

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000000016130-6

Nr. da Autenticação 83014DFF60CFE8E2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190093586 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVA **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(CAPSULOTOMIA)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

Documentos

complementares:

Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093586

Vítima: JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

Data do Acidente: 04/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093586

Vítima: JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

Data do Acidente: 04/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 16 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093586

Vítima: JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

Data do Acidente: 04/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Recebedor: **JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **001**

Agência: **000002191-1**

Conta: **0000016130-6**

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

Nº do sinistro ou ASL: 0040325119 CPF da vítima: 104.388.764-29 Nome completo da vítima: Joelson Fernandes Pessoa da Silveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Joelson Fernandes Pessoa da Silveira CPF: 104.388.764-29
Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Paraiópolis Número: SIN Complemento: —
Bairro: Zona Rural Cidade: Talaraí Estado: PB CEP: 58278-000
E-mail: abraaojc@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99392-8028

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: AGÊNCIA: 293 1 CONTA: 16130 6
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data, João Pessoa, 04/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Joelson Fernandes Pessoa da Silveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

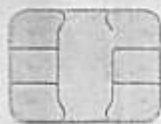


(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Ourocard

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



5067 7580 5587 3733

VÁLIDO ATÉ
01/23

JOABSON F SILVEIRA
2191-1 16.130-6

elo





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2018

Ocorrência nº. 581/2018



Aos 23 dias de NOVENBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) Kennedy De Carvalho Andrade, às 10h:53min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA, conhecido por _____, Identidade nº 3.840.547-SSP/PB, CPF nº _____, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Sérgio Alves Da Silveira E Lucinda Fernandes Pessoa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/04/1995, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Pb-071, S/ nº _____, bairro Timbó – Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: px. ao ginásio, fone(s) para contato: (83)- 99342-326.

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: 04 de março de 2018;
- 3) HORÁRIO: 11h:00min;
- 4) LOCAL: Pb-071, Px. Ao Posto De Marcos nº _____, bairro centro – Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Completo hospitalar de Mangabeira, João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KCC08108R146048, ano/modelo: 2008, placa: MNZ-9533/PB, cor cinza, licenciado em nome de EDIVALDO FERNANDES PESSOA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia o veículo mencionado, na PB-071 (px. ao posto de Marcos), Centro, Jacaraú, quando uma motocicleta não identificada vindo em sentido contrário, cruzou na frente do notificante, para sair da rua principal. Que apesar de ir em velocidade compatível com a rodovia, o notificante não conseguiu frear a tempo e colidiu ao lado do tanque de combustível da motocicleta; QUE o notificante caiu no chão, tendo sido socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa.

9) OBSERVAÇÕES:

NÃO HOUVE.

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

Joabson Fernandes Pessoa da Silveira

JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivão/Agente Matr. nº 155.335-6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0040325119 CPF da vítima: 107.388.764-29 Nome completo da vítima: Joelson Fernandes Pessoa da Silveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Joelson Fernandes Pessoa da Silveira CPF: 107.388.764-29
Profissão: Agricultor Endereço: Sítio Varzalempida Número: 511 Complemento: —
Bairro: Zona Rural Cidade: Jataí Estado: PB CEP: 58278-000
E-mail: abraaojc@gmail.com Tel.(DDD): (33) 99392-8028

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 293 1 CONTA: 1630 6
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data, João Pessoa, 04/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Joelson Fernandes Pessoa da Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA** RG 3.840.547 2ª via SSDS/PB e CPF 107.388.764-29, residente no Sítio Timbó no município de Jacaraú-PB, foi vítima acidente motociclistico, apresentando fratura em MSD (pulso) e sem sinais de fratura na cabeça. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 04/03/2018, sendo encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 13 de Dezembro de 2018.

Lindinalva Vicente da Costa Silva (Aux. Administrativa)

Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO



MARIA DE LOURDES COSTA PESSOA
SIT VARZEA COMPRICA, S/N - AREA RURAL
JACARAU/PB CEP: 59279000 (AG: 14)

Emissão: 12/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO 9-220V-25-
Roteiro: 6-28-581-2570 A medidor: 0000048862

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Cidade: Patos-PB CEP: 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.123-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Emissão: 14/015.304.950
Cód. para Dtb. Automático: 00000516625

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	12/11/2018	11/12/2018	589.003.904-06

UC (Unidade Consumidora): 5/51662-5

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/10/18	14798	12/11/18	14859	1	60	32

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor Base Cpto.	Alc.	ICMS(R\$)	Serv.Calc.	Fat(R\$)	Cofins(R\$)
		Tributos Totais(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Por Consumo(R\$)		(5,9440%)(3,3430%)	
0601	Consumo em kWh	60,000	0,820230	49,21	49,21	25	12,30	49,21	0,47
0601	Adic. B. Variavel			2,85	2,85	25	0,86	2,85	0,11
0601	Adic. B. Amortiza			0,32	0,32	25	0,08	0,32	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			7,86	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0607	PROTEÇÃO FACL 11/2018			6,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00



CCI Código de Classificação do tom	TOTAL	66,63	52,18	13,04	52,18	0,46	2,28
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
62	20/11/2018	R\$ 66,63					
	Histórico de Consumo (kWh)						

99 | 85 | 83 | 70 | 55 | 55 | 01 | 55 | 55 | 82 | 54 | 54
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCAL

1b84.6873.171a.2d96.8590.6579.bb57.0644.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminacao				
					Valor (R\$)	%		
QIC MENSAL	12,76	0,00	NOMINAL	330	Serviços de Dist. de Energia PB	12,69	18,05	
QIC TRIMESTRAL	23,52			Companhia de Energia	18,73	28,11		
QIC ANUAL	35,05			Serviços de Transmissão	1,97	2,96		
QIC MENSAL	7,09	0,00	CONTRATADA	202	Encargos Setoriais	3,00	4,50	
QIC TRIMESTRAL	13,76			LIMITE SUPERIOR	202	Impostos Diretos e Encargos	23,25	35,45
QIC ANUAL	20,64			LIMITE INFERIOR	202	Outros Serviços	6,59	9,89
				Total	66,63	100,00		

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Contato Serviço PROTEÇÃO FACL - 11
- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edivaldo Fernandes Pessoa,

RG nº 2235229, data de expedição 07/11/1995

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 028.212.114-98, com

domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de

Paraíba, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Varzea Comprida, nº SIN,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Joabson Fernandes Pessoa da Silveira cujo o condutor era

Joabson Fernandes Pessoa da Silveira.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN

Ano: 2008

Placa: MN-9533

Chassi: 9C2KCO8108R346048

Data do Acidente: 04/03/2018

Local e Data: Jacaraú, 14/12/2018

Edivaldo Fernandes Pessoa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2235229 DATA DE EXPEDIÇÃO - 7 NOV. 1995

NOME EDIVALDO FERNANDES PESSOA

Aluisio Fernandes Pessoa

Mãe Maria de Lourdes da Costa Pessoa

Rio Tinto- PB DATA DE NASCIMENTO 02-05-1977

Cert de Nasc. Nº 2.062, Fls 4, Liv, A4-

Cart de Jacarau- PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA D.I.P. 074

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Edivaldo Fernandes Pessoa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

117

CERTIDÃO

Nº. 1201/2018

Atendendo solicitação de **JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº107759 e Prontuário Nº 2018.03.000453, pertencente ao mesmo que foi atendido dia 04/03/2018 às 15H01min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em punho direito.

Retornou dia 20/04/2018 às 08h39min com Ficha nº 121733 apresentando fratura do carpo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/05/2018 com alta médica dia 17/05/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de setembro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA				Registro: 2018030453	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 16 / 05 / 2018			Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura luxação crônica de ossos do carpo</i>					<i>S620</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Carpectomia proximal</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito ventral sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incsão:

Incisão dorsal em punho direito

Divulsão por planos

Capsulotomia em Berger

Carpectomia da fileira proximal

Limpeza com SF 0,9%

Sutura por planos + sutura de pele

Conduta:

Curativo + tala luva

Fechamento:

OBS:

Data: 16 / 05 / 2018

Dr. Felipe Lessa
CRM 38.875-5 - 4ª circunscrição
de saúde - RJ / RJM / RJM / RJM

MÉDICO/CRM

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA Data da Admissão: 20/04/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (), Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: DOA em mão (D)

HDA: VÍTIMA DE TRAUMA em 04/03/18, ACIDENTE
DE MOTO, DOA em mão (D) e IMOBILIDADE
FUNCLIONAL

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudores
[] 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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náusea
[] 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-reposso [] Deformidade:
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] 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 = _____ mmHg

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: fratura e luxação trans escapo sem linha

Conduta: internação p/ tratamento cirúrgico

Yury Cordeiro

CRM PB 11507

DR. MAMBE

Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA				Registro: 2018030453	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 16 / 05 / 2018			Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura luxação crônica de ossos do carpo</i>					<i>S620</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Carpectomia proximal</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito ventral sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Incisão dorsal em punho direito**Divulsão por planos**Capsulotomia em Berger**Carpectomia da fileira proximal**Limpeza com SF 0,9%**Sutura por planos + sutura de pele***Conduta:***Curativo + tala luva***Fechamento:****OBS:**Data: 16 / 05 / 2018

Dr. J. Felipe Lessa
CRM 15172 - Radiologia
CRM 15172 - Radiologia
CRM 15172 - Radiologia

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA Data da Admissão: 20/04/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (), Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: DOA EM MÃO (D)

HDA: VÍTIMA DE TRAUMA EM 04/03/18, ACIDENTE
DE MOTO, DOA EM MÃO (D) E IMOBILIDADE
FUNCIÓRIA

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudores
[] 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 [] Náusea
[] 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-reposo [] Deformidade
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] 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 = _____ mmHg

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: FRATURA e LUXAÇÃO TRANS ESCAPO SEMI LUNAR

Conduta: INTERVALO P/ TRATAMENTO CIRÚRGICO

Yury Cordeiro

CRM PB 11607

Dr. YURY

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-394 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 121733 Atd: Nao Regula
Data: 20/04/2018
Hora: 08:39:40
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2018.03.000453

CNS: 200853716310005 Sexo: M IDENTIDADE: 3840547 Fone: 993420326

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1995 Id: 23 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: DISTRITO Cidade: JACARAU UF: PB

Mae: LUCINEIA FERNANDES PESSOA

Pai: SERGIO ALVES DA SILVEIRA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOABSON FERNANDES PESSOA

T. Doc. Responsavel: 993420326 / IDENTIDADE: 3840547

Localidade: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Caixa Principal

TRAUMA EM MSD

Doi uma lesão de natureza traumática em 03/18, com lesão no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, com lesão no membro superior esquerdo, com fratura de humero. Foi encaminhado para tratamento cirúrgico.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Lesão traumática em membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, com lesão no membro superior esquerdo, com fratura de humero. Foi encaminhado para tratamento cirúrgico.

Diagnostico

Conduta

Ex/Lx Transmissão Simultânea

João de Deus
Cirurgião

Prescrição

Horario da medicacao

Maurice Arruda Felinto
Ten. MED-Id: 0702095755/MG
CRM-PB 7522 / CRM-PE 21194

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	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 [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 107759^f Atd: Nao Regul
Data: 04/03/2018
Hora: 15:01:02
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVA
Clinica: ~~GIRURGICA~~ ~~ORTOPEDIA~~

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA

Num. Prontuario: 2018.03.000453

CNS: 200853716310005 Sexo: M IDENTIDADE: 3840547 Fone: 993420326

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1995 Id: 22 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: DISTRITO Cidade: JACARAU UF: PB

Mae: LUCINEIA FERNANDES PESSOA

Pai: SERGIO ALVES DA SILVEIRA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOABSON FERNANDES PESSOA

Tel/Doc. Responsavel: 993420326 / IDENTIDADE: 3840547

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UNID. DE SAUD. JACARAU

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLIS. MOTOXMOTO- 12H00

Vitima de violência por: COND. DA MOTO- TAVA SO- JACARAU

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Sem [] Grave

EC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO, COM ESCORCACOES, TRAUMA E MSD



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Sopra tórax no pulm D - H-dor e tuf. local, cutâneo, sem escoriação no M.F.R.

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

0302/16 0012

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.840.547 - 2 VIA EXPEDIÇÃO 07/07/2011

NOME JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

FILIAÇÃO SERGIO ALVES DA SILVEIRA
LUCINEIA FERNANDES PESSOA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO 08/04/1995

DOC ORIGEM

NASC. N. 717 FLS. 180 LIV. A. 1

OF. CARTORIO JACARAÚ. PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA R. 917

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

CT-7738 A.O. DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do titular

Carteira de Identidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. HABILITACAO Nº 3840547

PF 08/04/1995

CNP 107.388.764-29

DATA NASCIMENTO 08/04/1995

PRENOME DA MÃE SERGIO ALVES DA SILVEIRA

PRENOME DO PAI LUCINEIA FERNANDES PESSOA

ACC

AD

13/02/2019

03/09/2014

1º HABILITACAO

06156180286

VALIDACAO

LOCAL GUARABIRA, PB

DATA EMISSAO 15/09/2015

60698504077

PB031310222

1152920542

1152920542

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROBACAO 13/02

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 107.388.764-29

Nome Normo

JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

Nascimento 08/04/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 01250761038

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

09/02/2017

0957440553

EDIVALDO FERNANDES PESSOA

NOVO

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

DETTRAN

04/02/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

20/03/2017

2241

366

JACARA

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 01250761038 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDIVALDO FERNANDES PESSOA

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 20/03/2017

EDIVALDO FERNANDES PESSOA

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

2241-1462211-20170320

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498

0957440553

02821217498





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Joelson Fernandes Pessoa da Silveira
 DATA DO ACIDENTE 04/03/2018 CPF DA VÍTIMA 104.388.764-29
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Joelson Fernandes Pessoa da Silveira
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Varzea Comprida
 Nº SIN COMPLEMENTO _____ BAIRRO Zona Rural
 CIDADE Jaraguá UF PB CEP 58278-000
 E-MAIL abraavscfe@gmail.com TELEFONE (53) 99192-8028

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 É 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) 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 É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/02/2019
 IDENTIDADE 3840.547 - 2ª V.I.A
 ASSINATURA Joelson F.P. da Silveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04 FEV. 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190093586 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVA **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(CAPSULOTOMIA)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040125/19

Vítima: JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

CPF: 107.388.764-29

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/03/2018

Titular do CPF: JOABSON FERNANDES
PESSOA DA SILVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA : 107.388.764-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA
CPF: 107.388.764-29

JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0040325/39 CPF da vítima: 107.388.769-29 Nome completo da vítima: JOSEMAR FERNANDES PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: JOSEMAR FERNANDES PEREIRA DA SILVA CPF: 107.388.769-29
Profissão: APOSENTADO Endereço: RUA VARGEM COMPLETA Número: 51N Complemento: -
Bairro: ZONA RURAL Cidade: JACARAÍBA Estado: PB CEP: 58249-000
E-mail: jf.fernandes@gmail.com Tel. (DDD): (83) 999928028

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 16130 6

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, JACARAÍBA 06/05/2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF:

2ª | Nome:
CPF:



Assinatura

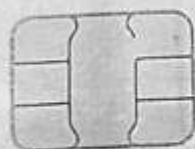
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Ourocard



5067 7580 5587 3733

VÁLIDO ATÉ

01/23

JOABSON P SILVEIRA
2191-1 16.130-6

elo

