
Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180533310

Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180533310**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180533310

Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180533310

Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

713315 394 - 71

Nome completo da vítima

João Fernando M. dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Fernando M. dos Santos	713315 394 71	Recurso
Endereço	Número	Complemento
Rua Profeta da	50	
Bairro	Cidade	Estado
Chata Redonda	Alhandra	PA
Email	CEP	58320-000
	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 5033 DIV. 007 CONTA NRO. 007 028 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: NRO.
AGÊNCIA NRO. DIV. CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 12 de Novembro de 2018

Local e Data

JOÃO FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ag. OP C. PONRANCA

1033 023 107028-7

Jose Fernando Herces de Santis

12 NOV. 2013
PROTOCOLO
DE CORRESPONDENCIA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00587.01.2018.1.06.106



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00587.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Á(s) 09:32 horas do dia 19 de junho de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Renata Maria Teixeira Thorpe, Agente de Investigacao, matrícula 1820095, ao final assinado, compareceu **JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS**, RG nº 4427812 SDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Mecânico, filho(a) de Janira Maria das Merces dos Santos e Jose Inácio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Silvino Bezerra de Lima, Nº 110, complemento MATA REDONDA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Bar de Seu Bal, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-5406.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Silvino Bezerra de Lima, nº 110, Mata Redonda, Bar de Seu Bal, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/18 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, EM 18 DE MAIO DE 2018, POR VOLTA DAS 11HS, O COMUNICANTE ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO BAR DO TREVO, NA MATA REDONDA E FOI ATRAVESSAR A RUA E NÃO VIU QUANDO VINHA UMA CAÇAMBA E ACABOU ATINGINDO O COMUNICANTE NO LADO ESQUERDO; QUE, COM O CHOQUE O COMUNICANTE PERDEU A CONSCIÊNCIA E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, OCORRÊNCIA 2076193, E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVÍCULA.

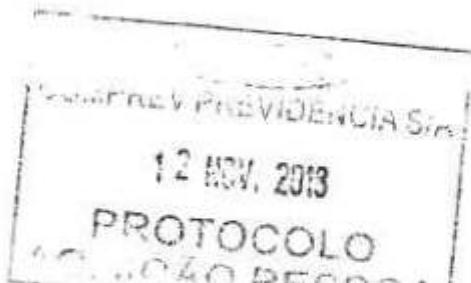
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

RENATA MARIA TEIXEIRA THORPE
Agente de Investigacao

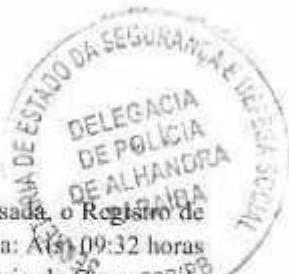
Alhandra/PB, 19 de junho de 2018.

JOSE FERNANDO MERCES SANTOS

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00587.01.2018.1.06.106



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00587.01.2018.1.06.106

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00587.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Às 09:32 horas do dia 19 de junho de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Renata Maria Teixeira Thorpe, Agente de Investigação, matrícula 1820095, ao final assinado, compareceu **JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS**, RG nº 4427812 SDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Mecânico, filho(a) de Janira Maria das Merces dos Santos e Jose Início dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Silvino Bezerra de Lima, nº 110, complemento MATA REDONDA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Bar de Seu Bal, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-5406.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Silvino Bezerra de Lima, nº 110, Mata Redonda, Bar de Seu Bal, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/18 11:00h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

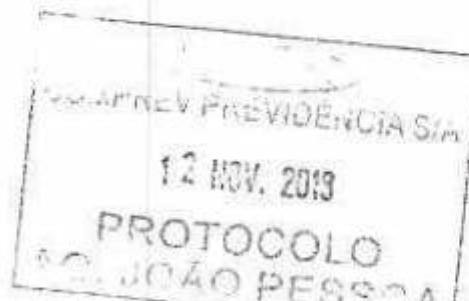
QUE, EM 18 DE MAIO DE 2018, POR VOLTA DAS 11HS, O COMUNICANTE ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO BAR DO TREVO, NA MATA REDONDA E FOI ATRAVESSAR A RUA E NÃO VIU QUANDO VINHA UMA CACAMBÁ E ACABOU ATINGINDO O COMUNICANTE NO LADO ESQUERDO; QUE, COM O CHOQUE O COMUNICANTE PERDEU A CONSCIÊNCIA E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, OCORRÊNCIA 2076193, E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVÍCULA.

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 fé.

RENATA MARIA TEIXEIRA THORPE
Agente de Investigação

Alhandra/PB, 19 de junho de 2018.

JOSE FERNANDO MERCES SANTOS
JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00587.01.2018.1.06.106



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Fernando Merles dos Santos

CPF da Vítima

713.315.394-71

Data do Acidente

28/05/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*PROTÓCOLO
LIGA 223*

José Fernando Merles dos Santos

Local e Data

JOSÉ FERNANDO MERLES DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SAMU

192

Alhandra
Prefeitura Municipal de Alhandra

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USA -

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
18/05/18 2026193		José Fernandes Meio dos Santos	39	
Local da Ocorrência				
		Bairro		
		Centro		
Após no Local:	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:			
QTA:	<input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recepção Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local pelo Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:			

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

TRAUMA CLÍNICO GINECO-OBSTÉTRICO
 TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DE
 OUTRO
 CINEMÁTICA:

-ANTECEDENTES

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIA (S):

ULTIMA ALIMENTAÇÃO:

VACINAS:

DESTINO

Local: _____

Responsável: _____

Função: _____

Local 2: _____

Responsável: Dr. Leônidas Soárez de Lima

CRM: 1173125

Função: _____

Dr. Gilmar R. Tavares
Médico
CRM-PB#2736

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)

Paciente vítima de atropelamento por Caminhão
 Motor, f/ alterações encefálicas, f/ lesão cervical
 Fim Respiratório f/ vítima de ferme, condicão de
 DADOS VITAIS

VVAA: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 bpm < 30 bpm PULSO RADIAL: Presente Ausente PAS: > 90 mm Hg < 90
 PA: 140x100 FC: 80 FR: 22 GLICEMIA: 109 E. Coroa: _____ SpO2 a/ O2: _____ SpO2 c/

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____

INTERVENÇÕES: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de atropelamento, realizado atendimento e regulado p/ hospital de trauma IP, seguir os cuidados de segue.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

MÉDICO: _____ CRM: _____

PROTÓCOLO PREV. PREVIDENCIAS /

COREN: _____

CONDUTOR: _____

/ENFERMEIRO:

12 NOV. 2013

RECUSA: _____

PROTÓCOLO

NOME: _____

REG. PESSOA

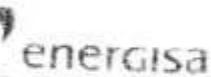
ASSINATURA: _____

TESTEMUNHAS: _____

JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS
RUA PROJETADA 879 / CASA - MATA REDONDA
ALHANDRA / PB CEP: 58220000 (AD: 18)

Emissao: 27/09/2018 Referencia: Set/2018

Classificacao: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B120, K125. Data Reportar: 10/10/2018
Roteiro: 12 - 22 - 320 - 2830 16 medidor: 0001108095



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

CAFE/09/095/10/10001-40 - HUE/16/016/230

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 012793.000

Cód. para Deb. Automático: 00011454048

Set / 2018

21/09/2018

23/10/2018

93.333,904,64

pac. ext.

UC (Unidade Consumidora):

5/1145404-8

DATA LIGACAO DATA CEDURA
23/08/18 17408 21/09/18 17536

1 121 28

0601 Consumo em kWh 127.000 0,819430 104,08 104,08 27 28,06 104,08 0,84 2,57
0601 Atoz B. Vermelha 9,27 9,27 27 2,50 9,27 0,07 0,34

CC: Código de Classificação do item TOTAL 112,33 113,33 30,59 113,33 0,91 4,21

Média últimos meses (kWh)

153

VENCIMENTO

28/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 113,33

130 | 149 | 148 | 152 | 179 | 181 | 156 | 189 | 158 | 154 | 145 | 120
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCAL

9946.5d6c.cf7c.e2a1.d812.aad1.ebac.9393

DIMENSIAL 8,15 2,37
DICTRIMESTRAL 12,00 2,37
DICANUAL 24,88 220
FICMENSAL 3,61 1,00
FICTRIMESTRAL 7,22 202
FICANUAL 14,45 202
DNC 3,83 2,37
DICR 12,22 2,37

NOMINAL
CONTRATADA
LIMITESUPERIOR
LIMITESUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia	26,32	22,72
Consumo de Energia	42,37	37,36
Imposto de Transmissão	3,94	3,46
Encargos Sistêmicos	5,38	4,69
Impostos Diretos e Encargos	36,71	31,91
Outros Serviços	5,00	0,00
Total	113,33	100,00

Valor do BCU: R\$ 17,20 / R\$ 10,67

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/18-Res. ANEEL nº 2439-Baixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/18-Res. ANEEL nº 2439-Alta Tensão 16,75% Médio

Petras em atraso

12 NOV. 2018
PROTOCOLO
PR

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Documento não é sujeito a impostos de compra

Valido para compra / pagamento da conta de energia elétrica N° 012.746.571



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av 250, Km 23 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-460
CNPJ 24.982.103/0001-40 - INSC. FIS. 16.872.234

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA QUARTE 1ST SALA 05
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

20/09/2018

CONSUMO

192

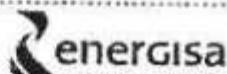
VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

Acesse: www.energisa.com.br



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotativo: 12-005-252-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/09/2018	R\$ 178,94	1698358-252-094

12 SET 2018
PROTÓCOLO
EM PRAZO

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Alcioneira Lacerda Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Fernando M. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 713 315 394-73 do sinistro de DPVAT cobertura sem Validez da Vítima Jose Fernando M. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 713 315 394-73 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Agente Fiscal</u>	<u>Jose R. Duarte</u>	<u>157</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Mangabeira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PE</u>	<u>58096-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>99305-5362</u>	<u>98663-2900</u>

Alcioneira Lacerda Duarte
Local e Data

Alcioneira Lacerda Duarte
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	11/01/99
NOME DA MÃE	JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.082.942
DATA DO ATENDIMENTO	18/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO LÁBIO SUPERIOR
CID 10	S01.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência, com ferimento contuso em lábio superior, torax e abdômen sem alterações.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento.

ALTA HOSPITALAR: 18/05/18

DATA DA EMISSÃO: 24/07/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2328/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

12 NOV. 2013
PROTÓCOLO
ADM. DE APESI

CRI → NCR/B.M.F.



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 88 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1082942



Identificação do paciente

ID 1290047	Nome JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19 anos 4 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Promotor
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS				Paiz JOSE INACIO DOS SANTOS
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) JANIRA MARIA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 891355406	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Crns.		
Local de procedência ALHANDRA				Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		

Endereço

CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro SILVINO BEZERRA DE LIMA
Número 110	Complemento	Bairro MATA REDONDA	

Admissão

Data e Hora 18/05/2018 12:52:07	Número da pulseira 1000005988578	Convenio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

12 NOV. 2013

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

paciente jovem, 130cm de altura, peso 60kg. O paciente apresenta lesões de contusão, lesões de perfuração e perfuração. Radiografia, ultrassom

Diagnóstico

Fractura
2018-05-18
00:43:015

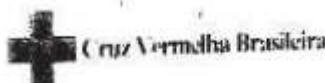
CID

Atendido por
FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

Tempo
03min 29seg

Imprimir

Dr. Leônidas Almeida de Lima
CIRURGIA GERAL/INTENSIVO/CIRURGIA



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS		BAE 1082942	Data/Hora Entrada 18/05/2018 12:52:07	Data Baixa
Data de nascimento 11/01/1999		Idade 19a 4m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991355406
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS		Bairro MATA REDONDA	Município ALHANDRA	Prontuário
Endereço SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110			Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição 18/05/2018 13:10:58	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2018 12:55:46				

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM PERDA MOMENTÂNEA DA CONSCIÊNCIA (NÃO SE RECORDA DO ACIDENTE); APRESENTA FERIMENTO NO LÁBIO SUPERIOR. EXAME FÍSICO DO TÓRAX E ABDÔMEN SEM ANORMALIDADES.

CONDUTA:

1. TC DE CRÂNIO;
2. PARECER DA NCR/B.M.F.;
3. ALTA DA CIRURGIA GERAL

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição	DATA DE PRESCRIÇÃO
T14.9	Traumatismo não especificado	12/05/2018

Conduta

Em observação

PROTÓCOLO

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

LEONARDO SOARES DE LIMA
(: 2170/PB)


AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS		1082942	18/05/2018 12:52:07	
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19a 4m 7d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991355406
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS				Prontuário
Endereço SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110		Bairro MATA REDONDA	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional RUI MEDEIROS JUNIOR	Nº Cons. Regional 5518/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2018 12:55:46			Data/Hora Prescrição 18/05/2018 14:54:11	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO SEM USAR CAPACETE COM HISTÓRICO DE DESMAIO, NEGA VÔMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE (SIC). AFIRMA VACINAÇÃO ATUALIZADA.

NO MOMENTO EM BEG. LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL, EM MACA.

AO EXAME FÍSICO EDEMA + EQUIMOSE PERIORBITÁRIO (E), EDEMA + FCC EM MUCOSA DE LÁBIO SUPERIOR, ACUIDADE VISUAL + MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCCLUSÃO MANTIDA.

TC: NÃO OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD: 1- SUTURA 2-ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÃO PARA CASA 3- ALTA BMF 4- AOS CUIDADOS DA NCR

CID10

Código	Descrição
S01.5	Ferimento do lábio e da cavidade oral
S01.5	Ferimento do lábio e da cavidade oral

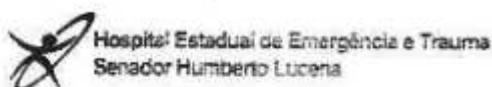
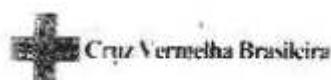
Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS



 RUI MEDEIROS JUNIOR
 (5518/PB)



AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS		BAE 1082942	Data/Hora Entrada 18/05/2018 12:52:07	Data Baixa 2018-05-18 16:40:33.0
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19a 4m 7d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991355406
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS				Prontuário
Endereço SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110		Bairro MATA REDONDA	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Nº Cons. Regional 7650/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2018 12:55:46		Data/Hora Prescrição 18/05/2018 16:40:37		

Anamnese

#NCR

#ACIDENTE MOTOCICLISTICO

#GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS APARENTEIS

#TCC SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TCE

#NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

#CD: ALTA NCR

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
18/05/2018 16:40:33

Observações

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
(CRM: 7650/PB)



Data: 18/05/18 13:11
 Usuário: LEONARDO
 Boletim 1082942

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS		Data de 11/01/1999	Idade 19a 4m 7d	Sexo MASCULINO	Nº 1082942	Nº Prontuário 18/05/2018 13:10:58	
Motivo do Atendimento Enfermaria / alto		Validade da Prescrição 18/05/2018 13:11:00 - 19/05/2018 13:11:00					
Convenio SUS		Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apagamento
1 DIETA ZERO	0,0			NENHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	500,0	ML	EV.		AGORA		

18 de Maio de 2018

Assinatura e Carimbo do Profissional

LEONARDO SOARES DE LIMA

CRM: 2170

 PROTOCOLO
18 MAI. 2018
PROVIMENTO
CARTA DE REFERENCIAS



Atendimento: 201831319605

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data Exame: 18/05/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

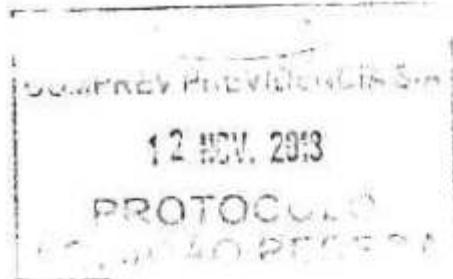
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal na região frontal e periorbitaria esquerda.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 19/05/2018 13:43.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

Atendimento: 201831329406

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

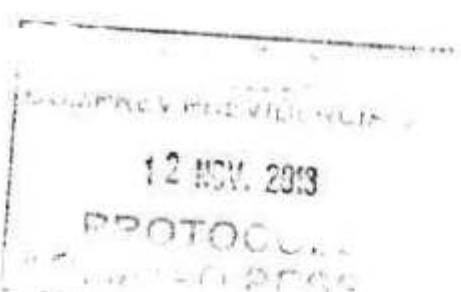
Data Exame: 23/05/2018

RADIOGRAFIA CLAVÍCULA ESQUERDA

Fratura do terço médio da clavícula a esquerda.

Demais estruturas ósseas íntegras

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 23/05/2018 12:03.


Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB



Atendimento: 201831329406

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data Exame: 23/05/2018

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

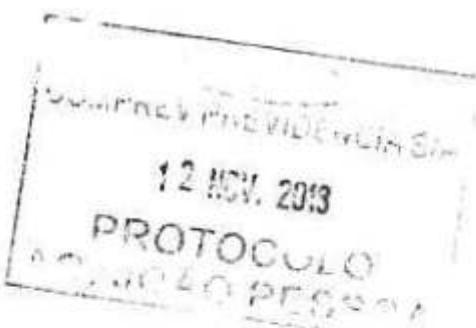
Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca de configuração anatômica normal.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 23/05/2018 12:04.




Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.427.813	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/05/2016
NOME	JOSÉ FERNANDO MERCES DOS SANTOS		
FILIAÇÃO	JOSÉ INÁCIO DOS SANTOS JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS		
NATURALIDADE	DATA DE NATALIMENTO		
DOC. ORIGINAL	11/01/1990		
DOC. NASC.	NASC. N. 15129 FLS. 218 LIV. A15		
DOC. CARTÓRIO	CARTÓRIO ALHANDRA-PB		
DOC. FISCAIS	713.315.394-71	LEIA	ABR 2013
DOC. DIREITO CIVIL	RUA DIREITO CIVIL		

ABR 2013

LEIA



12 NOV. 2013
PROTÓCOLO
JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533310 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: HEMATOMA SUBGALEAL.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Fernando Mérceas dos Santos,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
mechanico, CI RG nº 4.427.813,
CPF/MF nº 713.315.399-71 residente e domiciliado(a) à Rua
R. Presidente 51N. casa - Mata Redonda,
Cidade de Alhandra, Estado
Paraíba, CEP: 5832 0000, telefone
99105-5363, 98663-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

12 NOV. 2013

PROTÓCOLO

de 20 58.

Alhandra/PB, 01 de outubro

JOSE FERNANDO MERCEAS DOS SANTOS

CARTÓRIO DE
MATA REDONDA

OUTORGANTE

CARTÓRIO RCPN DE MATA REDONDA

Rua Fco José da Costa, S/N, Mata Redonda, Alhandra - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE FERNANDO MERCEAS DOS SANTOS

Dou fl. Alhandra/PB - 01/10/2018

Substituta: Luanna Ferreira Mendes Lira

Selo Digital: AGW80127-NE9Q

Consulte a autenticidade em <https://scodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,10 FARPEI R\$ 0,28 MP R\$ 0,00 FEPJ R\$ 2,22

Luanna Ferreira Mendes Lira

