



Número: **0801718-21.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.012,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RONALDO DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37913818	16/12/2020 11:56	2773911_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709344 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA. P5
LUXAÇÃO TRANSESCAFOPERISEMILUNAR À ESQUERDA. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P4/6
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709344

Vítima: RONALDO DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO DA SILVA

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 15283066





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, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190709344

Vítima: RONALDO DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **RONALDO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001444-3**

Conta: **000001000441-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

70042134473

4 - Nome completo da vítima:

Renaldo da Silva

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

5 - Nome completo:

Renaldo da Silva

6 - CPF:

70042134473

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R- Celina Pinto

9 - Número:

539

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ardeente F

12 - Cidade:

Guarabira

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58200-000

15 - E-mail:

(83) 986634900

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\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ 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)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3444

3

CONTA: 3000-441

1

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 6.194/74, 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 nascituro (vai nascer)?

☐ 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 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 legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 12/12/19

Renaldo da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 11:56:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161156125260000036164177

Número do documento: 2012161156125260000036164177

poupança





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13899.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13899.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:01 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Ronaldo da Silva**, CPF nº 700.421.344-71, nacionalidade brasileira, profissão Estudante, filho(a) de Joseany Barbosa da Silva e Renato da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 07/02/1994 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Celina Pinto, Nº 534, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de Guarabira/PB, telefone(s) para contato (83) 98655-8205.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 103, Saida Para o Distrito de Tabuleiro., Bananeiras/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 30/08/19 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

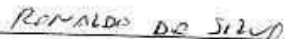
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 30/08/2019 por volta das 15:00 horas quando transitava, pelo PB 103; município de Bananeiras-PB; com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI ano e modelo: 2016/2016, de cor vermelha de placa: QFQ1876/PB CHASSI: 9C2KC2200GR079719 pertencente ao Sr. JOSÉ ROMUALDO DA SILVA portador do CPF: 092.399.504-86; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando se desistiu e sobrou numa curva, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros para o HOSPITAL CLOVIS BEZERRA (HOSPITAL LOCAL) sendo transferido, em seguida, ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO RESUMO DE ALTA, FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA + FRATURA ESTILOIDE DO RÁDIO ESQUERDO + LUXAÇÃO DO SEMILUNAR DA MÃO ESQUERDA.: CID S52.5 + S52.2 + S63.0, conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. Klênio F. da Nóbrega CRM 11.094 PB.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de dezembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


RONALDO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 13899.01.2019.1.00.401





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:

70042134473

4 - Nome completo da vítima:

Renaldo da Silva

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

5 - Nome completo:

Renaldo da Silva

6 - CPF:

70042134473

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R- Gelina Pinto

9 - Número:

539

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Ardeente F

12 - Cidade:

Guarabira

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58200-000

15 - E-mail:

(83) 986634900

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\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ 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)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3444

3

CONTA:

3000441

1

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 6.194/74, 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 nascituro (vai nascer)?

☐ 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 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 legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 12/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 11:56:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161156125260000036164177

Número do documento: 2012161156125260000036164177

Num. 37913818 - Pág. 7

pourance



URA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-534 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 257898 Atd: Nao Reguiagu
Data: 30/08/2019
Hora: 18:35:57
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: RONALDO DA SILVA Num. Prontuario: 2019.08.003450
CNS: 702508373790434 Sexo: M IDENTIDADE: 325734242 Fone: 986558205
Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 07/02/1994 Id: 25 ano(s)
End.: CONJUNTO MAJO AUGUSTO RIBEIRO, 00
Dirro: CENTRO Cidade: BANANEIRAS UF: PB
Mae: JOSEANY BARBOSA DA SILVA Pai: RENATO DA SILVA
Ocupação: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
FORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Prof.: ENFERMEIRA KATIANNE AMALHO
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL CLOVIS BEZERRA

Transporte utilizado: QUEDA DE MOTO EM BANANEIRAS HJ AS 15/ HS
Vítima de acidente por: TAVA NO HORARIO DE TRABALHO COND VEIO DE AMBULANCIA
Vítima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICoes DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Nível de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [X] Aparentemente Bem [] Grave
PC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
APRESENTANDO LUXACAO DE PUNHO E NEGA ALERGIA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Ampl. 4 unts sobre a mesa

Diagnostico *SE Humerou AS 17.00.* Conduta

Prescricao

Queda de moto com trauma em punho (E)
GPO: *EDUA +*
ARM BOM PESSADA
NU. OK.
Rx do punho: Luxação bilateral grau IV.
ED: ① imob ② C.C para redução

SE. SEABRA
25/08/2019
TA



data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IT

Ronaldo da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01444-3

CONTA: 000001000441-1

Nr. Autenticação

BRADESCO00201202005000000000023701444000001000441236250 PAGO



energisa

ENERGIA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Tr 200, Km 25 - Cuito Repente - Jussara Petros / PB - CEP 5607-500
CNPJ 06.926.123/0001-41 - Tel: (41) 312.800.0

Nota Fiscal! Contato Energia Elétrica VT31 119 954
Cód. para Déb. Automático: 00004297342

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	16/09/2019	16/10/2019	031.044.714-38

UC (Unidade Consumidora): 5/429734-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (a chancela da Lei nº 10.498, de 29.08.2002)
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Superação em saúde.gov.br/vacinebrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/09/19	12895	18/09/19	14127		132	32
Demonstrativo						
CGI	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base (Cál. Atk. e ITR)	Base Calc. PIS/COF	Outros
		Tributos (TAXA)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
5501	Consumo até 30kW-h-BR	30,000	0,25500	7,65 27	2,33	0,69
5501	Consumo - 31 a 100kW-h-BR	79,330	0,47280	37,65 27	9,92	0,29
5501	Consumo - 101 a 220kW-h-BR	52,330	0,70845	37,07 27	6,12	0,22
5501	Ad. B Vermelho		4,81	4,81 27	1,31	0,64
0515	Subsidio		42,35	42,35 27	11,82	9,42
CANCELAMENTOS E EMBARGOS						
5557	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA		1,55	1,55 0	0,00	0,00
5554	JURIS DE MORA 2019		3,79	3,79 0	0,00	0,00
5505	MULTA 05/2019		1,55	0,00 0	0,00	0,00
3308	Devolução Subsídio		-13,37	3,00 0	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	9,98	111,79%	30,17	111,79%	2,10	9,10
Tarifa de Tributos:	Até 300 kWh 0,194910	Até 150 kWh 0,318550	Até 2200 kWh 0,477810				

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
23/09/2019	R\$ 91,96

Histórico de Consumo (kWh)

153	152	150	147	100	101	143	155	141	142	142	129
May18	Apr18	Nov18	Dec18	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18

STEFANO ALDO

e0ff ff61.1a72.e548.666c.50c1.930f.4d75

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Junho-18

Limites da Amostra			Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%	
Limites da Amostra	Apurado						
NOMINAL	19,91	0,00	NOMINAL	200	Tensão de Part. da Energia PS	18,89	19,46
TRANSFORM. 1	19,73				Capacidade de Energia	24,35	26,48
TRANSFORM. 2	20,84				Redução de Tensão	1,25	1,71
TRANSFORM. 3	20,40				Energia Sotida	45,45	46,77
TRANSFORM. 4	19,66				Impedância de Energia	5,00	8,83
TRANSFORM. 5	19,68	0,00	CONSTATADA	LM INFERIOR	LIMITE SUPERIOR		
TRANSFORM. 6	19,68						
TRANSFORM. 7	19,68						
TRANSFORM. 8	19,68						
TRANSFORM. 9	19,68						
TRANSFORM. 10	19,68	0,00					
TRANSFORM. 11	19,68						
TRANSFORM. 12	19,68						
TRANSFORM. 13	19,68						
TRANSFORM. 14	19,68						
TRANSFORM. 15	19,68	0,00					
TRANSFORM. 16	19,68						
TRANSFORM. 17	19,68						
TRANSFORM. 18	19,68						
TRANSFORM. 19	19,68						
TRANSFORM. 20	19,68	0,00					
TRANSFORM. 21	19,68						
TRANSFORM. 22	19,68						
TRANSFORM. 23	19,68						
TRANSFORM. 24	19,68						
TRANSFORM. 25	19,68	0,00					
TRANSFORM. 26	19,68						
TRANSFORM. 27	19,68						
TRANSFORM. 28	19,68						
TRANSFORM. 29	19,68						
TRANSFORM. 30	19,68	0,00					
TRANSFORM. 31	19,68						
TRANSFORM. 32	19,68						
TRANSFORM. 33	19,68						
TRANSFORM. 34	19,68						
TRANSFORM. 35	19,68	0,00					
TRANSFORM. 36	19,68						
TRANSFORM. 37	19,68						
TRANSFORM. 38	19,68						
TRANSFORM. 39	19,68						
TRANSFORM. 40	19,68	0,00					
TRANSFORM. 41	19,68						
TRANSFORM. 42	19,68						
TRANSFORM. 43	19,68						
TRANSFORM. 44	19,68						
TRANSFORM. 45	19,68	0,00					
TRANSFORM. 46	19,68						
TRANSFORM. 47	19,68						
TRANSFORM. 48	19,68						
TRANSFORM. 49	19,68						
TRANSFORM. 50	19,68	0,00					
TRANSFORM. 51	19,68						
TRANSFORM. 52	19,68						
TRANSFORM. 53	19,68						
TRANSFORM. 54	19,68						
TRANSFORM. 55	19,68	0,00					
TRANSFORM. 56	19,68						
TRANSFORM. 57	19,68						
TRANSFORM. 58	19,68						
TRANSFORM. 59	19,68						
TRANSFORM. 60	19,68	0,00					
TRANSFORM. 61	19,68						
TRANSFORM. 62	19,68						
TRANSFORM. 63	19,68						
TRANSFORM. 64	19,68						
TRANSFORM. 65	19,68	0,00					
TRANSFORM. 66	19,68						
TRANSFORM. 67	19,68						
TRANSFORM. 68	19,68						
TRANSFORM. 69	19,68						
TRANSFORM. 70	19,68	0,00					
TRANSFORM. 71	19,68						
TRANSFORM. 72	19,68						
TRANSFORM. 73	19,68						
TRANSFORM. 74	19,68						
TRANSFORM. 75	19,68	0,00					
TRANSFORM. 76	19,68						
TRANSFORM. 77	19,68						
TRANSFORM. 78	19,68						
TRANSFORM. 79	19,68						
TRANSFORM. 80	19,68	0,00					
TRANSFORM. 81	19,68						
TRANSFORM. 82	19,68						
TRANSFORM. 83	19,68						
TRANSFORM. 84	19,68						
TRANSFORM. 85	19,68	0,00					
TRANSFORM. 86	19,68						
TRANSFORM. 87	19,68						
TRANSFORM. 88	19,68						
TRANSFORM. 89	19,68						
TRANSFORM. 90	19,68	0,00					
TRANSFORM. 91	19,68						
TRANSFORM. 92	19,68						
TRANSFORM. 93	19,68						
TRANSFORM. 94	19,68						
TRANSFORM. 95	19,68	0,00					
TRANSFORM. 96	19,68						
TRANSFORM. 97	19,68						
TRANSFORM. 98	19,68						
TRANSFORM. 99	19,68						
TRANSFORM. 100	19,68	0,00					
TRANSFORM. 101	19,68						
TRANSFORM. 102	19,68						
TRANSFORM. 103	19,68						
TRANSFORM. 104	19,68						
TRANSFORM. 105	19,68	0,00					
TRANSFORM. 106	19,68						
TRANSFORM. 107	19,68						
TRANSFORM. 108	19,68						
TRANSFORM. 109	19,68						
TRANSFORM. 110	19,68	0,00					
TRANSFORM. 111	19,68						
TRANSFORM. 112	19,68						
TRANSFORM. 113	19,68						
TRANSFORM. 114	19,68						
TRANSFORM. 115	19,68	0,00					
TRANSFORM. 116	19,68						
TRANSFORM. 117	19,68						
TRANSFORM. 118	19,68						
TRANSFORM. 119	19,68						
TRANSFORM. 120	19,68	0,00					
TRANSFORM. 121	19,68						
TRANSFORM. 122	19,68						
TRANSFORM. 123	19,68						
TRANSFORM. 124	19,68						
TRANSFORM. 125	19,68	0,00					
TRANSFORM. 126	19,68						
TRANSFORM. 127	19,68						
TRANSFORM. 128	19,68						
TRANSFORM. 129	19,68						
TRANSFORM. 130	19,68	0,00					
TRANSFORM. 131	19,68						
TRANSFORM. 132	19,68						
TRANSFORM. 133	19,68						
TRANSFORM. 134	19,68						
TRANSFORM. 135	19,68	0,00					
TRANSFORM. 136	19,68						
TRANSFORM. 137	19,68						
TRANSFORM. 138	19,68						
TRANSFORM. 139	19,68						
TRANSFORM. 140	19,68	0,00					
TRANSFORM. 141	19,68						
TRANSFORM. 142	19,68						
TRANSFORM. 143	19,68						
TRANSFORM. 144	19,68						
TRANSFORM. 145	19,68	0,00					
TRANSFORM. 146	19,68						
TRANSFORM. 147	19,68						
TRANSFORM. 148	19,68						
TRANSFORM. 149	19,68						
TRANSFORM. 150	19,68	0,00					
TRANSFORM. 151	19,68						
TRANSFORM. 152	19,68						
TRANSFORM. 153	19,68						
TRANSFORM. 154	19,68						
TRANSFORM. 155	19,68	0,00					
TRANSFORM. 156	19,68						
TRANSFORM. 157	19,68						
TRANSFORM. 158	19,68						
TRANSFORM. 159	19,68						
TRANSFORM. 160	19,68	0,00					
TRANSFORM. 161	19,68						
TRANSFORM. 162	19,68						
TRANSFORM. 163	19,68						
TRANSFORM. 164	19,68						
TRANSFORM. 165	19,68	0,00					
TRANSFORM. 166	19,68						
TRANSFORM. 167	19,68						
TRANSFORM. 168	19,68						
TRANSFORM. 169	19,68						
TRANSFORM. 170	19,68	0,00					
TRANSFORM. 171	19,68						
TRANSFORM. 172	19,68						
TRANSFORM. 173	19,68						
TRANSFORM. 174	19,68						
TRANSFORM. 175	19,68	0,00					
TRANSFORM. 176	19,68						
TRANSFORM. 177	19,68						
TRANSFORM. 178	19,68						
TRANSFORM. 179	19,68						
TRANSFORM. 180	19,68	0,00					
TRANSFORM. 181	19,68						
TRANSFORM. 182	19,68						
TRANSFORM. 183	19,68						
TRANSFORM. 184	19,68						
TRANSFORM. 185	19,68	0,00					
TRANSFORM. 186	19,68						
TRANSFORM. 187	19,68						
TRANSFORM. 188	19,68						
TRANSFORM. 189	19,68						
TRANSFORM. 190	19,68	0,00					
TRANSFORM. 191	19,68						
TRANSFORM. 192	19,68						
TRANSFORM. 193	19,68						
TRANSFORM. 194	19,68						
TRANSFORM. 195	19,68	0,00					
TRANSFORM. 196	19,68						
TRANSFORM. 197	19,68						
TRANSFORM. 198	19,68						
TRANSFORM. 199	19,68						
TRANSFORM. 200	19,68	0,00					
TRANSFORM. 201	19,68						
TRANSFORM. 202	19,68						
TRANSFORM. 203	19,68						
TRANSFORM. 204	19,68						
TRANSFORM. 205	19,68	0,00					
TRANSFORM. 206	19,68						
TRANSFORM. 207	19,68						
TRANSFORM. 208	19,68						
TRANSFORM. 209	19,68						
TRANSFORM. 210	19,68	0,00					
TRANSFORM. 211	19,68						
TRANSFORM. 212	19,68						
TRANSFORM. 213	19,68						
TRANSFORM. 214	19,68						
TRANSFORM. 215	19,68	0,00					
TRANSFORM. 216	19,68						
TRANSFORM. 217	19,68						
TRANSFORM. 218	19,68						
TRANSFORM. 219	19,68						
TRANSFORM. 220	19,68	0,00					
TRANSFORM. 221	19,68						
TRANSFORM. 222	19,68						
TRANSFORM. 223	19,68						
TRANSFORM. 224	19,68						
TRANSFORM. 225	19,68	0,00					
TRANSFORM. 226	19,68						
TRANSFORM. 227	19,68						
TRANSFORM. 228	19,68						
TRANSFORM. 229	19,68						
TRANSFORM. 230	19,68	0,00					
TRANSFORM. 231	19,68						
TRANSFORM. 232	19,68						
TRANSFORM. 233	19,68						
TRANSFORM. 234	19,68						
TRANSFORM. 235	19,68	0,00					
TRANSFORM. 236	19,68						
TRANSFORM. 237	19,68						
TRANSFORM. 238	19,68						
TRANSFORM. 239	19,68						
TRANSFORM. 240	19,68	0,00					
TRANSFORM. 241	19,68						
TRANSFORM. 242	19,68						
TRANSFORM. 243	19,68						
TRANSFORM. 244	19,68						
TRANSFORM. 245	19,68	0,00					
TRANSFORM. 246	19,68						
TRANSFORM. 247	19,68						
TRANSFORM. 248	19,68						
TRANSFORM. 249	19,68						
TRANSFORM. 250	19,68	0,00					
TRANSFORM. 251	19,68						
TRANSFORM. 252	19,68						
TRANSFORM. 253	19,68						
TRANSFORM. 254	19,68						
TRANSFORM. 255	19,68	0,00					
TRANSFORM. 256	19,68						
TRANSFORM. 257	19,68						
TRANSFORM. 258	19,68						
TRANSFORM. 259	19,68						
TRANSFORM. 260	19,68	0,00					
TRANSFORM. 261	19,68						
TRANSFORM. 262	19,68						
TRANSFORM. 263	19,68						
TRANSFORM. 264	19,68						
TRANSFORM. 265	19,68	0,00					
TRANSFORM. 266	19,68						
TRANSFORM. 267	19,68						
TRANSFORM. 268	19,68						
TRANSFORM. 269	19,68						
TRANSFORM. 270	19,68	0,00					
TRANSFORM. 271	19,68						
TRANSFORM. 272	19,68						
TRANSFORM. 273	19,68						
TRANSFORM. 274	19,68						
TRANSFORM. 275	19,68	0,00					
TRANSFORM. 276	19,68						
TRANSFORM. 277	19,68						
TRANSFORM. 278	19,68						
TRANSFORM. 279	19,68						
TRANSFORM. 280	19,68	0,00					
TRANSFORM. 281	19,68						
TRANSFORM. 282	19,68						
TRANSFORM. 283	19,68						
TRANSFORM. 284	19,68						
TRANSFORM. 285	19,68	0,00					
TRANSFORM. 286	19,68						
TRANSFORM. 287	19,68						
TRANSFORM. 288	19,68						
TRANSFORM. 289	19,68						
TRANSFORM. 290	19,68	0,00					
TRANSFORM. 291	19,68						
TRANSFORM. 292	19,68						
TRANSFORM. 293	19,68						
TRANSFORM. 294	19,68						
TRANSFORM. 295	19,68	0,00					
TRANSFORM. 296	19,68						
TRANSFORM. 297	19,68						
TRANSFORM. 298	19,68						
TRANSFORM. 299	19,68						
TRANSFORM. 300	19,68	0,00					
TRANSFORM. 301	19,68						
TRANSFORM. 302	19,68						
TRANSFORM. 303	19,68						
TRANSFORM. 304	19,68						
TRANSFORM. 305	19,68	0,00					
TRANSFORM. 306	19,68						
TRANSFORM. 307	19,68						
TRANSFORM. 308	19,68						
TRANSFORM. 309	19,68						
TRANSFORM. 310	19,68	0,00					
TRANSFORM. 311	19,68						
TRANSFORM. 312	19,68						
TRANSFORM. 313	19,68						
TRANSFORM. 314	19,68						
TRANSFORM. 315	19,68	0,00					
TRANSFORM. 316	19,68						
TRANSFORM. 317	19,68						
TRANSFORM. 318	19,68						
TRANSFORM. 319	19,68						
TRANSFORM. 320	19,68	0,00					
TRANSFORM. 321	19,68						
TRANSFORM. 322	19,68						
TRANSFORM. 323	19,68						
TRANSFORM. 324	19,68						
TRANSFORM. 325	19,68	0,00					
TRANSFORM. 326	19,68						
TRANSFORM. 327	19,68						
TRANSFORM. 328	19,68						
TRANSFORM. 329	19,68						
TRANSFORM. 330	19,68	0,00					
TRANSFORM. 331	19,68						
TRANSFORM. 332	19,68						
TRANSFORM. 333	19,68						
TRANSFORM. 334	19,68						
TRANSFORM. 335	19,68	0,00					
TRANSFORM. 336	19,68						
TRANSFORM. 337	19,68						
TRANSFORM. 338	19,68						
TRANSFORM. 339	19,68						
TRANSFORM. 340	19,68	0,00					
TRANSFORM. 341	19,68						
TRANSFORM. 342	19,68						
TRANSFORM. 343	19,68						
TRANSFORM. 344	19,68						
TRANSFORM. 345	19,68	0,00					

Manuscript received 12/23/09; accepted 1/25/10

ATENÇÃO

Sua Unidade foi formada como Bateria Tendo um ganho de R\$ 29,97
Reajuste Tático - Agência 28/01/13 - Res ANCEL Nº 2.596 - taxa Tendo - 4,30% Médio
Reajuste Tático - Agência 28/01/13 - Res ANCEL Nº 2.596 - taxa Tendo - 4,22% Médio

Faturas em atraso

ANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE A BANCO DO BRASIL

0190.00009 02624.912008 06247.593178 1 80210000008196

TOMADOR JOSEANY BARBOSA DA SILVA - CPF/CNPJ 031.044.714-38
FLÁCELIA PINTO 534 - NORCENTE I - GUARABIRA / FONE 50200000

Assinatura	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
249120006241553	009429734201906	25/09/2019	R\$ 31,98	

E INEFICAZO ENERGISA PARA BA - OFICINA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.953.330/0001-40
E 230 Km 25 - Distrito Redentor - Jato Preto - PB - CEP 52071-987

/ Jencia / Código do beneficiário: 3064-3/2047-1



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 21 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58055-294 (RG 5)

energisa

Ligação: MONOFASICO
Classe: COMERCIAL / COMERCIAL - COMERCIAL
Ponto: 12.5.202-425
Medidor: 0000895/521

ENERGISA PARA EST. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-200, Km 25 - Cid. de Pedreiras - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 06.951.831/0001-40 - Insc. Est. 15.416.322-0

Nota Fiscal / Carta de Energia: ENERGISA Nº 04.528.949
Cód. para Dab. Automático: 00016582011

Nov / 2019

20/11/2019

19/12/2019

010.942.224-46

Insc. Est.

Selecione a grade e o dia de leitura. Fique atento ao calendário de
votação e ao prazo.

Data	Leitura	Data	Leitura						
21/10/19	8882	20/11/19	8857						
Out	Descrição	Consumo (kWh)	Valor Base (R\$)	Imposto de Renda (R\$)	Imposto de Renda (R\$)	Imposto de Renda (R\$)	Imposto de Renda (R\$)	Imposto de Renda (R\$)	Imposto de Renda (R\$)
20/11	Consumo em kWh	254,000 0,773850	204,83	204,83	15	51,31	234,53	1,73	7,82
0001	Adic. B. Amarela		1,74	1,74	25	0,43	1,74	0,01	0,06
0001	Adic. B. Vermelha		10,28	10,28	25	2,57	10,28	0,02	0,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA		13,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

Cód. Código de Classificação do Item TOTAL 229,87 216,66 54,21 216,38 1,83 8,38
Tarifas Totais 0,545400

Valor a pagar em R\$ 27/11/2019 R\$ 229,87

Nov/19 Dez/19 Jan/20 Feb/20 Mar/20 Abr/20 Mai/20 Jun/20 Jul/20 Ago/20 Set/20 Out/20

37b6.1ac7.d42c.65c1.f4a1.472a.dcd2.c616

Discriminação				Valor (R\$)	%
Emissão de Dct de Energia				55,64	24,21
Cargos de Energia				80,10	34,88
Serviço de Transmissão				8,43	3,67
Encargos de Energia				0,24	0,10
Impostos, Ponto e Encargos				77,40	33,88
Outros Serviços				0,30	0,13
Total				229,87	100,00

Valor em USD (R\$ 01/01/19) R\$ 19,17

AVISO: Permanência em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a reavaliados, a suspensão
do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o vencimento do prazo de
30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Letura confirmada

Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07475.127176 5 80860000022987

PAQUETE JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CPF 031.942.224-46
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 21 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB CEP: 58055-294

Nosso Nr	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502442007475127	01648291201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

ENERGISA PARA EST. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 06.951.831/0001-40





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/SIBLITECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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

Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

455.536.024, 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Ronaldo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.421.344, 71

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Ronaldo da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

700.421.344, 71

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:

Rua Agente Fiscal Jose G. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Marabá

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

E-mail:

Tel (DDD):

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB

12/12/19

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 11:56:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121611561252600000036164177>

Número do documento: 20121611561252600000036164177

Num. 37913818 - Pág. 14



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ____/____/____

Nome: _____

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Quake moto.

B

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
☐ Dispnéia ☐ 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 ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Ass. G. P. Bortolotto
CRM-PB 5395
CRM-PE 14654
R-OT 9876



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[]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: _____

Conduta: _____

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Burillo de F. Lima</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>R. F. de A. S.</u>	1º Assistente: <u>R. P. de A. S.</u>		2º Assistente:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <u>BPA</u>		Instrumentador:	
Horário: I:		T:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Lusental Exop-</u>					
<u>Primer. L. L. E.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Ret. int. + mobilizac.</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 D. - S/N CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em

Incisão:

Ab. incisão

Achados:

Polvo livre

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Dr. Fátima G. F. Borborema
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

Data:

30/08/19

MÉDICO/CRM

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





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente em Decúbito D.F.

Tranquilizante Sólido Anestesia.

Antesepia + Antiseptia

Aplicação curativo cirúrgico.

Incisão: - Incisão longitudinal horizontal
Anterior medial Antebraço (a)
Exposição de ulna.

Achados: - Fratura distal ulna

- Realizar redução aberta +
interna com 02 Parafusos de 2-
mm fragmentar + 01 Placa de

Conduta: com 02 Fios + 6 parafusos

- Realizar redução interna de
+ Fixação percutânea Transversária
K.C. 1.0 + Fixação interna com
de Mikulic Nº 22

- Realizar redução interna
percutânea com 02 Fios 1,5mm
K.C. 2.0 - em cotilóide Radial.

Fechamento: Realizar Fio de sutura com
y0 escudo - semilunar; Semi-lunar
e Nádia Semi-lunar.

- Limpar com SE 0,9.

OBS: - Sutura Parafusos

- Curativo + Curativo

- Aferir

Dr. Enéas F. Bessa Neto
CRM 11.852 PB / 8.498 F
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/C

Data: 11/09/19.

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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

PACIENTE: RONALDO DA SILVA					PRONTUÁRIO Nº	
DE 254	SEXO: M	COR:	CÍNICA: Ortopedia	ENF: 18	LEITO:	
A DE ADMISSÃO: 10/08/2019		DATA DE ALTA: 12/09/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA:		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DIAPHYSÁRIA DA ULNA ESQUERDA + FRATURA ESTILOIDE DO R. ESQUERDO + LUXAÇÃO DO SEMILUNAR DA MÃO ESQUERDA					CID: S52.51 S52.79 S62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo						
OUTROS DIAGNÓSTICOS:						
EXAMES: L.F. + RADIOGRÁFICO						
TERAPIA MEDICAMENTOSA:						
ATOMIA PATOLÓGICA:						
FECCÃO DE F.O. ☐ SIM ☒ NÃO				COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO		
SITUAÇÃO BACTERIOLOGIA:						
INDICADORES DE ALTA:						
☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO		☐ A PEDIDO		☐ CURADO
BITO:						

SUMÁRIO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TEMPO DE INTERNAÇÃO, CORREÇÃO):
 Paciente portador de FRATURA DIAPHYSÁRIA DA ULNA ESQUERDA + FRATURA ESTILOIDE DO R. ESQUERDO + LUXAÇÃO DO SEMILUNAR DA MÃO ESQUERDA, foi submetido a tratamento cirúrgico através de redução aberta + fixação interna com placa e parafusos + fio de Kirschner. Recebeu altas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO:
 Retrativo em casa por 15 dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local, nem dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexima, analgésicos e anti-inflamatórios.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão e revisão (TUBÉRIO)

Dr. Kênio F. da Silva
 CRM 11.004 PB
 Ortopedia e Traumatologia

12/09/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
ARTESANATO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOBRE
RONALDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 325734242 DETRAN RJ

CPF
 700.421.344-71

DATA NASCIMENTO
 07/02/1994

FIJACÃO
 RENATO DA SILVA

JOSEANY BARBOSA DA SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CANAB**
☒ ☒ ☒

Nº REGISTRO **VALIDADE** **1ª HABITAÇÃO**
 1660793036 05/08/2017

OBSERVAÇÕES
 EAR

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1660793036

LOCAL
 GUARABIRA, PB

DATA EMISSÃO
 27/09/2018

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO
 00662580279
 PB037619063

ASSINATURA DO FISCAL
PARAIBA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS REDES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
ARTESÃO NACIONAL DE PLACAMENTO

PB

NOME
RONALDO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR ID
 325734242 **DETRAN** **RJ**

CPF
 700.421.344-71

DATA NASCIMENTO
 07/02/1994

TITULACAO
RENATO DA SILVA

JOSEANY BARBOSA DA SILVA

PERMISSAO **ACC** **CANAL**
☒ ☒ ☒

Nº REGISTRO
 1660793036

VALIDADE
 05/08/2017

OBSERVAÇÕES
 EAR

PROVIDO PLACAR
 1660793036

LOCAL
 GUARABIRA, PB

DATA INSSAO
 27/09/2018

ASSINATURA DO INSSAO
 00662580279
 PB037619063

PARAIBA



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

NOME
 JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. EMPREGO DE - CATEGORIA DE
 1054562 SSP PS

CPF
 435.536.024-91

DATA NASCIMENTO
 02/04/1967

NOME
 JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PROFISSÃO
 10000000

SEXO
 M

CADASTRO
 10000000

Nº REGISTRO
 00724152192

VALIDADEZ
 10/11/2019

DATA EMISSÃO
 06/04/1989

VALIDADEZ EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL
 1009001575

DATA EMISSÃO
 11/11/2014

NOME
 JOAO VESGOA. PB

DATA EMISSÃO
 11/11/2014

PROFISSÃO
 6037898469

VALIDADEZ
 PB029542609

PROFISSÃO PLASTIFICAR
 1009001575



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190709344 **Cidade:** Bananeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA. P5
LUXAÇÃO TRANSESCAFOPERISEMILUNAR À ESQUERDA. P5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. P4/6
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Romaldo da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão voluntário, residente e domiciliado à Rua Leônia Lima, nº 534, bairro Nordeste, Município de Guarabira, Estado de(o) PB, Cep: 58.000.000, portador(a) do Rg nº 325734242, SSP/PB e CPF nº 700.421.344-71

Outorgado: João Pimenta da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente F. L. Costa Duarte, nº 157, bairro omanga brisa, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58.056-344, portador (a) do RG nº 1054562, SSP/PB e CPF nº 455.536.084-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Romaldo da Silva, ocorrido em 30.10.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliária

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pimenta, 05, de dezembro de 2019.



Romaldo da Silva
Outorgante
CPF Nº 700-421-344-71

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0459547/19

Vítima: RONALDO DA SILVA

CPF: 700.421.344-71

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 30/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RONALDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

RONALDO DA SILVA : 700.421.344-71

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: 18/12/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

