
Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Recebedor: **LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **290**

Agência: **000000001**

Conta: **000021242771-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 10/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **290**

Agência: **000000001**

Conta: **000021242771-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 701.821.224-33 4 - Nome completo da vítima: Ruiziane Francielina de Araújo

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

5 - Nome completo: Ruiziane Francielina de Araújo 6 - CPF: 701.821.224-33
 7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: São Santa Paula 9 - Número: 511 10 - Complemento: Caro
 11 - Bairro: Área rural 12 - Cidade: Papanduva 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58213-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 73988547530

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 (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Pagseguro
 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) Divorciado 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 (ou nascos)? 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 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 _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____

 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Papanduva PB 11/01/2021
Ruiziane Francielina de Araújo
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021

Ocorrência nº. 125/2021

Aos **DEZENOVE** dias de **MARÇO** de **DOIS MIL E VINTE E UM** nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO DE ASSIS ARAUJO** Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, FONE 3271-2967 -aí, por volta 08h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

NOME: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO, Identidade nº 3.853.951/SSP/PB, CPF 701.821.224-33, nacionalidade: brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: Agricultor, filho(a) de Carlos Roque de Araújo e Giselia Francelino de Araújo, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 05/12/1992, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) Sítio Castanha Velha zona rural de Guarabira/PB.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

2) data do fato: 10/09/2020

3) Horário do fato:

4) Local do fato: ZONA RURAL- Guarabira/PB

Que o noticiante afirma que em 10/09/2020, conduzia uma MOTO HONDA/NXR 160 BROS - ESDD, placa QFG-2803/PB, ano 2017 modelo 2017, cor vermelha, chassi 9C2KD0810HR427422, em nome de JOSÉ EMERSON DE AMORIM OLIVEIRA, ocasião em que perdeu o controle, o noticiante veio a cair, e devido a gravidade do ferimento, sofreu uma fratura na clavícula (da cintura escapular) e foi socorrido por populares para a CLINICA TOP MAIS desta cidade de Guarabira/PB, onde foi submetido a tratamento Conservador, conforme consta laudo hospitalar em anexo e por este motivo registrou a ocorrência para os devidos fins.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Francisco Francelino de Araújo
LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Comunicante

Rosicleide R. da Silva
Rosicleide R. da Silva

Escrivã/Agente Operac.

Mat. 127.554-2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 701.821.224-33 4 - Nome completo da vítima: Ruiziane Francielina de Araújo

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

5 - Nome completo: Ruiziane Francielina de Araújo 6 - CPF: 701.821.224-33
 7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: São Santa Paula 9 - Número: 511 10 - Complemento: Caro
 11 - Bairro: Área rural 12 - Cidade: Papanduva 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58213-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 73988547530

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 (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Pagseguro
 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) Divorciado 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 (ou nascos)? 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 - _____
 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, Papanduva PB 11/01/2021
Ruiziane Francielina de Araújo
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

19/11/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321010671202

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

BANCO: 290

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000021242771

Número da Autenticação

12825BABD0DAF4A7

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321010671201

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

BANCO: 290

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000021242771

Número da Autenticação

9D120C6154F86CD8

SUA FATURA CHEGOU!

PEDRO HENRIQUE COUTINHO DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SIT SANTA LAURA, S/N - 58213000 - CEP.58213000
 ÁREA RURAL
 PIRIPITUBA (AG: 22)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
 CNPJ: 09.095.183/0001-40 Ins.Ést. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº.: 040.259.892

CLASSE/SUBCLS: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL

ROTEIRO: 005-0038-484-0028
 Nº DO MEDIDOR: 0000274271
 MATRÍCULA: 1053502-0020-0-4

LIGAÇÃO: MONOFÁSICO
 DOM. BANC.:
 DOM. ENT.:

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1053502-9

0800 083 0196

/energisa

www.energisa.com.br

83 9 9135-5540

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO. UTILIZE O CÓDIGO: 0001053502-9

VALOR DA FATURA R\$ 96,36	VENCIMENTO 16/04/2020	SITUAÇÃO DE DÉBITOS
REFERÊNCIA Março/2020	CONSUMO 2,88 kWh 117 kWh MÉDIA DIÁRIA	
CNPJ/CPF/RANI: 061.559.424-71	RESERVADO AO FISCO: 07bL36c.71E.7352.2d5.1dca.e97e.114a	DATA DE EMISSÃO 11/03/2020 APRESENTAÇÃO 16/03/2020 PRÓXIMA LEITURA 08/04/2020

CCI	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	TARIFA		VALOR TOTAL (R\$)	BASE CALC ICMS (R\$)	ALÍQ. ICMS	ICMS (R\$)	BASE CALC. PIS/COFINS (R\$)	PIS (R\$) (0,6570%)	COFINS (R\$) (4,4580%)
			SEM TRIBUTOS	COM TRIBUTOS							
0601	Consumo em kWh	117,000	0,545400	0,806380	94,34	94,34	27	25,47	94,34	0,90	4,15
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 01/2020				0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2020				1,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL:					96,36	94,34		25,47	94,34	0,90	4,15

CCI: Código de Classificação do Item

BANCO DO BRASIL S A		001-g	00190.00009 02624.912008 13168.324179 9 82270000009636			
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A						VENCIMENTO 16/04/2020
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA						CNPJ 09.095.183/0001-40
ENDEREÇO BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680						AGÊNCIA/CÓDIGO (BENEFICIÁRIO)
DATA DO DOCUMENTO 11/03/2020						ROBÓ NUMBER 26249120013168324
Nº DO DOCUMENTO 1053502-2020-03-9		ESPECIE DOC DS	ALÍQTE N	DATA DO PROCESSAMENTO 11/03/2020		(+)/VALOR DO DOCUMENTO 96,36
CARTERIA	17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(-) DESCONTOS AGUARDADOS	
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.						(-) OUTRAS DEDUÇÕES
PAGADOR PEDRO HENRIQUE COUTINHO DE LIMA SIT SANTA LAURA, S/N - 58213000						(-) MORA MULTA
CNPJ/RNI 061.559.424-71 PIRIPITUBA (AG: 22)						(-) OUTROS ACRÉSCIMOS
MACRO/ANEXO						(-) VALOR COBRADO



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

COD. DE BARRAS

P-55931



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS NOME: Hospital Dia Top Mais LTDA
CÓDIGO CNES: 9691049 CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54
MUNICÍPIO: Guarabira ESTADO: Paraíba UF: PB

NOME: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO SEXO: M IDADE: 27 ANOS
PROFISSÃO: NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 3853951 SSDS- PB
ENDEREÇO: RUA JOSE GINALDO DA SILVA, 175 BAIRRO: ALTO DA BOA VISTA
MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CEP: 58200-000
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708 7041 2993 9592 DATA DE ATENDIMENTO: 10/09/2020
DATA DO NASCIMENTO: 05/12/1992
RAÇA / ETNIA: () BRANCA () PRETA (X) PARDIA () AMARELA () INDÍGENA () SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queixas de modo hgr.
Dois em regiões de clavícula
esquerda.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Rio-x do ombro e braço

RESULTADOS:

Fratura de clavícula

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:
ATADURA GESSADA/FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- () ELETIVO
- (-)-URGÊNCIA
- () ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- () ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- () ACIDENTE NO TRAJETO DE TRÂNSITO
- () OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

- ATENDIMENTO MÉDICO
- RADIOGRAFIA (S)
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA
- Redução fechada fratura e fixação com fio de titânio

DIAGNÓSTICO:

Fratura de clavícula

CID: S42.1

- MEDICAÇÃO:
- (X) PRESCRITA
 - () APUCADA
- ENCAMINHAMENTO:
- (X) RESIDÊNCIA
 - () OUTRO HOSPITAL
 - () ÓBITO
 - () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0	3	0	1	0	6	0	1	0	0
0	2	0	4	0	4	0	0	3	5
0	2	0	4	0	4	0	0	5	1
0	4	0	8	0	1	0	1	2	6

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbo

Dr. Ednair Furtado
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4393

CNS: CBO: 225270

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

P-55931



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS NOME: Hospital Dia Top Mais LTDA
CÓDIGO CNES: 9691049 CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54
MUNICÍPIO: Guarabira ESTADO: Paraíba UF: PB

NOME: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO SEXO: M IDADE: 27 ANOS
PROFISSÃO: NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 3853951 SSDS- PB
ENDEREÇO: RUA JOSE GINALDO DA SILVA, 175 BAIRRO: ALTO DA BOA VISTA
MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CEP: 58200-000
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 708 7041 2993 9592 DATA DE ATENDIMENTO: 10/09/2020
DATA DO NASCIMENTO: 05/12/1992
RAÇA / ETNIA: () BRANCA () PRETA (X) PARDIA () AMARELA () INDÍGENA () SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queixa de modo horrível.
Dor em região do clavícula esquerda.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Rio-x do ombro e braço

RESULTADOS:

Fratura do clavícula

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

ATADURA GESSADA/FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- () ELETIVO
- (-)-URGÊNCIA
- () ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
- () ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- () ACIDENTE NO TRAJETO DE TRÂNSITO
- () OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

- ATENDIMENTO MÉDICO
- RADIOGRAFIA (S)
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA
- Redução fechada fratura fratura clavícula

DIAGNÓSTICO:

Fratura do clavícula

CID: S42.1

- MEDICAÇÃO:
- (X) PRESCRITA
 - () APUCADA
- ENCAMINHAMENTO:
- (X) RESIDÊNCIA
 - () OUTRO HOSPITAL
 - () ÓBITO
 - () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0	3	0	1	0	6	0	1	0	0
0	2	0	4	0	4	0	0	3	5
0	2	0	4	0	4	0	0	5	1
0	4	0	8	0	1	0	1	2	6

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbo

Dr. Ednair Furtado
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 4393

CNS: CBO: 225270

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

Luciano Francelino de Araujo
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

LUCIANO FRANCE

OMBRO ESQ.
10.09.2020



LUCIANO FRANCELINO DE AR.

BR/CO ESQ.
10.09.2020



LAUDO MÉDICO

O PACIENTE **LUCIANO FRACELINO DE ARAUJO**, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO (SIC) NO DIA 10/09/2020, FOI SOCORRIDO POR MEIOS PROPRIOS PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVICULA ESQ, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A CLINICA TOP MAIS DE GUARABIRA, ONDE FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GESSADO

CID: S420

PACIENTE EVOLUIU COM SEQUELA E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVICULA ESQ, COM LIMITAÇÃO DA FUNÇÃO EM 30% DA ADM.

Guarabira, 21/06/2021

~~STUDIOS DE A. R. FILHO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM: 7618 / TEOD: 15747~~

Temístocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM: 7618 / TEOD: 15747



HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA

PRAÇA NOSSA SENHORA DA LUZ, 54

Bairro: CENTRO - Fone: (83) 3271-5116/ 3271-4317 - CEP 58200-000 - GUARABIRA - PB

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Paciente LUCIANO FRANCELINO DE ARAÚJO		CPF: 701.821.224-33	Nº Arquivo 55931/578/2020	Nascimento 05/12/1992		
Residência RUA JOSÉ GINALDO DA SILVA, 175				Bairro ALTO DA BOA VISTA		
Cidade GUARABIRA		UF PB	CEP 58200-000	País		
Naturalidade GUARABIRA		UF PB	Religião	Nacionalidade BRASILEIRA	Escolaridade	
Telefone 9-8856-8001	Estado Civil		Tipo Documento RG		Nº Documento 3.853.951	Emissor SSDS- PB
CNS 708 7041 2993 9592	Data Internação 24/09/2020	Idade 27 ANOS	Sexo M	Cor	Nº Filhos	Profissão
Nome do Pai CARLO ROQUE DE ARAÚJO			Nome da Mãe GISÉLIA FRANCELINO DE ARAÚJO			
Responsável		Grau Parentesco		Endereço		Telefone
Cidade		UF	Tipo Doc Responsável		Nº Doc Responsável	
Unidade		Tipo de Quarto coletivo		Quarto 03	Leito 03	
Convênio SUS	Tipo Plano		Num. Carteira	Dt. Validade	Clínica	
Hipótese Diagnóstica (CID)				Diagnóstico Definitivo		

Médico Responsável DR. EDRAS FURTADO	Conselho CRM	Número 2893	Data da Alta 24/09/2020
---	-----------------	----------------	----------------------------

Funcionário (a) WYLIANA FREIRE _____

Observações:

Luciano Franclino de Araújo
Assinatura do Paciente

Gisélia Franclino de Araújo
Assinatura do Responsável

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO		
PRONTUÁRIO:	55931/578/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	03	LEITO:	03
DATA:	24/09/20	HORA:	06:45
SEXO:	(X) M	() F	

IDENTIFICAÇÃO DA CIRURGIA:

DATA: 24/09/2020	HORA INICIO DA CIRURGIA: 11 00	HORA TÉRMINO DA CIRURGIA: 13 00
CIRURGIÃO:	DR. ESDRAS FURTADO	
ANESTESISTA:	DR. WELLINGTON GUEDES	
1 AUXILIAR:	DRA LAIANA BARRETO	
2 AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:		
CIRCULANTE:	TEC GARDENIA PEREIRA	
PATOLOGIA:	FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	
CIRURGIA PROPOSTA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	
CIRURGIA REALIZADA:	A MESMA	
FORNECEDOR O.P.M.E:		
O.P.M.E. UTILIZADO	PLACA DE RECONSTCÃO 7 FUIROS + 7 PARAFUSOS CORTICAIS	
OBSERVAÇÕES:	NÃO	
INTERCORRÊNCIAS:	NÃO	

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

- 1- PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA, SOB ANESTESIA
- 2 - ASSEPSIA + ANTISEPSIA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
- 3 - APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4 - VIA DE ACESSO SOB A CLAVICULA ESQUERDA
- 5 - DIVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS + CUIDADOS COM A HEMOSTASIA
- 5 - REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA, PREPARO DO LEITO PARA A PLACA
- 6 - FIXAÇÃO DA FRATURA COM PARAFUSO INFRAGMENT + PLACA DE RECONSTRUÇÃO
- 7 - CONTROLE FLUOROSCOPICO
- 8 - LIMPEZA COM SF 0,9 % ABUNDANTE
- 9 - CURATIVO
- 10 - RX CONTROLE



GUARABIRA, 24/09/2020

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO		
PRONTUÁRIO:	55931/578/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	03	LEITO:	03
DATA:	24/09/2020	HORA:	06:45
SEXO:	(X) M	() F	

EVOLUÇÃO MÉDICA

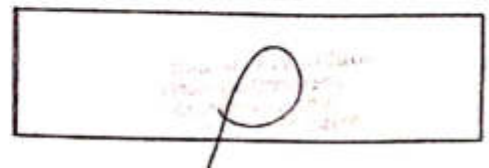
DATA: 24/09/2020	HORA:
POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. SEM INTERCORRENCIAS. RETORNO EM 7 DIAS. MANTER IMOBILIZAÇÃO. RETORNAR SE INTERCORRENCIAS	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	NOME / TIPO	VIA	POSOLOGIA	FREQUENCIA	OBSERVAÇÕES
DIETA	LIVRE				ciente
HIDRATAÇÃO	SF 0,9 % 1000 ML	EV	1000 ML	24 HRS	1º / 2º
MEDICAMENTOS	TRAMAL	EV	50MG	8/8 HRS	DILUIR EM 100ML SF0,9% - SE DOR INTENSA 11√30
	DIPIRONA	EV	1G	6/6 HRS	11√30
	PROFENID	EV	50MG	12/12 HRS	DILUIR EM 100ML SF0,9% 12√60
	CEFALOTINA	EV	1G	6/6 HRS	11√30
	NAUSEDRON	EV	4MG	8/8 HRS	DILUIR EM 100ML SF0,9% 12√30
	OMEPRAZOL	EV	40 MG	24 HRS	11√30
	DEXAMETASONA	EV	4 MG		DOSE UNICA 11√30
	CURATIVO				ciente
	SSVV + CCGG				ciente
CUIDADOS GERAIS					ciente
SINAIS VITAIS					ciente
OBSERVAÇÕES					ciente

CARIMBO

ASSINATURA MÉDICO: _____



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO		
PRONTUÁRIO:	55931/578/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	03	LEITO:	02
DATA:	24/09/2020	HORA:	06:45
SEXO:	(X) M	() F	

EVOLUÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

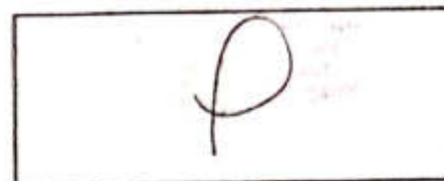
DATA: 24/09/2020

HORA:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. SEM INTERCORRENCIAS. RETORNO EM 7 DIAS
 MANTER IMOBILIZAÇÃO. RETORNAR SE INTERCORRENCIAS

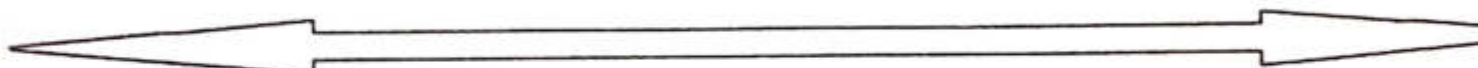
ALTA MÉDICA HOSPITALAR

MOTIVO	MELHORADO	X
	CURADO	
	TRANSFERIDO	
	A PEDIDO	
	EVASÃO	



CARIMBO

ASSINATURA: _____



ALTA DA ENFERMAGEM

				DESCREVER ALTERAÇÕES SE PRESNETES
Nível de consciência	normal <input checked="" type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>		
Respiração	normal <input checked="" type="checkbox"/>	alterada <input type="checkbox"/>		
Circulação	normal <input checked="" type="checkbox"/>	alterada <input type="checkbox"/>		
Edema de extremidades	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	presente <input type="checkbox"/>		
Cianose de extremidades	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	presente <input type="checkbox"/>		
Urina	normal <input checked="" type="checkbox"/>	diminuído <input type="checkbox"/>	ausente <input type="checkbox"/>	
Curativo	normal <input checked="" type="checkbox"/>	alterado <input type="checkbox"/>		
Ferida Cirúrgica	normal <input checked="" type="checkbox"/>	Alterada: <input type="checkbox"/>		
Sangramento pela ferida	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	elevado <input type="checkbox"/>	
Cateter	presente <input type="checkbox"/>	Ausente <input checked="" type="checkbox"/>		
Presença de acompanhantes	presente <input checked="" type="checkbox"/>	ausente <input type="checkbox"/>		
Orientações				

NOME ENFERMAGEM:

DATA: 24/09/2020.

HORA: 17:00H

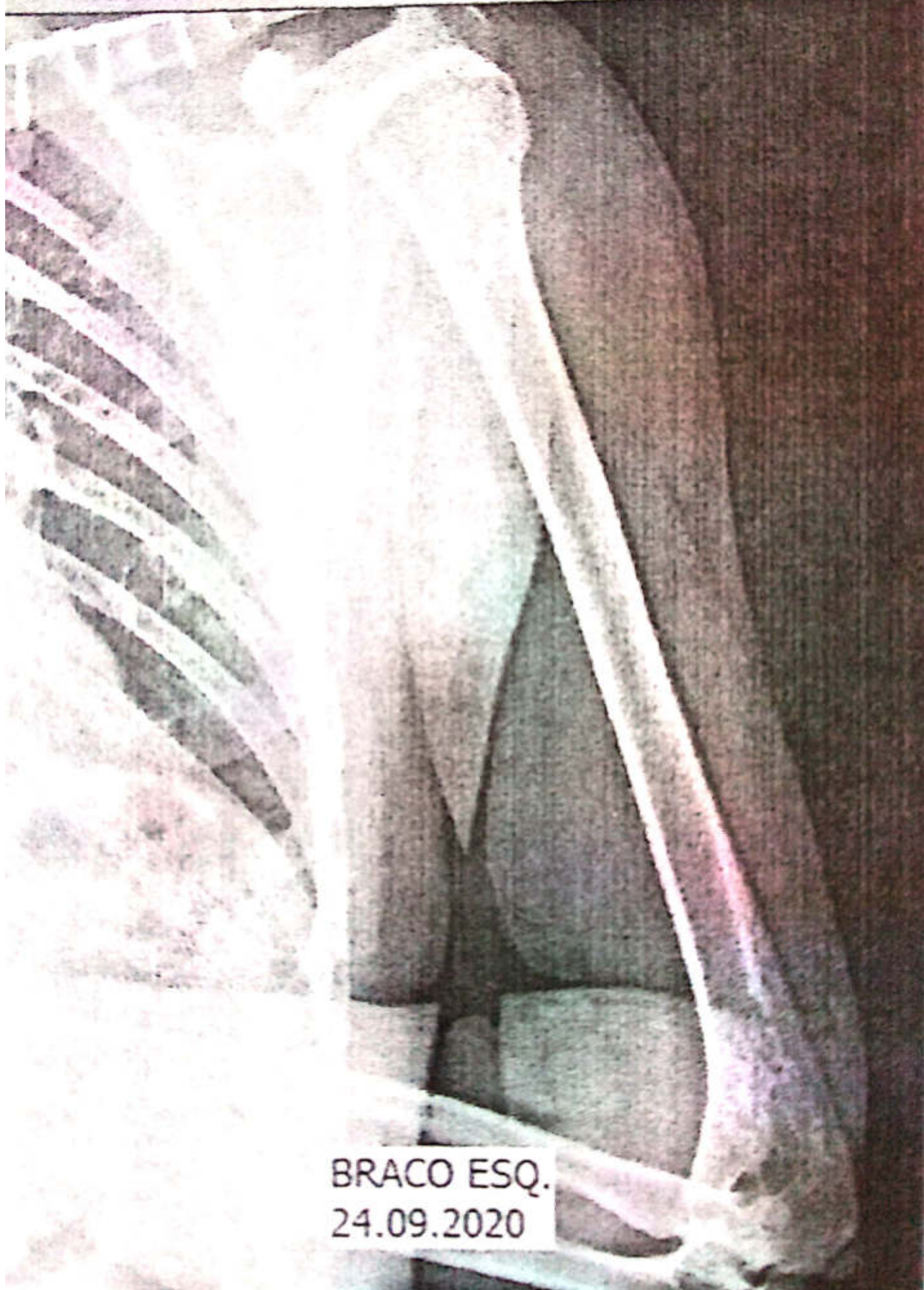
ASSINATURA:

CARIMBO:

Renaura de Medeiros Cabral
 ENFERMEIRA
 COREN 194631/PB

OMBRO ESQ.
24.09.2020

LUCIANO FRANCELINO DE AB.



BRACO ESQ.
24.09.2020

REPÚBLICA REPÚBLICA DO BRASIL

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

7.62



Luciano Francelino de Araujo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
701.821.224-33

Nome
LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Nascimento
05/12/1992

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.853.951 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/05/2010

NOME LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

RESIDÊNCIA CARLOS ROQUE DE ARAUJO
GISELIA FRANCELINO DE ARAUJO

NATALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 05/12/1992

DOC. ORDEM NASC. N. 39335 FLS. 104 LIV. A 35

CARTORIO DE GUARABIRA PB

[Assinatura]

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/06/83

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/01/2021

IDENTIDADE 3.853.951

ASSINATURA *Roberto Inácio de Barros*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210106712 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/09/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.2_CIRURGIA. PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA MODERADO DE OMBRO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210106712 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/09/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG.2_CIRURGIA. PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA MODERADO DE OMBRO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210106712 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/09/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA-HISTÓRICO II-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.
P.1 E HISTÓRICO II -P.1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 28 ANOS/EXAME DE IMAGEM-HISTÓRICO I-P.1
@ P.1 - RELATÓRIO INDICANDO SEQUELA.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210106712 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO **Data do acidente:** 10/09/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA-HISTÓRICO II-P.1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA.
P.1 E HISTÓRICO II -P.1

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X - VÍTIMA COM 28 ANOS/EXAME DE IMAGEM-HISTÓRICO I-P.1 @ P.1 - RELATÓRIO INDICANDO SEQUELA.
- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Número do Sinistro: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 12/11/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO : 701.821.224-33

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: 29/03/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Número do Sinistro: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 17/05/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Número do Sinistro: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 21/04/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/04/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089506/21

Número do Sinistro: 3210106712

Vítima: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

CPF: 701.821.224-33

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 21/06/2021
Nome: LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO
CPF: 701.821.224-33

LUCIANO FRANCELINO DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/06/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA