

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

Carta nº 13096822



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 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



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

CPE da Vítima

Nome completo da vítima

095.753.314-00

RICARDO RODRIGUES DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ricardo Rodrigues de Oliveira		CPE titular da conta 095.753.314-00		Profissão Agricultor	
Endereço Sitio: Aguas Turvas, Sme		Número		Complemento Coba	
Bairro Centro	Cidade Bonde	Estado PB	CEP 58.392-000	Telefone (DDD)	
Email					

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

- ☒ RECUSO 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) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO NOME NRO
 BRadesco
 AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
 2108 3 0040419 5
 (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.

de de
Local e Data

Ricardo Rodrigues de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



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.: 181920-8

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:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de 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 corto-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
MÉDICO CUIABETOR
CRM: 2516/PB

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

BRDESCO20072018050000000002370210800000004041916069 PAGO



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Picardo Rodrigues de Oliveira,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão SSP/RS

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>Condé</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.322-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8747-8129</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Picardo Rodrigues de Oliveira



energy

2008年12月15日

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

● 2014年12月12日

Cell. pour Obj. Automatique. XDC 121314

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	56768923454

UC (Unidade Consumidora): 57

Canal de contato

Overado com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empire suas partes do feto da rede elétrica e não se sobre caso ficarem presas na rede. É muito de usar fios metálicos para amarrar pipes. Com segurança, não se preocupe.

Ent

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/11/17	13080	12/12/17	12812		132	32
Demonstrativo						
001 Descont						
0801 Contagem em kWh						
0801 Adc B Vermeilho						
CANCELAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA						

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24	2024-25	2025-26	2026-27	2027-28	2028-29	2029-30	2030-31	2031-32	2032-33	2033-34	2034-35	2035-36	2036-37	2037-38	2038-39	2039-40	2040-41	2041-42	2042-43	2043-44	2044-45	2045-46	2046-47	2047-48	2048-49	2049-50	2050-51	2051-52	2052-53	2053-54	2054-55	2055-56	2056-57	2057-58	2058-59	2059-60	2060-61	2061-62	2062-63	2063-64	2064-65	2065-66	2066-67	2067-68	2068-69	2069-70	2070-71	2071-72	2072-73	2073-74	2074-75	2075-76	2076-77	2077-78	2078-79	2079-80	2080-81	2081-82	2082-83	2083-84	2084-85	2085-86	2086-87	2087-88	2088-89	2089-90	2090-91	2091-92	2092-93	2093-94	2094-95	2095-96	2096-97	2097-98	2098-99	2099-00	2100-01	2101-02	2102-03	2103-04	2104-05	2105-06	2106-07	2107-08	2108-09	2109-10	2110-11	2111-12	2112-13	2113-14	2114-15	2115-16	2116-17	2117-18	2118-19	2119-20	2120-21	2121-22	2122-23	2123-24	2124-25	2125-26	2126-27	2127-28	2128-29	2129-30	2130-31	2131-32	2132-33	2133-34	2134-35	2135-36	2136-37	2137-38	2138-39	2139-40	2140-41	2141-42	2142-43	2143-44	2144-45	2145-46	2146-47	2147-48	2148-49	2149-50	2150-51	2151-52	2152-53	2153-54	2154-55	2155-56	2156-57	2157-58	2158-59	2159-60	2160-61	2161-62	2162-63	2163-64	2164-65	2165-66	2166-67	2167-68	2168-69	2169-70	2170-71	2171-72	2172-73	2173-74	2174-75	2175-76	2176-77	2177-78	2178-79	2179-80	2180-81	2181-82	2182-83	2183-84	2184-85	2185-86	2186-87	2187-88	2188-89	2189-90	2190-91	2191-92	2192-93	2193-94	2194-95	2195-96	2196-97	2197-98	2198-99	2199-00	2200-01	2201-02	2202-03	2203-04	2204-05	2205-06	2206-07	2207-08	2208-09	2209-10	2210-11	2211-12	2212-13	2213-14	2214-15	2215-16	2216-17	2217-18	2218-19	2219-20	2220-21	2221-22	2222-23	2223-24	2224-25	2225-26	2226-27	2227-28	2228-29	2229-30	2230-31	2231-32	2232-33	2233-34	2234-35	2235-36	2236-37	2237-38	2238-39	2239-40	2240-41	2241-42	2242-43	2243-44	2244-45	2245-46	2246-47	2247-48	2248-49	2249-50	2250-51	2251-52	2252-53	2253-54	2254-55	2255-56	2256-57	2257-58	2258-59	2259-60	2260-61	2261-62	2262-63	2263-64	2264-65	2265-66	2266-67	2267-68	2268-69	2269-70	2270-71	2271-72	2272-73	2273-74	2274-75	2275-76	2276-77	2277-78	2278-79	2279-80	2280-81	2281-82	2282-83	2283-84	2284-85	2285-86	2286-87	2287-88	2288-89	2289-90	2290-91	2291-92	2292-93	2293-94	2294-95	2295-96	2296-97	2297-98	2298-99	2299-00	2300-01	2301-02	2302-
-------------------------------------	-------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	-------

214

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

Historico de Consumo (kWh)											
429	365	548	322	486	202	202	208	327	304	271	237
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Ma/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AGENCO

Indicadores de Qualidade				Composição do Custo		
	Limites da Análise	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DO MENSAL		3,50				
DO TRIMESTRAL	23,86		NOMINAL			
DO ANUAL	47,79			220		
DO MENSAL	10,04	1,00	CONTRATAÇÃO			
DO TRIMESTRAL	18,06		LIMITE INFERIOR	200		
DO ANUAL	33,16		LIMITE SUPERIOR	220		
DO MENSAL	2,58	3,30				
				Total	128,27	100,00

ATENÇÃO		Fecharias mais recentes
17/09/2013	305,31	Out/17
16/09/2013	420,41	Set/17
15/09/2013	249,22	Ago/17

PARASOL
3 61600-21 - 547 - 3600
Interpode: 147436-00170000

VENCIMIENTO
19/12/2017

TOTAL A PAGAR
86.418,88

836900000001-6 38270054000-0 07475342017-8 12300021018-5



FLAVIO FIGUEIREDO DA SILVA CNPJ:03.208.714/0001-88
RUA PROFO JOSE HOLMES, 230, ERNANI SATYRO, Joao Pe
ssoa, PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor El
etrônica

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL	UN	VL	TOTAL
07891721013010	ALGIMAC 10MG C/150MG 10x25 50						25,50
	Desconto						23,00
078946714221	CIPROFLOXACINO 500MG C/14 CPR						37,23
UNICA	ICM 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\$							

EMISSION NORMAL

Número: 223045 Série: 1
Emissão: 11/02/2018 10:09:55 - Via do Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www5.receita.pb.gov.br/att/seg/SEGf_Acesso
rfuncao_jsp?cdFuncao=F15_1410
2518 0205 2007 1100 0188 6500 1000 2206 3514 7100 5510
Protocolo de Autorização: 325180035261997
Data de autorização: 11/02/2018 10:09:25
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



MD5: C46675DBCA18C2D901F2D88E1A19888E
PV0000758083
Trib aprox R\$ 4,64 Fed e 4,14 Est e 0,00 Mun Font
e: IBPT 53A0R4
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 28,29
Balc: 677 N. Controle: 1749630
AGRADECEMOS A PREFERENCIA
ENTREGA EM ENTREGA 83 3223 4315
Informações dos Tributos Totais Incidentes (Lei Fe
deral 12.741/2012): R\$ 8,78



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN:000000000809845
CNPJ: 0662625301969 T.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

#ICOD	DESC	QTD	UN	VL	UNIT	R\$	TOT ITEM	R\$
1	241881 MELOXICAM 15MG CPD/10 GR-EMS					1 UNx43.31	43.31	-16.66
	Desconto					1 CXx33.17	33.17	-18.12
2	176940 CIPROFLOXACINO 500MG CPD/14 GR-EMS					1 CXx33.17	33.17	-18.12
	Desconto					1 CXx33.17	33.17	-18.12
3	176940 CIPROFLOXACINO 500MG CPD/14 GR-EMS					1 CXx33.17	33.17	-18.12
	Desconto					1 CXx33.17	33.17	-18.12
4	176940 CIPROFLOXACINO 500MG CPD/14 GR-EMS					1 CXx33.17	33.17	-18.12
	Desconto							
QTD. TOTAL DE ITENS							71.80	
VALOR TOTAL R\$							71.80	
Cartão de Crédito								

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLÁ ELENILDO, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFICIOS
PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E 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 SEJA UM CLIENTE
Ouro.

*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS EX
CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SAO CONTAB
ILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M
AIS 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 ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000043231 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 4369 6501 4000 0432 3110 0030 6161

CONSUMIDOR
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Consulte via Leitor GR Code



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



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
 IN:00030000809845
 CNPJ: 06626253014369 I.E.: 161277128
 Av Cruz das Armas, 3002 - Cruz das
 Armas, JOAO PESSOA - PE

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

WICOD	IDESC	QTD	UN	VL UNIT R\$	TOT ITEM R\$
1	190128	CEFALEXINA 500MG CFI/10 GN-EMS +	1 UNx29.39	29.39	
				-13.99	
Desconto					
2	190128	CEFALEXINA 500MG CFI/10 GN-EMS +	1 UNx29.39	29.39	
				-13.99	
Desconto					
3	190128	CEFALEXINA 500MG CFI/10 GN-EMS +	1 UNx29.39	29.39	
				-13.99	
Desconto					
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 VOCE TEM BENEFICIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE OURO.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 41.97

SEU SALDO DE JANEIRO A JUNHO/2018 E DE R\$ 293.88*, ATINJA R\$ 500.00 ATÉ 30/06/2018 E CONTINUE SENDO UM CLIENTE OURO.

*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS. EX CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO CONTAB ILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 095.***.***-00
 Operador: 82842 Vendedor: 60047
 Trib aprox R\$:2.07 Fed e R\$:0.00 Est e R\$:0.00 Muni
 Fonte: IBPT ca7913
 Obrigada e Volte Sempre.

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

CHAVE DE ACESSO
 2518 0406 6262 5301 4969 6501 3000 1034 6510 0030 1019

CONSUMIDOR
 CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
 Consulte via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325180078263174
 05/04/2018 15:29:50



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
 IN:00000000809845
 CNPJ: 06626253014369 I.E.: 161277128
 Av Cruz das Armas, 3002 - Cruz das
 Armas, JOAO PESSOA - PE

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

WICOD	IDESC	QTD	UN	VL UNIT R\$	TOT ITEM R\$
1	482650	PICOLE NACHOS PETIT WATER 1 UNx8.50	1 UNx8.50	8.50	
De:				8.50 Por: 7.23	
Desconto					-1.27
2	465321	SORO FISIOLOGICO PROPRIO 0.9/ 240ML	1 UNx4.25	4.25	
De:				4.25 Por: 3.19	
Desconto					-1.06
3	366579	COMP GAZE P MENOS 7.5X7.5CM C/20	1 UNx2.50	2.50	
De:				2.50 Por: 2.50	
4	366579	COMP GAZE P MENOS 7.5X7.5CM C/20	1 UNx2.50	2.50	
De:				2.50 Por: 2.50	

QTD. TOTAL DE ITENS 4
 VALOR TOTAL R\$ 15.42
 Dinheiro 15.42

T R O C O R\$: 34.58

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

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

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE OURO.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 2.57

*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS. EX CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO CONTAB ILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 095.***.***-00
 Operador: 80853 Vendedor: 47011
 Trib aprox R\$:2.47 Fed e R\$:1.77 Est e R\$:0.00 Muni
 Fonte: IBPT ca7913
 Obrigada 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 6501 2000 0650 5910 0031 6926

CONSUMIDOR
 CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
 Consulte via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325180035916700
 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 cirurgico realizado na pessoa do mesmo.

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

Guarabira, 09 de Fevereiro de 2018.


09.239.906.700001-38
Pronto Socorro Fraturas
de Guarabira - PB
Centro - 240 - 1.500
[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:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de 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 corto-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
MÉDICO CUIRURGISTA
CRM: 2516/PB

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. Tenissocles da Almeida Ribeiro Filho
Atividade em Traumatologia

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

PROSFRAG



PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA

FONE: (83) 3271-1156

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

PRONTUÁRIO Nº 033/2018

Nome: Piccolo Rodrigues de Sousa
Sexo: _____ Naturalidade: João Pessoa
Data de Nascimento: 14, 03, 91
Endereço: Sto. Francisco de Assis, 100, 500
Fone: _____ Documento: RG 3.2153.1905 EF. PB
Responsável: (Mário Augusto de Sousa Filho (Pai))
Endereço: Rua José Roberto de Sousa Filho
Fone: _____

CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apto: Apartamento Leito: _____
Categoria: PCH ☒ 1 ☒ 2 A.I.H N° _____
Data da Entrada: 09, 02, 2018 Hora da Entrada: 11:45h

Críotico
Recepcionista

Mário Augusto Filho
Médico Plantonista

CRM 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

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

1911

ANAMNESE:

Queixa Principal:

FRATURA DE CLAVÍCULA + METACARPO

Histórico da Doença Atual:

Paciente com FRATURA DE CLAVÍCULA
+ METACARPO APÓS ACIDENTE DE
MOTOCICLETA

EXAME FÍSICO:

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

Mucosas: _____ Est. Geral: _____ Faces: _____

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE CLAVÍCULA + METACARPO

C.I.D. _____ Procedimento Solicitado: _____

Diagnóstico Definitivo: FRATURA DE CLAVÍCULA + METACARPO

C.I.D. _____

Diagnóstico Secundário: _____ C.I.D. _____

Procedimento Realizado: ~~NO~~ FRATURA DE CLAVÍCULA + 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 julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todas as disposições contidas no Regulamento do Hospital.

Guarabira, 13 de

de 18


Ass. do Paciente ou Responsável

Seguro
DPVAT

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 - RS: _____

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

CPF: 095.723.314 / 00

Reclamante - Vítima ☒ Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC: _____ / _____

Endereço: Sítio AGUAS TORVAS, S/Nº Bairro: centro

Cidade: conde 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: 04/02/2018

Data do Boletim / Registro: 08/06/2018

Estado da ocorrência: _____

Veic. Identificado

☒ sim () não

Placa

AFE-2409

Tipo de Veículo

motocicleta

Vítima:

1 - Transportado ()

2 - Não transportado ()

3 - Motorista ☒

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ☒

Número do Processo: _____

Local / Data

Ricardo R. de Oliveira

Assinatura

MBM Seguradora S/A

10 JUL 2018

mbm

Seguro de Pessoas

DPVAT

(714442)



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pilarado Rodrigues de Oliveira, portador da
carteira de identidade nº 345.3190 e inscrito no CPF/MF sob o nº
095.783.314-00, residente e domiciliado na
SITIO: AGUAS TURVAS S/N: 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.

Pilarado 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