORIGEM

NASC.N.14 FLS.4 LIV.A 1

CARTORIO BOM SUCESSO-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

101.871.094-94

Nome

JOSE JOACILDO DE LIMA

Nascimento

18/09/1992





INTERPRINT LTDA.

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1290251151

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

NOME
JOSE JOACILDO DE LIMA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3726110 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
101.871.094-94 18/09/1992

FILIAÇÃO
JOSE JOACY DE LIMA
MARIA DO CEU PEREIRA
DOS SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05335684830

VALIDADE
03/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
25/10/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456360849
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0086903529-0 00/00000000 2019
 COD. RENAVAM 20190000533862-2 EXERCÍCIO

NOME JOSE JOACY DE LUNA

CPF / CNPJ 40031802320 PLACA MOU8829/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD03106R001048

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NAK150 BROS ESD ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2006

CAP. POT. / CIL. 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1° 00/00/0000

FADXA LIVRA PARCELAMENTO / COTAS 2° 00/00/0000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 ***** SEGURO P A G O 13/11/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
 NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL CATOLE DO ROCHA-PB DATA 29/11/2019

31623



Assinatura
 Assinatura do Titular do Veículo

19763

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456360849 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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 29/11/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 40031802320 PLACA MOU8829/PB

RENAVAM 00869035290 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. 2005 CAT. TARE 9 Nº CHASSI 9C2KD03106R001048

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 13/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-94

19763-0843005-20191129



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de Direito, que

José Francisco de Lira

encontra-se com

CID *S42.0*, necessitando ausentar-se de suas atividades

profissionais, por um período de

45 (quarenta e cinco)

2 (dois) dias, a partir desta data.

08 / 02 / 20

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

Médico CRM - Carimbro



Estado de Paraíba
Secretaria Estadual da Saúde
Hospital Regional de Caruaru - Reg. Dr. Antônio Mala de Vasconcelos
Cidade do Rioh - PE



GOVERNO
DA PARAÍBA



Secretaria de Saúde
do Estado de Paraíba

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: _____

CRM: _____ UF: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

Paciente: *Levi N. de Lima*

Endereço: *Quilombo do Boque - PZ*

Prescrição: *Uso Oral*

Amoxicilina 500mg - 63 ct.

18mm de 873h, na pla.

[Assinatura]

Data: *20/07/20*

Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo

Med

CRM/PB: 12054

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME COMPLETO: _____

IDENT.: _____ ÓRG. EMISSOR: _____

END.: _____

CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____ / _____ / 20 _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Sr.(a) José Tenório

== RECEITUÁRIO ==

Solicitado ?

Ino b.l. gasta por clarear

(ino b.l. gasta em 8)

09/04/20

[Signature]
Dr. Duval B. Cavalcante
~~Ortopedia e Traumatologia~~
CRM-PB 9248

Sr.(a)

Tere Teófilo

RECEITUÁRIO

Fx clavícula

ttto conservador

Retorno

23/07/20

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

FRANCINEIDE GUEDES BEZERRA
RUA MACILOM CAVALCANTE, 588 - LOT. SAO PAULO
CA - OLE DO ROCHA / P.S. CEP: 58884000 (A.G. 245)

CPF/CNPJ/RANI: 101.118.554-24

Grupo: CCNVECONOMAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RESMTCB1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Retiro: 2 - 245 - 130 - 5345 Nº Medidor: 00008671827



UNIDADE DE CONSUMO (kWh) (ORA 11C)



5/1707008-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017070087



VALOR DA FATURA
R\$ 76,42



VENCIMENTO
13/07/2020



REFERÊNCIA
Jul / 2020



CONSUMO
89kWh

2,78 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc ICMS (R\$)	Aliq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS/Colins (R\$)	PIS/Colins (R\$)
0601	Consumo em kWh	89	0,768810	70,18	70,18	25	17,54	70,18	0,73
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								3,36
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			7,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0999	BÔNUS ITAIPUL: 10438/2002/12/2019			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200251761

Data do acidente: 08/07/2020

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Catingueira

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data: 21/07/2020 14:50:25

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			240,00	240,00
Farmácias			43,00	43,00
Total da Análise Atual			283,00	283,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOSE JOACILDO DE LIMA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	283,00	283,00	283,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	283,00	283,00	283,00

TOTAL PLEITEADO: 283,00

TOTAL AVALIADO: 283,00

TOTAL PAGO + À PAGAR: 283,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198503/20

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

CPF: 101.871.094-94

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE JOACILDO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE JOACILDO DE LIMA : 101.871.094-94

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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