

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **DALMO JOSE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180188676**

Vítima: **DALMO JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: **06/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO TULHO NUNES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180188676**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12724709



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: DALMO JOSE DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180188676  
Vitima: DALMO JOSE DA SILVA  
Data do Acidente: 06/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FRANCISCO TULHO NUNES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180188676**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12727942



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DALMO JOSE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180188676**  
Vitima: **DALMO JOSE DA SILVA**  
Data do Acidente: **06/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **FRANCISCO TULHO NUNES**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180188676**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13528202



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 895.788.794-49	Nome completo da vítima Dalmo José da Silva
---------------------------	---------------------------------	--

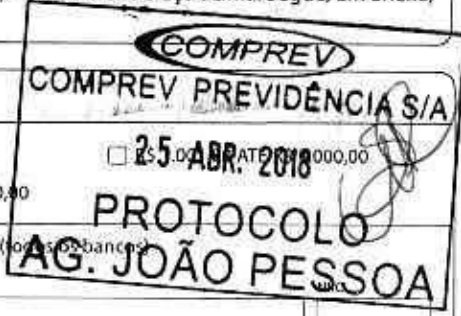
**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Dalmo José da Silva		CPF titular da conta 895.788.794-49		Profissão Bensuruse	
Endereço Joaquim Rosado		Número 1060		Complemento	
Bairro São Linheiro Santo	Cidade Catolê do Rocha	Estado PB	CEP 58884-000		
Email			Telefone (DDD)		

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 0732 D/V (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 9092 D/V 3 (Informar dígito se existir)		<b>CONTA CORRENTE</b> (nos bancos) <b>BANCO</b> Nome:	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. D/V (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. D/V (Informar dígito se existir)		<b>AG. JOÃO PESSOA</b>	



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

Catolê do Rocha, 16 de abril de 2018  
Local e Data

Dalmo José da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 228/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data do fato: **06/01/2018** hora: **18H40MIN**

ACT 22203-SP  
Digital  
Consulte a autenticidade em  
<https://sefodigital.tpb.jus.br>

Notificante:\*\*\*, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: \*\*\*, naturalidade: \*\*\*, nascido em \*\*/\*\*\*/\*\*, documento: \*\*\*, filho de \*\*\* e de \*\*\*, endereço: \*\*\*\*\*, referência: \*\*\*\*.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Homero Perazzo Filho**

Vítima: **DALMO JOSÉ DA SILVA**, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Catolê do Rocha-PB, idade: 44anos, nascido em 27/04/1973, cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: Casado, Profissão: auxiliar de produção, Escolaridade: \*\*\*\*\*, documento: RG 1663970 SSP/PB, filiação: Tereza Maria da Conceição e de Francisco José da Silva, endereço: Rua Isaura Rosado, nº7060, João Pinheiro Dantas, Catolê do Rocha-PB, referência: \*\*\*\*. Tel/Cel: (\*\*\*\*)\*\*\*\*\*;

#### HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo Honda CG 150 Titan KS, cor azul, placa MOT 0487/PB, CHASSI 9C2KC08108R062632, licenciado em nome da vítima, na PB 325, na saída de Catolê do Rocha-PB, quando uma animal (cachorro) atravessou na frente da moto da vítima, tendo o mesmo batido no cachorro e caído no asfalto; QUE a vítima foi socorrido pelo SAMU que o encaminhou para o Hospital Regional de Catolê do Rocha-PB, onde foi observado pelo médico na vítima uma fratura da clavícula direita, uma fratura da escápula direita e uma fratura de 2ª costela direita; QUE a vítima foi transferido para o Hospital Regional de Patos para avaliação médica. Nada mais a consignar.

Catolê do Rocha, 06 de março de 2018. Às 14:41 horas.

*Dalmo José da Silva*  
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Matrícula: 168.447-7



CERTIFICO, conforme relatado o Art. 2º do Decreto  
Lei nº 2.145 de 25 de Abril de 1946, que a presente  
cópia fotostática está igual ao original que me foi  
apresentado e conferi, da 16 de 04 de 2018  
Catolê do Rocha

TABELIÃO  
Erisella Soares d Araújo  
Escrivente

Carreira de Escrivão de Polícia  
Celina Rêgo de Paula  
Carlos Marinho Pereira  
- ESCRIVENTE  
Catolê do Rocha-PB



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Palmo José da Silva

CPF da Vítima

835.788.794-49

Data do Acidente

06.01.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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



lata de Rocha, 11 de abril de 2018

Local e Data

Palmo José da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB07

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

ATO DECLARATORIO

DATA: 06.01.18	OCORRÊNCIA Nº: 0034	PACIENTE / USUÁRIO: Kaime por da Silva	IDADE: 44a	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PB 325	BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR: Dr. Danilo		
APQ/O NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE/PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> SITRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA: METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HPCR RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES  
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: RESPONSÁVEL: Dr. José Simeão Carneiro  
Médico - CRM/PB 4724  
CPF: 504.752.154-00 FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

lesões, suspeita de fratura em costelas no hemitórax D

DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADICAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
P.A.: X FC: 96 FR: TEMP.: °C GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiopulmonar ineficaz
<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal ineficaz
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal ineficaz
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz
<input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído	<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos
<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Intolerância a Atividade	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária
<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Prejudicada
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada
<input type="checkbox"/> Outros		

INTERVENÇÕES

Imobilização conforme protocolo APH.  
Medicação conforme conduta do ME

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, vítima de acidente automobilístico, apresentando lesões em MMII, relato de dor intensa em região de costelas (hemitórax D). Imobilizado, medicado, monitorado no HPCR.







# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME SEU NÚMERO  
MATRÍCULA

38842190

REFERÊNCIA  
MAR/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

DALMO JOSE DA SILVA  
RUA ISAURO ROSADO, 7060 - JOAO PINHEIRO DANTAS  
CATOIE DO ROCHA PB 58884-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
109.004.435.0007.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
V16N134557	15/08/2016	EXT. LAGRITICADO	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (L)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
199	209	10	29	05/04/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.				
FEV/2018	11	0	QUALID. DA ÁGUA	DECRETO 2.914/2011-MS
JAN/2018	11	0	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS. CONFORMES
DEZ/2017	11	0	TURBID. 45	45
NOV/2017	10	0	CLORO 45	45
OUT/2017	12	0	COND. THERM 0	0
SET/2017	11	0	CCR 10	29
MEDIA(H)	11	0	COL. TOTAIS 45	45
DADOS REFERENTES A: JAN/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 06/03/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 15:39:53

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 H3	36,84
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 31,15 + CONFIN. LET. 12.741/12

VENCIMENTO: 19/03/2018 Total a Pagar: R\$ 36,84

CONDIÇÃO DE LEITURA: REAL/PAGA  
CONDIÇÃO DO FATORAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOACAGEPA  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA

MATRÍCULA	PERÍODO DE VENCIMENTO	PERÍODO DE PAGAMENTO	TOTAL A PAGAR
38842190	MAR/2018	19/03/2018	R\$ 36,84

8261000000 7 368400101001 4 038842190001 9 03201840003 9



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Soluto para serviços pagadores da rede localizada de energia elétrica Nº 003.101.281



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 Insc. Est. 18.015.825-0

## DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO TULHO NUNES  
RUA GENESIO RODRIGUES S/N  
CATOLE DO ROCHA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1529216-2

## REFERÊNCIA

MAR/2018

## APRESENTAÇÃO

07/03/2018

## CONSUMO

512

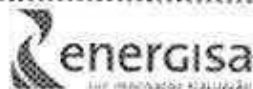
## VENCIMENTO

16/04/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 384,98

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

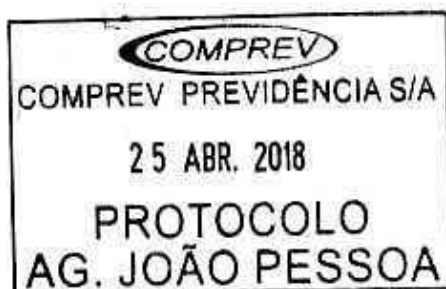


FRANCISCO TULHO NUNES

Roteiro: 02-245-020-2710

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 17/04/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/04/2018	R\$ 384,98	1529216-2018-03-6





GOVERNO  
DA PARAÍBA

**viva**  
*o trabalho.*

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL DR. AMÉRICO MAIA DE  
VASCONCELOS  
CATOLÉ DO ROCHA - PB



### DECLARAÇÃO

**DECLARAMOS** para os devidos fins de direito que, **DALMO JOSÉ DA SILVA, RG 1.663.970 SSP/PB**, residente e domiciliado na Rua: Isauro Rosado – Catolé do Rocha – PB, foi atendido neste Unidade Hospitalar, por Dr. José Suassuna Carneiro – CRM/4724, no dia 06 de Janeiro de 2018. Deu entrada na Urgência e Emergência vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida foi transferido para Patos – PB. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

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

*Giula Darllen F. R. Monteiro*  
Diretora Geral  
Mat. 180924-5

**Giula Darllen de Freitas Ramalho monteiro**  
DIRETORA GERAL



Catolé do Rocha – PB, 31 de Janeiro de 2018



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS  
CATOLÉ DO ROCHA - PB

## ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente Delno Agui da Silva  
residente na(o) Rua Zeno Resende  
município de Catolé do Rocha PB  
para o(a) Hospital Regional  
na cidade de Patos PB

## JUSTIFICATIVA

À orthopedia: 1) fratura de Ulna do  
2) fratura de Escápula  
3) fratura da 3ª costela  
fract: traquéia EV  
Voltagem 157 mV  
Diagnóstico 19 EV  
**OBSERVAÇÕES**

Profissional Acompanhante: \_\_\_\_\_

Atenciosamente,

Dr. José Sussana Carneiro  
Médico - CRM/PB 4724  
CPF: 504.752.154-00

Agui da Silva  
Assinatura e carimbo do profissional



Catolé do Rocha - PB, 26/11/18

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.258/0001-60  
NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS  
ENDERECO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO  
CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB  
Atendimento: URGENCIA  
Paciente: DALMO JOSE DA SILVA  
Mae: TEREZA MARIA DA CONCEICAO  
Nascimento: 27/04/1973 Idade 44 Cor: PARDA Sexo: M  
Profissao:  
Endereco: ISAURO ROSADO Num.: SN  
Bairro: JOAO PINHEIRO DANTAS Fone: (83)9916-4073  
Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306  
CNS: 700-0060-5526-3607 Identidade: 1663970 SSP PB  
CPF: Reg Nasc.:  
Data / Hora: 06/01/2018 19:31:03 Recepcionista: SINARA R. DE OLIVEIRA  
Ficha Numero: 14270 9274

SPO 2: FC: TEMP: HGT: PA:  
ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Do 1 em anexo D  
por grade de  
proble  
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)  
Rx de anexo D  
Rx de anexo D  
Rx de anexo D

21 (SPP, G. - 1000) @  
21 (trabal - a) @  
01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO  
02 - URGENCIA  
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIDOR  
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUIMICOS OU FÍSICOS  
PROCEDIMENTO DESCRITO  
1 fratura da clavícula D  
2 fratura da Escapula D  
3 fratura do antebraço D  
MEDICACAO  
1 PRESCRITA  
2 APLICADA  
OBSERVACAO  
OUTRO HOSPITAL  
RESIDENCIA  
ÓBITO  
INTERNAÇÃO  
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-	03	01	06	00	29				
2-	06	00	10	10	00	58			
3-	06	00	10	10	00	23			

Ass. dos Profissionais Residentes - carimbos  
Médico: Sandro Adriano Sousa Santos  
CPF: 014.753.472-472  
CBO: 314.753.472-472  
SANDRO ADRIANO SOUSA SANTOS - 8749-PB - 702-000538-5882  
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
Polágar Direito  
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo  
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **1663970** DATA DE EXPEDIÇÃO **10 OUT 1991**

NOME **DALMO JOSÉ DA SILVA**

FILIAÇÃO **Francisco José da Silva**  
**Tereza Maria da Conceição**

**Catolé do Rocha PB.** **27.04.1973**

Cart. de Nasc. nº 36.380, Fls. 189 V, Liv. 68  
Cart. de Catolé do Rocha PB.

CPF **885 788 794 49**

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 118 DE 29/08/33

CARTÃO DE IDENTIDADE

*Dalmo José da Silva*

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-1745

**COMPREV**

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

**25 ABR. 2018**

**PROTOCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**



2849219  
 FRANCISCO TULHO NUNES  
 Jose de Paiva Nunes  
 Maria Jacinta Filha Nunes  
 Otólo de Rocha-PB  
 Cere. Nascimento. 06/07/1981  
 27 DEZ 2000

06/07  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 Francisco Tulho Nunes  
 ASSINATURA DO TITULAR

COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 25 ABR. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
050.185.304-99

Nome  
FRANCISCO TULHO NUNES

Nascimento  
06/07/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Dalmo José da Silva  
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: recusou-se Nº DO RG: 1.663.970  
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 10/10/1994  
Nº CPF: 885.788.794-49 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

OUTORGADO: Francisco Julho Nunes  
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: recusou-se Nº DO RG: 2.849.219  
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 27/12/2000  
Nº CPF: 050.185.304-93 ENDEREÇO: Genesio Pedrigues  
lot: São Paulo, 5/N, lote do Rocha - Paraíba

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Dalmo José da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

lote do Rocha - PB 11 de abril de 2018  
2º OFÍCIO

Dalmo José da Silva  
Assinatura

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Selo Digital: AGT21307 - AXDV  
Consulte a autenticidade em:  
<https://selodigital.tpb.jus.br>

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO ESTADO DA PARAÍBA  
T.T. N.º 11  
Celina Ildefonso de Paula  
Carlos Marques Bazzara  
ESCREVENTE

Lucila Soares d'Arújo  
Escritor