
Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180316305**

Vitima: **RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **DAMS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180316305**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta n°: 13144518

A/C: RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180316305
Vitima: RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 04/02/2018
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 160,69

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 000000040419-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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.

E 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

095.723.314-00

Nome completo da vítima

Ricardo Rodrigues de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Ricardo Rodrigues de Oliveira	CPF titular da conta	095.723.314-00	Profissão	Agricultor	
Endereço	Sitio: Região Turvada, Sime	Número		Complemento	Coba	
Bairro	Centro	Cidade	PB	Estado	CEP	58.399-000
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

RECLUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: NRO.
Ricardos
AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
3108 3 0040419 b
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

MBM Seguradora S/A

10 JUL 2018

Ricardo Rodrigues de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00212.01.2018.1.06.110

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00212.01.2018.1.06.110, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:44 horas do dia 08 de junho de 2018, na cidade de Conde, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia do Município do Conde, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Marinho de Melo, matrícula 1560921, e lavrado por Gisely Sabino Silva, Agente de Investigação, matrícula 1819208, ao final assinado, compareceu **Ricardo Rodrigues de Oliveira**, CPF nº 095.723.314-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Operador de Máquinas, filho(a) de Maria José Rodrigues de Oliveira e Antonio Tavares de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/03/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Águas Turvas, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Rio da Geladeira, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98747-8129.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Águas Turvas, Próximo Ao Rio da Geladeira, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 04/02/18 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o noticiante estava trafegando sozinho em sua motocicleta HONDA NXR 150 BROS ESD DE COR VERMELHA, PLACA QFE 2409/PB, CHASSI 9C2KD0540ER065080, ANO/MOD 2014/2014, RENAVAM 01019664921 de propriedade do noticiante, quando de repente, para desviar de um veículo que transitava à sua frente, perdeu o controle da sua motocicleta, vindo a derrapar na estrada de barro. Que o noticiante caiu ao solo e foi socorrido por particulares e levado ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, tendo sido dada entrada às 22h55 da noite do mesmo dia 04/02/2018, com diagnóstico de TCE LEVE, FERIMENTO DO COURO BABELUDO, FRATURA DA CLAVÍCULA E FRATURA DO METACARPO. Que o noticiante passou por exames e tratamento, tendo sido obtido alta no dia 05/02/2018. Que o noticiante ainda compareceu ao Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira no dia 09/02/2018, sendo submetido a tratamento cirúrgico e obteve alta hospitalar no dia 10/02/2018.

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

Gisely Sabino Silva
Agente de Investigação
Mat.: 1819208

GISELY SABINO SILVA
Agente de Investigação

Conde/PB, 08 de junho de 2018.

Ricardo Rodrigues de Oliveira
RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 00212.01.2018.1.06.110



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA
DADOS DE NASCIMENTO	14/03/91
NOME DA MÃE	MARIA JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.060.476
------------------------	-----------

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO	04/02/18
---------------------	----------

HORA DO ATENDIMENTO	22:55
---------------------	-------

MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
-----------------------	-------------------------

DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + FERIMENTO DO COURO CABELUDO + FRATURA DA CLAVÍCULA D + FRATURA DO 4º METACARPO D
-----------------	---

CID 10	S 00.9 + S 01.0 + S 42.0 + S 62.3
--------	-----------------------------------

AVALIAÇÃO INICIAL:

Pacienteceu entradano hospital vitimade acidente de motocicleta, há cerca de 1 hora e 30 minutos, apresentando queixa de dor e limitação dos movimentos do ombro D e punho D + ferimento contuso em couro cabeludo e escoriações na face e tronco. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC do ombro D
RX do tórax - AP
RX do braço D - AP e P
RX do punho D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da clavícula D + fratura do 4º metacarpiano D à TC do ombro e ao RX. Sem alteração à TC do crânio e aos outros RX. Realizado atendimento, sutura, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia, Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR:	05/02/18
DATA DA EMISSÃO:	17/05/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 160,69

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000040419-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2007201805000000000237021080000004041916069 PAGO



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

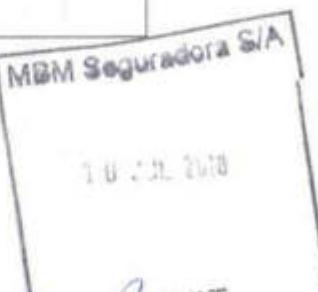
Eu, Ricardo Rodrigues de Oliveira,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão SSP/PIB

CPF nº 095.723.314-00, venho perante a este instrumento
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo documento comprobatório em nome de
terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio AGUAS TURVAS</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Conde</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.322-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)9.8747-8129</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____



Assinatura do Declarante:

Ricardo Rodrigues de Oliveira / DPVAT



Esthetician ID: 202311 Reference Date: 202311
Classification: PROFESSIONAL/RESIDENTIAL
Email: esthetician202311@esthetician.com

在1988年1月1日-2月24日的24天中，有13天的降雨量比1979年的1月1日-2月24日的降雨量要少。

在1988年1月1日-2月24日的24天中，有13天的降雨量比1979年的1月1日-2月24日的降雨量要少。

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

Conta referente a: Apresentação **Data prevista da próxima leitura:** CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2017 12/12/2017 10/01/2018 56768973104

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Diversos sistemas de ensino que as crianças devem aprender. Muitas vezes para parte dos filhos da rede municipal e nesse caso ficam presos na rede. E faze de carros metálicos para amparar papéis. Com seguranças, isso só é permitido.

600

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Lefatura	Data Lefatura			
19/11/17 12080	12/12/17 12312			
Demonstrativo				
Consumo Térmico (kWh) Diferença (m3 de Gás)	Tabela Taxas (kWh) e Custo (R\$)	Fator de conversão (m3/kWh)		
301: Consumo em kWh	10200000 122380 105,82	0,86 27 0,94 10200 0,06	423	
301: Adic. B. Verrinha	B-43	0,45 21 0,96 743 0,06	3,25	
LANÇAMENTOS E SERV - 008				
307: CONTRIBUICAO LUM PÚBLICA	1.550	0,09 10 0,05 0,03 0,08	10,00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: R\$ 188,27 119,23 336,16 119,23 128,14

VENCIMENTO
19/12/2017

RESERVADO A USO EXCLUSIVO DE LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Indicadores de Qualität

	Límites da ANEEL	Aparado	Límite de Tensão (V)
IC NOMINAL	-30		
IC TRIMESTRAL	22,88		NOMINAL
IC ANUAL	47,70		220
IC ENERGIA	5,04	1,00	CONTRATADA
IC TRIMESTRAL	18,05		LÍMITE INFERIOR
IC ANUAL	32,16		LÍMITE SUPERIOR
MC	9,48	2,90	
IC	11,22		

Comunicação Social

Discriminates	% per (%)
1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.	100.00
Total	100.00

APPENDIX

ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AFETAR A VASOLOGIA DAS ÁREAS DE INVESTIMENTO
que, de acordo com o artigo 1º, § 1º, da Lei nº 10.639/2003, é de 30 (trinta) dias contados da publicação da referida lei, ou seja, 30 (trinta) dias contados da publicação da presente lei, para que os Estados e Municípios, bem como os Conselhos Municipais de Desenvolvimento Sustentável, realizem a revisão das suas respectivas Plataformas de Desenvolvimento Sustentável, visando a adequação ao novo regime.

Out 17 305.37
Set 17 420.41
4. inf 17 318.22

沪教版七上

2000-06-21-547-3800
1997-06-21-147530-20107480

VENCIMENTO
19/12/2017 TOTAL A PAGAR
R\$ 138,27

83690000001-6 38270054000-0 07475342017-8 12300021018-5

FLAVIO FIGUEIREDO DA SILV CNPJ:03.208.714/0001-88
RUA PROFO JOSE HOLMES, 230, ERNANI SATYRO, Joao Pessoa, PB
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

CÓDIGO / DESCRIÇÃO	QTD	UN	VAL.	TOTAL
07891721013010 ALFAC 1000 C/150CPD 10X25 SG			25,56	
Desconto			23,00	
078946714221 CIPROFLOXACINO 500MG C/14 CPR NED Q			37,23	
UIMICA CX 37,23			11,50	
Desconto			2	
QTD. TOTAL DE ITENS			62,79	
VALOR TOTAL R\$			-28,29	
DESCONTOS R\$			34,50	
VALOR A PAGAR R\$			50,00	
Dinheiro			15,50	
TROCO R\$				

EMISSÃO NORMAL

Número: 223645 Série: 1
Emissão: 11/02/2018 10:09:55 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em:
http://www.receita.pb.gov.br/af/csg/SEGf_AcessaFuncao.jsp?codUnica=F1S_1410
Protocolo de Autorização: 325180035261997
Data de Autorização: 11/02/2018 10:09:25
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MDS: C46675DBCA18C2D901F2D88E1A19888E
PV0000458083
Trib. aprox R\$ 4,64 Fed e 4,14 Est e 0,00 Mun Fonte: IBPT SSA0R4
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 28,29
Balc: 677 N. Controle: 174963
AGRADECemos A PREFERENCIA
ENTREGA EM 10/02/2018 10:33:30Z/315
Informações: Sobre Tributos, Itens, Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): \$ 8,78

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN:000000000009645
CNPJ: 062625301569 T.E: 161277128
Av Cruz das Almas, 3002 - Cruz das Almas, João Pessoa - PB

DANFE NFC - é Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS
#|CÓD|DESC|QTD|UN|VAL|UNIT|R\$|TOT|ITEM|R\$|
1 241881 MELOXICAM 15MG CPD/10 BN-EMS 1 UNx43,31 43,31 -16,66
Desconto 2 176940 CIPROFLOXACINO 500MG CPD/14 BN-EMS 1 CXx33,17 33,17 -18,12
Desconto 3 176940 CIPROFLOXACINO 500MG CPD/14 BN-EMS 1 CXx33,17 33,17 -18,12
Desconto 4 176940 CIPROFLOXACINO 500MG CPD/14 BN-EMS 1 CXx33,17 33,17 -18,12
Desconto
QTD. TOTAL DE ITENS 4
VALOR TOTAL R\$ 71,80
Cartão de Crédito 71,80

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

Ola Clientido, seja bem-vindo ao novo programa de Fidelidade Sempre Pague Menos. Agora voce tem benefícios personalizados pra voce.

PARALENS! VOCE È UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 71,02

SEU SALDO DE JANEIRO A JUNHO/2018 E DE R\$ 81,30*
ATINJA R\$ 500,00 ATÉ 30/06/2018 E SEJAR UM CLIENTE OURO.

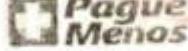
*ESSE VALOR È UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTABILIZADAS EM PTE 15 DIAS, CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 047-***-***-09
Operador: 80853 Vendedor: 21430
Trib. aprox R\$ 5,60 Fed e R\$ 0,00 Est e R\$ 0,00 Mun
Fonte: IBPT ca7g13
Obrigado e Volte Sempre.

Número 00004731 Série 014 Emissão 24/02/2018 14:40:36
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em:
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>
CHAVE DE ACESSO
2518 0206 6262 5301 4969 6501 4000 0432 3110 0030 6161
CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Consulte via leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325180045354869
24/02/2018 14:40:42



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN:000000000809845
CNPJ: 05626253014969 I.E: 161277128
Av.Cruz das Armas, 3002 - Cruz das Armas, JOAO PESSOA - PB

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

WICOD IDESC QTDO UNI VAL UNIT R\$	I TOT ITEM R\$
1 190128 CEFALEXINA 500MG CPO/10 GN-EMS +	1 UNx29.39 29.39
Desconto	-13.99
2 190128 CEFALEXINA 500MG CPO/10 GN-EMS +	1 UNx29.39 29.39
Desconto	-13.99
3 190128 CEFALEXINA 500MG CPO/10 GN-EMS +	1 UNx29.39 29.39
Desconto	-13.99
QTD. TOTAL DE ITENS	3
VALOR TOTAL R\$	46.20
Dinheiro	46.20
T R O C O R\$: 4.00	

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA RICARDO, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TEM BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCÊ.

PARABÉNS! VOCÊ É UM CLIENTE OURO.

NESSA COMPRA VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 41.97

SEU SALDO DE JANEIRO A JUNHO/2018 E DE R\$ 298.88*. ATINJA R\$ 500,00 ATÉ 30/06/2018 E CONTINUE SENDO UM CLIENTE OURO.

*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAGUENMOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 095.***.***-00
Operador: 82842 Vendedor: 60047
Trib aprop: R\$:2,47 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Mun
Fonte: IBPT ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000103469 Série 013 Emissão 05/04/2018 15:30:11
Via Consumidor - Consulta pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO

2518 0406 6262 5301 4969 5501 3000 1024 6919 0030 1019

CONSULTOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325180078266174
05/04/2018 15:29:50

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.

IN:000000000809845

CNPJ: 05626253014969 I.E: 161277128

Av Cruz das Armas, 3002 - Cruz das Armas, JOAO PESSOA - PB



DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

WICOD IDESC QTDO UNI VAL UNIT R\$	I TOT ITEM R\$
1 482650 PICOLE GÁS/URG FESTIT WATER 1 UNX6,50	8.50
De: 8,50 Por: 7,23	-1,27
2 465321 SORO FÍSICO PRÓSOFU DAF 0,9/ 240ML	4,25
De: 4,20 Por: 3,19	-1,06
3 366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	2,50
De: 2,62 Por: 2,50	
4 366579 COMPR GAZE P MENOS 7,5X7,5CM C/20	2,50
De: 2,62 Por: 2,50	

QTD. TOTAL DE ITENS	
VALOR TOTAL R\$	15,42
Dinheiro	15,42

T R O C O R\$: 34,56

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA RICARDO, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TEM BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PRA VOCÊ.

PARABÉNS! VOCÊ É UM CLIENTE OURO.

NESSA COMPRA VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 2,57

*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EXCLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAGUENMOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 095.***.***-00
Operador: 80853 Vendedor: 47011
Trib aprop: R\$:2,47 Fed e R\$:1,77 Est e R\$:0,00 Mun
Fonte: IBPT ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000065059 Série 012 Emissão 12/02/2018 13:10:23
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO
2518 0206 6262 5301 4969 5501 2000 0650 5910 0031 6926

CONSULTOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325180078266174
12/02/2018 13:10:39

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA
Av: Rui Barbosa - 240 - Centro – Guarabira – PB
Fone: (83) 3271 – 1156 Fax: (83) 3271 – 4032

RECIBO..... 1.500,00

Recebi do Sr.. RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA, a importância líquida de R\$ 1.500,00 (Hum Mil e Quinhentos Reais), ref. a atendimento médico cirúrgico realizado na pessoa do mesmo.

Para maior clareza, firmo o presente recibo, dando plena e total quitação.

Guarabira, 09 de Fevereiro de 2018.



04.239.906.0001-38
Centro de Saúde
Guarabira - PB



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA
DADOS DE NASCIMENTO	14/03/91
NOME DA MÃE	MARIA JOSÉ RODRIGUES DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.060.476
------------------------	-----------

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO	04/02/18
---------------------	----------

HORA DO ATENDIMENTO	22:55
---------------------	-------

MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
-----------------------	-------------------------

DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + FERIMENTO DO COURO CABELUDO + FRATURA DA CLAVÍCULA D + FRATURA DO 4º METACARPO D
-----------------	---

CID 10	S 00.9 + S 01.0 + S 42.0 + S 62.3
--------	-----------------------------------

AVALIAÇÃO INICIAL:

Pacienteceu entradano hospital vitimade acidente de motocicleta, há cerca de 1 hora e 30 minutos, apresentando queixa de dor e limitação dos movimentos do ombro D e punho D + ferimento contuso em couro cabeludo e escoriações na face e tronco. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC do ombro D
RX do tórax - AP
RX do braço D - AP e P
RX do punho D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da clavícula D + fratura do 4º metacarpiano D à TC do ombro e ao RX. Sem alteração à TC do crânio e aos outros RX. Realizado atendimento, sutura, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia, Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR:	05/02/18
DATA DA EMISSÃO:	17/05/18

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui barabosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.

Fone: (83) 3271 1156

Fax: (83) 3271 4032

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA, Agricultor, brasileiro, portador do RG: 3.453.190 SSP-PB, residente e domiciliado no sítio Aguas Chuvas, município de João Pessoa-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda – CNPJ: 09.239.906/0001-38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 09/02/2018, tendo como diagnóstico de Fratura da Clavícula e Metacarpiano CID 10 S42.0 e S62.2, submetido a tratamento cirúrgico, com quadro clínico exame realizado raios x da Clavícula e Mão e imobilização tipo tala gessada membro superior, colocado material de síntese 02 (dois) Fios Steinmann, com alta hospitalar no dia 10/02/2018. Conforme consta na ficha ambulatorial e prontuário Nº 033/2018, em nossos arquivos.

Guarabira, 13 de Abril de 2018.

Dr. Tomásio de Almeida Pinto
Assistente de Traumatologia

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

PROSFRAF



PROSFRAF

GUARABIRA - PARAÍBA
FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 03312018

Nome: Ricardo Rodrigues de Oliveira

Sexo: M Naturalidade: Brasileiro

Data de Nascimento: 21/03/91

Endereço: Setor populacional das Flores

Fone: _____ Documento: RG 3.2153.190-SE.P.R.

Responsável: (Intervisão Técnica de Socorro) (Pai)

Endereço: Pronto Socorro de Guarabira

Fone: _____

CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apt: PC 111111111111111111 Leito: _____

Categoria: PC 111 1 2 A.I.H N° _____

Data da Entrada: 01/02/2018 Hora da Entrada: 11:45h

Créditos

Repcionista

Guilherme Filho

Médico Plantonista

C R M 7618

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do
tratamento em regime ambulatorial.

Data: 10/02/2018


MÉDICO - CRM

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Histórico da Doença Atual:

FRACTURA NG OMBRO + METACARPO
+ METACARPO APÓS ACIDENTE DE
MOTO/CICLETA

EXAME FÍSICO:

P.A. _____ TPR. _____ PESO: _____ PULSO: _____

Mucosas: _____ Est. Geral: _____ Facies: _____

Diagnóstico Inicial: FRACTURA NG LAVÍCULA + METACARPO

C.I.D. _____ Procedimento Solicitado: _____

Diagnóstico Definitivo: FRACTURA DE LAVÍCULA + METACARPO C.I.D.

Diagnóstico Secundário: _____ C.I.D. _____

Procedimento Realizado: NO FRACTORA DE LAVÍCULA + METACARPO

Observações: CARPO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado, _____
 plena autorização aos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistirem
 promoverem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções
 julgaram necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submete-se a todos as disposições
 contidas no Regulamento do Hospital.

Guarabira, 13 de Agosto de 18

Ass. do Paciente ou Responsável

O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez () DAMS - Seguradora : MBM - 6084

Valor da Indenização – R\$: _____

Vítima: Ricardo R. de Oliveira Nascimento 14/03/91

CPF: 095.723.314.00

Reclamante - Vítima Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC: _____ / _____

Endereço: sítio AGUAS TURVAS, S/Nº Bairro: ENTR

Cidade: Ponte Estado: PB CEP: 58-322-000 TEL: (83) 9.8747-8129

Procurador: _____ CPF/CGC: _____ / _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ TEL: () _____

Dados da Ocorrência Data do Sinistro /Fato: 04/09/2018

Data do Boletim /Registro: 05/06/2018 Estado da ocorrência:

Veic. Identificado
 sim () não

Placa
QFe-2409

Tipo de Veículo
Motoelettra

Vítima:

- 1 - Transportado ()
- 2 - Não transportado ()
- 3 - Motorista

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo

Número do Processo:

_____ Local / Data

2º Periodo Rodovia do sol



(714442)



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Ricardo Rodrigues de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 345.319 e inscrito no CPF/MF sob o nº 015.783.314-00, residente e domiciliado na Sítio: ÁGUAS TURVAS S/Nº - CENTRO, Cidade Conde, Estado PB, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Ricardo Rodrigues de Oliveira

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Local e Data



PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180316305

Data do acidente: 04/02/2018

Vítima: RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Atendimento: FARMACIA

Cidade: Conde

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data: 18/07/2018 09:40:08

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DO OMBRO E DO BRACO FRAT DA CLAVICULA -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Materiais			1500,00	0,00
Farmácias			160,69	160,69
Total da Análise Atual			1660,69	160,69

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: SEM COBERTURA PARA DESPESAS COM SORVETE. PARA AVALIAÇÃO DO RECIBO DE R\$ 1500,00 É NECESSÁRIO DISCRIMINATIVO COM SEUS VALORES E QUANTIDADES INDIVIDUAIS E FICHA DO CENTRO CIRÚRGICO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	1660,69	160,69	160,69
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	1660,69	160,69	160,69

TOTAL PLEITEADO: 1660,69 **TOTAL AVALIADO:** 160,69 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 160,69

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA