



16/06/2021

Número: **0840001-50.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO PEREIRA DE LIMA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44604800	16/06/2021 14:26	<a href="#">Petição</a>	Petição
44604805	16/06/2021 14:26	<a href="#">2642112_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
44604809	16/06/2021 14:26	<a href="#">2642112_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286095

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 27/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO PEREIRA DE LIMA

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,

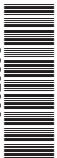
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14219358

Pag. 00611/00612 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020306



## 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: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62

Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Guajará do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3914 CONTA: 97367 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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: 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 a aqueles 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/beneficiário

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

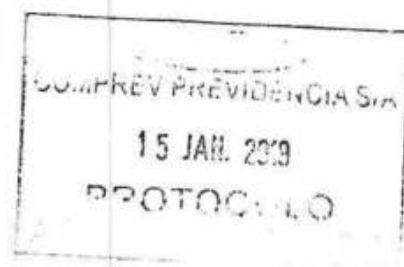
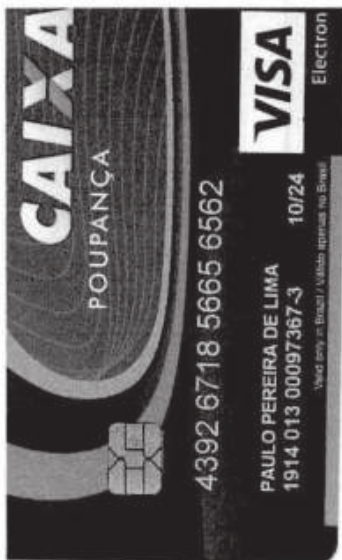
15 JAN 2019

PROTÓCOLO

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018





## 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: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62

Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Guajará do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3914 CONTA: 97367 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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: 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 a aqueles 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/beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

15 JAN 2019

PROTÓCOLO

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018



## 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: CPF da vítima: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62  
Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento:  
Bairro: Centro Cidade: Cruz das Almas Estado: PB CEP: 58337-000  
E-mail: Tel. (DDD):

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

REDA MENSAL:  
☒ RECLUSO 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) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3914 CONTA: 973673  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:  
(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 22 ABR. 2019  
☐ 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. 39, §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 (ou 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 (ou nascido)? ☐ 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 - PB 15/01/19  
Nome: Paulo Pereira de Lima  
CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

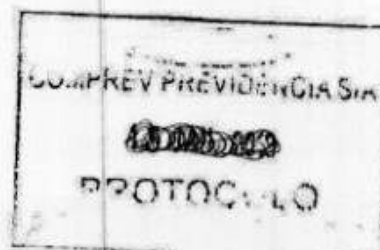
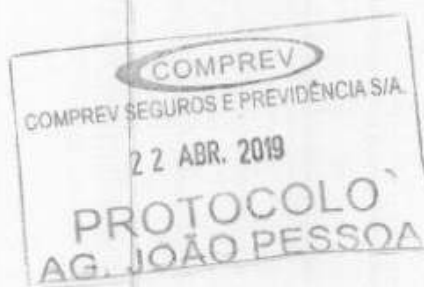
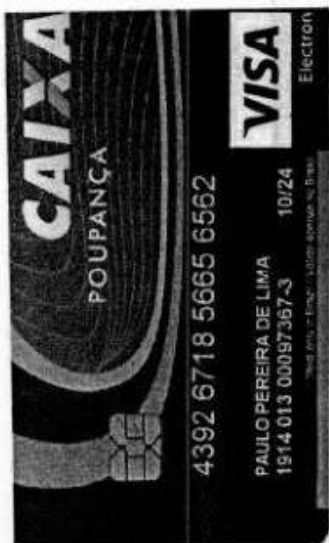
CPF:

Assinatura

PROTÓCOLO

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018







## 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: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62  
Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Cruz do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECURSO 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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 97367 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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 do 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prova de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem nesta 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 art. 179 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima  
Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: AG. JOÃO PEREIRA  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO

(\*) 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.

FPS-001 V001/2018





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00171.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

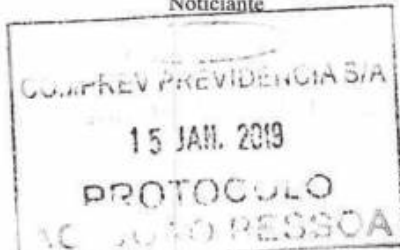
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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 fê.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

PAULO PEREIRA DE LIMA  
Notificante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00171.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

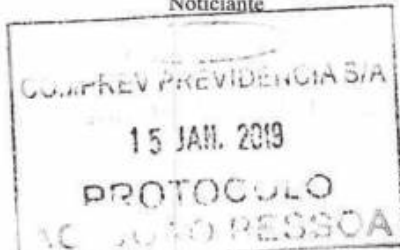
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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 fê.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

PAULO PEREIRA DE LIMA  
Notificante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00171.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

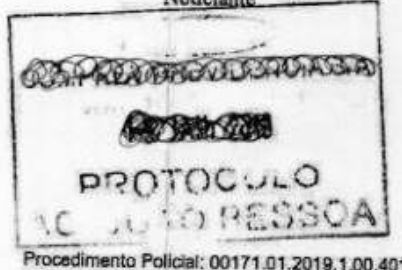
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

**PAULO PEREIRA DE LIMA**  
Notificante







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00171.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

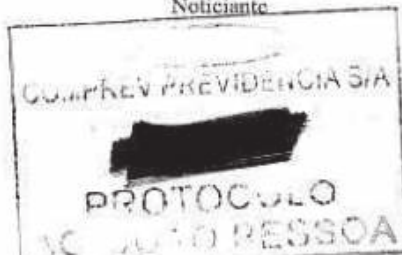
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

**PAULO PEREIRA DE LIMA**  
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401



## 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: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62

Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Guajará do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3914 CONTA: 97367 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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: 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 a aqueles 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/beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

15 JAN 2019

PROTÓCOLO

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018



## 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: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62

Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Guajará do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3914 CONTA: 97367 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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: 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 a aqueles 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/beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

15 JAN 2019

PROTÓCOLO

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018



## 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: CPF da vítima: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62  
Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento:  
Bairro: Centro Cidade: Cruz das Almas Estado: PB CEP: 58337-000  
E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDAMENTO MENSAL:  
☒ RECLUSO 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: 3914 CONTA: 973673  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:  
(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 22 ABR. 2019  
☐ 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. 39, §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 (ou 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 - PB 15/01/19  
Nome: Paulo Pereira de Lima  
CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome:  
CPF:

2ª Nome:  
CPF:

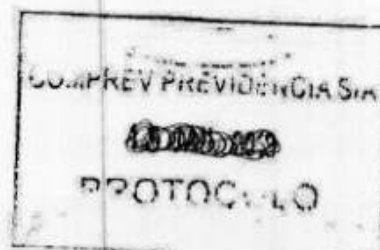
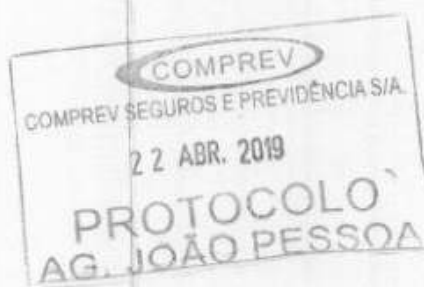
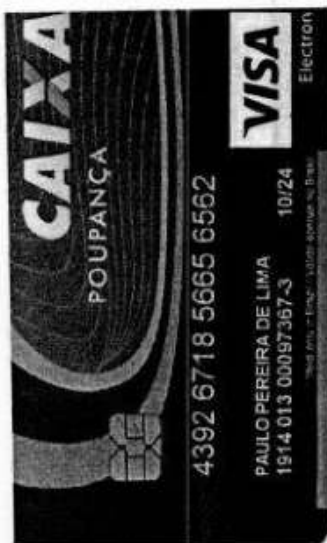
Assinatura

PROTOCOLO

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018







## 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: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 047.313.864-62 Nome completo da vítima: Paulo Pereira de Lima  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Paulo Pereira de Lima CPF: 047.313.864-62  
Profissão: Professor Endereço: Rua Profetada Número: 08 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Centro Cidade: Cruz do Espírito Santo Estado: PB CEP: 58337-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECURSO 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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 97367 3 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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 do 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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 prova de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem nesta 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 art. 179 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Paulo Pereira de Lima  
Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1ª Nome: AG. JOÃO PEREIRA  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

PROTOCOLO

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, 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.

FPS-001 V001/2018



Ficha Nr: 97813      Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEdia

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: VERDE			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Enc. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Lesão Principal		<input type="checkbox"/> Vômito	
SUSMANHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA		Observacao	COOPREV PREVIDENCIA Sim

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Guia de ~~med~~ com  
FARMACIA Est.

## Diagnostico

### Conduta

Principio metodo medico

ericao

| Horario da medicacao

C7: Intervenção P/ 990 CILÍNICO



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
EXERCÍCIO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Raulo Pereira de Lima*

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  
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429 Num. Prontuario: 2018.01.003765  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: VERDE  
PA: PA: FC: TP: Peso: Altura: Glicemia: IMC: Ec. Abd: O2%  
Sinais Principais  
RACIAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

COMPREV PREVIDENCIA Sim  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com  
ferimento grave.

Diagnostico

Conduta

Procedimento medico e

Horario da medicacao

C7: Intervenção P/  
990 CII/NO/CO  
2018



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
EXERCÍCIO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Raulo Pereira de Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## CERTIDÃO

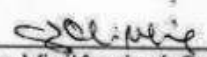
Nº. 1573/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU  
Informações de Entrada  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
Viz./Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedência: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2018.01.003765

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

22 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

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

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

Queixa Principal

Observação

RECOMENDADO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

AG. JOÃO PESSOA

Queda de moto com  
queimadura grave Est.

Diagnóstico

Conduta

Prontuário médico médico E

Exame

Horário da medicação

C7: Intubação P/  
990 C710000  
2018

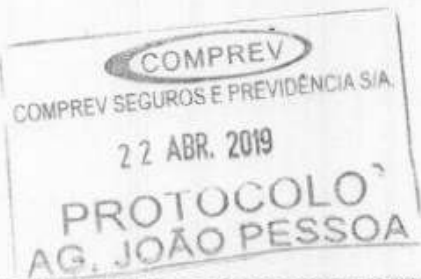
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684  
Número do documento: 21061614262844800000042402684



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
EXAMINAMENTO REALIZADO

PROTOCOLO

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  
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atcd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPIEDIA

Nome DO PACIENTE: PAULO PEREIRA DE LIMA  
Num. de vezes atendido: 1  
Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA  
Num. Prontuario: 2018.01.003765  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
Viz./Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedência: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

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

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

Lesão Principal

Observacao

RECOMENDACAO PARA AVALIACAO DA ORTOPIEDIA

COOPREV PREVIDENCIAS S.A.

PROTOCOLADO

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AG. JOAO PESSOA

Queda de moto com  
trauma grave Est.

Diagnostico

Conduta

Prontuario medico medico E

Exame

Horario da medicacao

07: Interconsulta P/  
990 C/10/10  
Rosa

Dr. Suelio Moreira Torres  
Médico  
CRM: 10.100/10  
CNPJ: 00.000.000/00



PAULO PEREIRA DE LIMA  
RUA PROJETADA, 05 - CENTRO  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 59337-000 (AQ: 51)  
Emissão: 06/12/2018 Referência: Dez / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BOMBA RENDA MONOFÁSICO R220, Km 25 - Crote Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
Rotômetro: 3 - 55 - 528 - 1920 Nº medidor: 00009081252



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.185/0001-40 Insc. Est. 15.015.522-0

Nela Focai / Contas de Energia Elétrica Nº 016 045.004  
Cód. para Dto. Automático: 00012891479

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.004-02 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1289147-9**

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003  
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/11/18	1404	06/12/18	1549	1	145	29
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base
0001	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267890	8,03	8,03	0,00
0001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	10,000	0,483540	34,54	34,54	0,37
0001	Consumo - 101 a 220kWh-BR	45,000	0,740300	33,31	33,31	0,38
0001	Adic. B. Amarela	1,07	1,07	0,30	1,07	0,01
0010	Subsídio	48,02	48,02	27	12,96	48,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA	12,59	0,00	0	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 11/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0005	MULTA 11/2018	1,00	0,00	0	0,00	0,00
0006	Devolução Subsídio	-32,14	0,00	0	0,00	0,00

CC) Código de Classificação do Item TOTAL 108,51 125,57 33,90 125,57 1,38 8,27

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

14E

**13/12/2018**

**R\$ 108,51**

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 251 | 148 | 171 | 195 | 162 | 143 | 117 | 99 | 35 | 108 | 142  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIA MENSAL	2,47	
DIA TRIMESTRAL	12,94	
DIA ANUAL	26,99	
PI MENSAL	3,48	
PI TRIMESTRAL	9,37	
PI ANUAL	13,89	
DVIG	3,90	
DICR	12,22	

#### Composição do Consumo

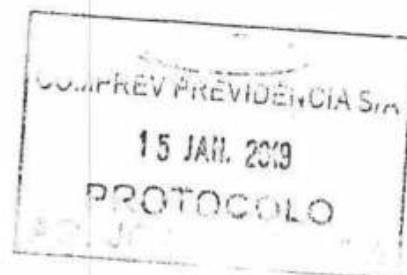
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	19,42	18,87
Cobrança de Energia	26,27	24,21
Serviço de Transmissão	2,00	1,84
Encargos Setoriais	4,35	4,01
Impostos, Ovelos e Encargos	66,81	62,17
Custos Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>108,51</b>	<b>100,00</b>

Valor da EUSD (R\$) 10/2018: R\$ 22,85

#### ATENÇÃO

#### Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Bateria Renda, tendo um desconto de R\$32,14



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>

Número do documento: 21061614262844800000042402684





이제부터는 *이탈리아의 예술가들*을 소개할 차례이다. 이 책은 1950년대 말부터 1960년대 초에 걸쳐 이탈리아의 예술가들을 소개한 책이다. 이 책은 1950년대 말부터 1960년대 초에 걸쳐 이탈리아의 예술가들을 소개한 책이다. 이 책은 1950년대 말부터 1960년대 초에 걸쳐 이탈리아의 예술가들을 소개한 책이다.

Cód. parv. 01b. Automático: 00016782581

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.542.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letras	Data	Letras			
16/12/12	207	21/12/12	208			
Demonstrativo						
00	Salário	Quantidade Faltada	Valor Faltado	Valor Faltado	Preço Unitário	Valor Faltado
		Quantidade	Valor	Valor	Preço Unitário	Valor
0001	Consumo em Litros	200,00	180,00	180,00	0,90	180,00
0002	Adic B Vermelhos	4,75	4,75	2,15	2,20	0,04
0003	Adic B Amarelos	0,20	0,20	0,05	0,25	0,02
VALOR GERAL DOS SERVIÇOS						
0007	CONTROLE SERV. LUM. S/SLUCA	11,24	0,00	0	0,00	0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62

28/11/2018  
Historico de Consumo (kWh)

R\$ 198,62

6	23	40	27	4	170	221	223	187	205	191	226
Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18
DISPERSED - CATTLE											

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade				Tabela 1		
	Limites da ANEL	Aparado	Limite de tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
1. IMPERMEABILIZANTE	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
2. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
3. CANOIS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
4. FUNDAMENTOS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
5. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
6. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
7. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
8. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
9. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
10. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
11. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
12. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
13. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
14. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
15. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
16. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
17. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
18. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
19. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
20. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
21. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
22. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
23. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
24. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
25. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
26. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
27. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
28. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
29. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
30. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
31. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
32. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
33. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
34. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
35. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
36. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
37. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
38. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
39. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
40. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
41. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
42. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
43. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
44. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
45. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
46. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
47. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
48. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
49. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
50. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
51. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
52. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
53. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
54. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
55. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
56. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
57. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
58. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
59. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
60. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
61. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
62. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
63. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
64. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
65. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
66. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
67. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
68. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
69. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
70. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
71. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
72. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
73. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
74. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
75. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
76. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
77. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
78. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
79. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
80. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
81. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
82. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
83. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
84. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
85. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
86. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
87. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
88. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
89. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
90. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
91. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
92. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
93. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
94. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
95. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
96. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
97. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
98. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
99. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
100. TUBERIAS	0,10	0,10		0,10	100,00	100,00
Total					100,00	100,00

## ATENÇÃO

### Fatores em atraso

• Lecture 2/27/2022

2. 1997年12月31日

**VENCIMENTO**

TOTAL A PAGAR

電話: 02-291-490  
 傳真: 02-291-211

28/11/2018

RS 198.62

83640000001-1 96620149000-0 16983582018-7 11400005019-4



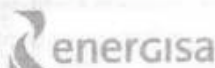
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 JAN. 2019

# PROTOCOLLO



PAULO PEREIRA DE LIMA  
RUA PROJETADA, 05 - CENTRO  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 59337-000 (AQ. 51)  
Emissão: 06/12/2018 Referência: Dez / 2018  
Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BOMBA RENDIA MONOFÁSICO R220, Km 25 - Crote Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
Rotômetro: 3 - 55 - 528 - 1920 Nº medidor: 00009081252



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.185/0001-40 Insc. Est. 15.015.522-0

Nela Focai / Contas de Energia Elétrica Nº 016 045.004  
Cód. para Dto. Automático: 00012891479

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.004-02 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1289147-9**

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003  
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/11/18	1404	06/12/18	1549	1	145	29

Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base	Valor Base	Valor Base
0001	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,267890	8,03	8,03	27	2,33
0001	Consumo - 31 a 100kWh-BR	10,000	0,483540	34,54	34,54	27	8,32
0001	Consumo - 101 a 220kWh-BR	45,000	0,740300	33,31	33,31	27	8,96
0001	Adic. B. Amarela			1,07	1,07	27	0,30
0010	Subsídio			48,02	48,02	27	12,96
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			12,59	0,00	0	0,00
0004	JUROS DE MORA 11/2018			0,00	0,00	0	0,00
0005	MULTA 11/2018			1,00	0,00	0	0,00
0006	Devolução Subsídio			-32,14	0,00	0	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 108,51 125,57 33,90 125,57 1,36 8,27

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**

14E **13/12/2018 R\$ 108,51**

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 251 | 148 | 171 | 195 | 162 | 143 | 117 | 99 | 35 | 108 | 142  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIA MENSAL	2,47	
DIA TRIMESTRAL	12,94	
DIA ANUAL	26,99	
PI MENSAL	3,48	
PI TRIMESTRAL	9,37	
PI ANUAL	13,89	
DVIG	3,90	
DICR	12,22	

#### Composição do Consumo

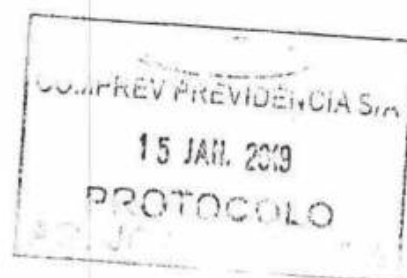
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	19,42	18,87
Copertura de Energia	26,27	24,21
Serviço de Transmissão	2,00	1,84
Encargos Setoriais	4,35	4,01
Impostos Federais e Encargos	66,61	62,17
Custos Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>108,65</b>	<b>100,00</b>

Valor da EUSD (R\$) 10/2018: R\$ 22,85

#### ATENÇÃO

#### Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$32,14





이제부터는, 이 책을 읽는 데에 있어, **이해**와 **기억**을 위한 것보다, **행동**을 위한 것, 즉 **행동지침**을 얻는 데에 중점을 두어야 할 것이다. 그리고, 이 행동지침을 얻기 위해서는, 이 책을 읽을 때, **이해**와 **기억**을 위한 것보다, **행동**을 위한 것, 즉 **행동지침**을 얻는 데에 중점을 두어야 할 것이다.

Cód. parv. 01b. Automático: 00016782581

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.542.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letura	Data	Letura						
10/10/12	3274	21/12/12	3298						
Demonstrativo									
001	Consumo	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
		Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor	Consumo	Valor
001	Consumo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
001	Adc B Verbetes	4,75	4,75	25	1,95	4,75	0,04	0,04	0,04
001	Adc B Anos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR DE SERVIÇOS									
001	CONTR SERV LUM PLACA	11,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62

28/11/2018  
Historico de Consumo (kWh)

R\$ 198,62

6	23	40	27	4	170	221	223	197	205	191	226
Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18
DISPERSED - CATTLE											

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade			Discriminações		
Limites da ANEL	Aparado	Limite de tensão (V)	Discriminações	Valor (R\$)	%
1. COMPRESSÃO	8,10	9,00	1. COMPRESSÃO	25,45	27,03
2. TENSÃO	10,10	10,00	2. TENSÃO	17,22	18,42
3. ANEL	10,10	10,00	3. ANEL	1,10	1,18
4. TENSÃO	8,10	9,00	4. TENSÃO	1,10	1,18
5. ANEL	10,10	10,00	5. ANEL	0,15	0,16
6. TENSÃO	10,10	10,00	6. TENSÃO	0,15	0,16
7. ANEL	10,10	10,00	7. ANEL	0,15	0,16
8. TENSÃO	10,10	10,00	8. TENSÃO	0,15	0,16
9. ANEL	10,10	10,00	9. ANEL	0,15	0,16
10. TENSÃO	10,10	10,00	10. TENSÃO	0,15	0,16
11. ANEL	10,10	10,00	11. ANEL	0,15	0,16
12. TENSÃO	10,10	10,00	12. TENSÃO	0,15	0,16
13. ANEL	10,10	10,00	13. ANEL	0,15	0,16
14. TENSÃO	10,10	10,00	14. TENSÃO	0,15	0,16
15. ANEL	10,10	10,00	15. ANEL	0,15	0,16
16. TENSÃO	10,10	10,00	16. TENSÃO	0,15	0,16
17. ANEL	10,10	10,00	17. ANEL	0,15	0,16
18. TENSÃO	10,10	10,00	18. TENSÃO	0,15	0,16
19. ANEL	10,10	10,00	19. ANEL	0,15	0,16
20. TENSÃO	10,10	10,00	20. TENSÃO	0,15	0,16
21. ANEL	10,10	10,00	21. ANEL	0,15	0,16
22. TENSÃO	10,10	10,00	22. TENSÃO	0,15	0,16
23. ANEL	10,10	10,00	23. ANEL	0,15	0,16
24. TENSÃO	10,10	10,00	24. TENSÃO	0,15	0,16
25. ANEL	10,10	10,00	25. ANEL	0,15	0,16
26. TENSÃO	10,10	10,00	26. TENSÃO	0,15	0,16
27. ANEL	10,10	10,00	27. ANEL	0,15	0,16
28. TENSÃO	10,10	10,00	28. TENSÃO	0,15	0,16
29. ANEL	10,10	10,00	29. ANEL	0,15	0,16
30. TENSÃO	10,10	10,00	30. TENSÃO	0,15	0,16
31. ANEL	10,10	10,00	31. ANEL	0,15	0,16
32. TENSÃO	10,10	10,00	32. TENSÃO	0,15	0,16
33. ANEL	10,10	10,00	33. ANEL	0,15	0,16
34. TENSÃO	10,10	10,00	34. TENSÃO	0,15	0,16
35. ANEL	10,10	10,00	35. ANEL	0,15	0,16
36. TENSÃO	10,10	10,00	36. TENSÃO	0,15	0,16
37. ANEL	10,10	10,00	37. ANEL	0,15	0,16
38. TENSÃO	10,10	10,00	38. TENSÃO	0,15	0,16
39. ANEL	10,10	10,00	39. ANEL	0,15	0,16
40. TENSÃO	10,10	10,00	40. TENSÃO	0,15	0,16
41. ANEL	10,10	10,00	41. ANEL	0,15	0,16
42. TENSÃO	10,10	10,00	42. TENSÃO	0,15	0,16
43. ANEL	10,10	10,00	43. ANEL	0,15	0,16
44. TENSÃO	10,10	10,00	44. TENSÃO	0,15	0,16
45. ANEL	10,10	10,00	45. ANEL	0,15	0,16
46. TENSÃO	10,10	10,00	46. TENSÃO	0,15	0,16
47. ANEL	10,10	10,00	47. ANEL	0,15	0,16
48. TENSÃO	10,10	10,00	48. TENSÃO	0,15	0,16
49. ANEL	10,10	10,00	49. ANEL	0,15	0,16
50. TENSÃO	10,10	10,00	50. TENSÃO	0,15	0,16
51. ANEL	10,10	10,00	51. ANEL	0,15	0,16
52. TENSÃO	10,10	10,00	52. TENSÃO	0,15	0,16
53. ANEL	10,10	10,00	53. ANEL	0,15	0,16
54. TENSÃO	10,10	10,00	54. TENSÃO	0,15	0,16
55. ANEL	10,10	10,00	55. ANEL	0,15	0,16
56. TENSÃO	10,10	10,00	56. TENSÃO	0,15	0,16
57. ANEL	10,10	10,00	57. ANEL	0,15	0,16
58. TENSÃO	10,10	10,00	58. TENSÃO	0,15	0,16
59. ANEL	10,10	10,00	59. ANEL	0,15	0,16
60. TENSÃO	10,10	10,00	60. TENSÃO	0,15	0,16
61. ANEL	10,10	10,00	61. ANEL	0,15	0,16
62. TENSÃO	10,10	10,00	62. TENSÃO	0,15	0,16
63. ANEL	10,10	10,00	63. ANEL	0,15	0,16
64. TENSÃO	10,10	10,00	64. TENSÃO	0,15	0,16
65. ANEL	10,10	10,00	65. ANEL	0,15	0,16
66. TENSÃO	10,10	10,00	66. TENSÃO	0,15	0,16
67. ANEL	10,10	10,00	67. ANEL	0,15	0,16
68. TENSÃO	10,10	10,00	68. TENSÃO	0,15	0,16
69. ANEL	10,10	10,00	69. ANEL	0,15	0,16
70. TENSÃO	10,10	10,00	70. TENSÃO	0,15	0,16
71. ANEL	10,10	10,00	71. ANEL	0,15	0,16
72. TENSÃO	10,10	10,00	72. TENSÃO	0,15	0,16
73. ANEL	10,10	10,00	73. ANEL	0,15	0,16
74. TENSÃO	10,10	10,00	74. TENSÃO	0,15	0,16
75. ANEL	10,10	10,00	75. ANEL	0,15	0,16
76. TENSÃO	10,10	10,00	76. TENSÃO	0,15	0,16
77. ANEL	10,10	10,00	77. ANEL	0,15	0,16
78. TENSÃO	10,10	10,00	78. TENSÃO	0,15	0,16
79. ANEL	10,10	10,00	79. ANEL	0,15	0,16
80. TENSÃO	10,10	10,00	80. TENSÃO	0,15	0,16
81. ANEL	10,10	10,00	81. ANEL	0,15	0,16
82. TENSÃO	10,10	10,00	82. TENSÃO	0,15	0,16
83. ANEL	10,10	10,00	83. ANEL	0,15	0,16
84. TENSÃO	10,10	10,00	84. TENSÃO	0,15	0,16
85. ANEL	10,10	10,00	85. ANEL	0,15	0,16
86. TENSÃO	10,10	10,00	86. TENSÃO	0,15	0,16
87. ANEL	10,10	10,00	87. ANEL	0,15	0,16
88. TENSÃO	10,10	10,00	88. TENSÃO	0,15	0,16
89. ANEL	10,10	10,00	89. ANEL	0,15	0,16
90. TENSÃO	10,10	10,00	90. TENSÃO	0,15	0,16
91. ANEL	10,10	10,00	91. ANEL	0,15	0,16
92. TENSÃO	10,10	10,00	92. TENSÃO	0,15	0,16
93. ANEL	10,10	10,00	93. ANEL	0,15	0,16
94. TENSÃO	10,10	10,00	94. TENSÃO	0,15	0,16
95. ANEL	10,10	10,00	95. ANEL	0,15	0,16
96. TENSÃO	10,10	10,00	96. TENSÃO	0,15	0,16
97. ANEL	10,10	10,00	97. ANEL	0,15	0,16
98. TENSÃO	10,10	10,00	98. TENSÃO	0,15	0,16
99. ANEL	10,10	10,00	99. ANEL	0,15	0,16
100. TENSÃO	10,10	10,00	100. TENSÃO	0,15	0,16
			Total	100,00	100,00

## ATENÇÃO

### Fatores em atraso

• Lecture 20/11/2024

2. 1997年12月31日

**VENCIMENTO**

TOTAL A PAGAR

電話: 02-291-490  
 傳真: 02-291-211

28/11/2018

RS 198.62

83640000001-1 96620149000-0 16983582018-7 11400005019-4



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 JAN. 2019

# PROTOCOL





PAULO PEREIRA DE LIMA  
RUA PROJETADA 08 - CENTRO  
CRLZ DO ESPRITO SANTO / PS CEP: 89637000 (AO 3º)  
Emissão: 08/12/2018 Referência: Dez/2018  
Classificação: RESIDENCIAL/BADIA REDEJA MONOFÁSICO 920, Km25 - Cidade Redonda - João Pessoa / PS - CEP 56071-900  
Roteiro: 2 - 55 - 525 - 12/5 Nº medidor: 00320001262

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.908.005/0001-40 Ins. Est. 15.045.822-0

Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica nº 016494.004  
Cód. para DCE Automático: 00010091479

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/2018 06/12/2018 08/01/2019 047.313.804-62  
Nº Cel:

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

Canal de contato

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi criada pela Lei nº 10.428, de 28 de abril de 2002.  
• Previsão de suspensão da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/11/18	1406	06/12/18	1549	29
Demonstrativo				
CCI Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor
0801 Consumo - 200V-5R	30,000	0,267890	8,04	8,04
0801 Consumo - 31 a 100V-5R	70,000	0,493940	34,58	34,58
0801 Consumo - 151 a 200V-5R	45,000	0,740300	33,31	33,31
0801 Adc. E. Arreia	1,07	1,07	1,07	1,07
0810 Sussido	48,02	48,02	12,96	48,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	12,59	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 11/2018	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 11/2018	1,60	0,00	0,00	0,00
0806 DEVOÇÃO SÚSSIDO	32,14	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	108,61	126,57	23,96	126,57	1,36	6,27
Média Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
142	13/12/2018	R\$ 108,51					
Histórico de Consumo (kWh)							

126 | 281 | 149 | 171 | 119 | 152 | 142 | 117 | 95 | 95 | 136 | 142  
Out/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

Indicadores de Qualidade

Limites de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCE MENSA	2,47	0,00
DCE TRIMESTRAL	17,94	0,00
DCE ANUAL	25,89	0,00
FIC MENSA	2,47	0,00
FIC TRIMESTRAL	17,94	0,00
FIC ANUAL	25,89	0,00
DCE	2,47	0,00
FIC	17,94	0,00

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Cte. de Energia	19,42	18,87
Consumo de Energia	28,27	26,51
Serviços de Transmissão	2,86	2,64
Encargos Salários	4,28	4,01
Impostos Diretos e Encargos	66,61	62,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	108,61	100,00

Valor de R\$ 108,51 em 10/12/2018

ATENÇÃO

Faturas em atraso

• Sua unidade foi classificada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 02,14

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
22 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
20/04/2019  
PROTOCOLO



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
 R. AGOSTINHO DE OLIVEIRA, 111 - JARDIM MIRASSOL  
 13060-000 - RIBEIRÃO PRETO - SP  
 Emissão: 21/11/2018 - Ribeirão Preto, SP  
 Canceled: 13/06/2018 - Ribeirão Preto, SP  
 Arquivo: 12-11-2018-450

**energisa**

ENERGISA PARÁ - S/A - CPMI - 00011903001  
 Emissão: 21/11/2018 - Ribeirão Preto, SP  
 Canceled: 13/06/2018 - Ribeirão Preto, SP  
 Arquivo: 12-11-2018-450

Serviço: 13/06/2018 - 13/06/2018  
 Cda para Cda Automática 20111903001

Atendimento ao Cliente Energisa **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: **Nov / 2018** Apresentação: **21/11/2018** Data prevista da próxima leitura: **19/12/2018** CPF/CNPJ/RANI: **010.942.224-45**

UC (Unidade Consumidora): **5/1698358-7**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Classe
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/11/18	5.76			
Demonstrativo				
01	Consumo em kWh	02	Consumo em kWh	
03	Consumo em kWh	04	Consumo em kWh	
05	Consumo em kWh	06	Consumo em kWh	
07	Consumo em kWh	08	Consumo em kWh	
09	Consumo em kWh	10	Consumo em kWh	
11	Consumo em kWh	12	Consumo em kWh	
13	Consumo em kWh	14	Consumo em kWh	
15	Consumo em kWh	16	Consumo em kWh	
17	Consumo em kWh	18	Consumo em kWh	
19	Consumo em kWh	20	Consumo em kWh	
21	Consumo em kWh	22	Consumo em kWh	
23	Consumo em kWh	24	Consumo em kWh	
25	Consumo em kWh	26	Consumo em kWh	
27	Consumo em kWh	28	Consumo em kWh	
29	Consumo em kWh	30	Consumo em kWh	
31	Consumo em kWh	32	Consumo em kWh	
33	Consumo em kWh	34	Consumo em kWh	
35	Consumo em kWh	36	Consumo em kWh	
37	Consumo em kWh	38	Consumo em kWh	
39	Consumo em kWh	40	Consumo em kWh	
41	Consumo em kWh	42	Consumo em kWh	
43	Consumo em kWh	44	Consumo em kWh	
45	Consumo em kWh	46	Consumo em kWh	
47	Consumo em kWh	48	Consumo em kWh	
49	Consumo em kWh	50	Consumo em kWh	
51	Consumo em kWh	52	Consumo em kWh	
53	Consumo em kWh	54	Consumo em kWh	
55	Consumo em kWh	56	Consumo em kWh	
57	Consumo em kWh	58	Consumo em kWh	
59	Consumo em kWh	60	Consumo em kWh	
61	Consumo em kWh	62	Consumo em kWh	
63	Consumo em kWh	64	Consumo em kWh	
65	Consumo em kWh	66	Consumo em kWh	
67	Consumo em kWh	68	Consumo em kWh	
69	Consumo em kWh	70	Consumo em kWh	
71	Consumo em kWh	72	Consumo em kWh	
73	Consumo em kWh	74	Consumo em kWh	
75	Consumo em kWh	76	Consumo em kWh	
77	Consumo em kWh	78	Consumo em kWh	
79	Consumo em kWh	80	Consumo em kWh	
81	Consumo em kWh	82	Consumo em kWh	
83	Consumo em kWh	84	Consumo em kWh	
85	Consumo em kWh	86	Consumo em kWh	
87	Consumo em kWh	88	Consumo em kWh	
89	Consumo em kWh	90	Consumo em kWh	
91	Consumo em kWh	92	Consumo em kWh	
93	Consumo em kWh	94	Consumo em kWh	
95	Consumo em kWh	96	Consumo em kWh	
97	Consumo em kWh	98	Consumo em kWh	
99	Consumo em kWh	100	Consumo em kWh	

Atividade mensal (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

**28/11/2018** **R\$ 198,62**

0626 1019.0d41 dba6.93f8 d1ab.4081 cb22

0626 1019.0d41 dba6.93f8 d1ab.4081 cb22

0626 1019.0d41 dba6.93f8 d1ab.4081 cb22

Indicadores de Qualidade

Limite da ANEEL	Apurado	Limite de tolerância (V)
0.5	1.00	0.5
1.0	1.00	1.0
1.5	1.00	1.5
2.0	1.00	2.0
2.5	1.00	2.5
3.0	1.00	3.0
3.5	1.00	3.5
4.0	1.00	4.0
4.5	1.00	4.5
5.0	1.00	5.0
5.5	1.00	5.5
6.0	1.00	6.0
6.5	1.00	6.5
7.0	1.00	7.0
7.5	1.00	7.5
8.0	1.00	8.0
8.5	1.00	8.5
9.0	1.00	9.0
9.5	1.00	9.5
10.0	1.00	10.0

ATENÇÃO

Atividade mensal

**VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

**28/11/2018** **R\$ 198,62**

3384000001-1 96820149000-0 16983582018-7 11400005019-4



MPREV

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 ABR. 2019

PROTOCOLO

PROTEÇÃO PESSOA

MPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO

PAULO PEREIRA DE LIMA  
RUA FLORESTA, 39 - CENTRO  
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 55370-000 (AG. 51)  
Emissão: 06/12/2018 Referência: Dez/2018  
Classe/Serviço: RESIDENCIAL/SABIA RENDA MONOFÁSICO 220V/60Hz - Carga Redutor João Pessoa/PB - CEP: 55071-680  
Rotativo: 3-55-525-1429 Nº Medidor: 0009891382



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.958.180/0001-40 Ins. Est. 15.019.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 018.046.054  
Cod. para Dts. Automático: 00012891479

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.804-02 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

#### Canal de contato

- Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.438, de 25 de abril de 2017.  
- Encargos de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 16 de dezembro de 2018.  
- Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/11/18	1404	06/12/18	1549	29

CC	Descrição	Quantidade	Tarifas	Valor Base	Carga	Alig.	Imposto	Base Calc.	Potência	Código
0001	Consumo até 300W/h-GR	30.000	0,287900	8,63	0,80	27	2,30	8,63	0,08	0,43
0001	Consumo - 31 a 100W/h-GR	70.000	0,483540	34,54	34,54	27	9,32	34,54	0,37	1,72
0001	Consumo - 101 a 220W/h-GR	45.000	0,743300	33,31	33,31	27	9,39	33,31	0,36	1,68
0001	Assoc. B. Amantele	1,07	1,07	1,07	1,07	27	0,30	1,07	0,01	0,09
0010	Subsídio	48,02	48,02	27	12,99	48,02	0,03	2,41		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
9907	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA	12,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9934	JUROS DE MOROSIA 11/2018	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9935	MULTA 11/2018	1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9936	Devolução Subsídio	-32,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 100,51 126,57 32,90 126,57 1,39 8,37

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

142

13/12/2018

R\$ 108,51

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 251 | 149 | 111 | 195 | 182 | 143 | 117 | 99 | 35 | 136 | 142  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

#### Indicadores de Qualidade

10/2018-3eq

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	6,47	0,00	MONITORIAL
QUANTITATIVO	17,54		
QUALITATIVO	25,00		
PC TRIMESTRAL	6,87	0,00	CONTRATADO
PC ANUAL	13,85		MONITORIAL
PC TRIMESTRAL	6,87		MONITORIAL
PC ANUAL	13,85		MONITORIAL
PC TRIMESTRAL	6,87		MONITORIAL
PC ANUAL	13,85		MONITORIAL

#### Composição do Consumo

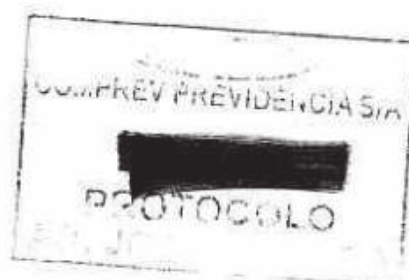
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	16,42	15,07
Consumo de Energia	26,27	24,21
Serviço de Transmissão	2,66	2,54
Encargos Setoriais	4,36	4,01
Encargos Sociais e Encargos	50,61	46,17
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>109,51</b>	<b>100,00</b>

Valor de R\$ 0,00 Ref. 10/2018: 04.32.05

#### ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, portanto, desconto de R\$ 22,14

#### Faturas em atraso







1. 2019年12月31日，甲公司“应付账款”科目贷方余额为100万元，其中明细科目贷方余额有80万元，借方余额有20万元；“预付账款”科目借方余额为20万元，其中明细科目借方余额有15万元，贷方余额有5万元。不考虑其他因素，甲公司12月31日资产负债表“应付账款”项目应填列的金额为（ ）万元。

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.  
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without permission in writing from John Wiley & Sons, Inc.

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	918.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Konstante	Consumo	Dias
Data	Letras	Data	Letras			
Demonstrativo						
01/01/2015	1000	01/01/2015	1000	1000	1000	1000
02/01/2015	1000	02/01/2015	1000	1000	1000	1000
03/01/2015	1000	03/01/2015	1000	1000	1000	1000
04/01/2015	1000	04/01/2015	1000	1000	1000	1000
05/01/2015	1000	05/01/2015	1000	1000	1000	1000
06/01/2015	1000	06/01/2015	1000	1000	1000	1000
07/01/2015	1000	07/01/2015	1000	1000	1000	1000
08/01/2015	1000	08/01/2015	1000	1000	1000	1000
09/01/2015	1000	09/01/2015	1000	1000	1000	1000
10/01/2015	1000	10/01/2015	1000	1000	1000	1000
11/01/2015	1000	11/01/2015	1000	1000	1000	1000
12/01/2015	1000	12/01/2015	1000	1000	1000	1000
13/01/2015	1000	13/01/2015	1000	1000	1000	1000
14/01/2015	1000	14/01/2015	1000	1000	1000	1000
15/01/2015	1000	15/01/2015	1000	1000	1000	1000
16/01/2015	1000	16/01/2015	1000	1000	1000	1000
17/01/2015	1000	17/01/2015	1000	1000	1000	1000
18/01/2015	1000	18/01/2015	1000	1000	1000	1000
19/01/2015	1000	19/01/2015	1000	1000	1000	1000
20/01/2015	1000	20/01/2015	1000	1000	1000	1000
21/01/2015	1000	21/01/2015	1000	1000	1000	1000
22/01/2015	1000	22/01/2015	1000	1000	1000	1000
23/01/2015	1000	23/01/2015	1000	1000	1000	1000
24/01/2015	1000	24/01/2015	1000	1000	1000	1000
25/01/2015	1000	25/01/2015	1000	1000	1000	1000
26/01/2015	1000	26/01/2015	1000	1000	1000	1000
27/01/2015	1000	27/01/2015	1000	1000	1000	1000
28/01/2015	1000	28/01/2015	1000	1000	1000	1000
29/01/2015	1000	29/01/2015	1000	1000	1000	1000
30/01/2015	1000	30/01/2015	1000	1000	1000	1000
31/01/2015	1000	31/01/2015	1000	1000	1000	1000
01/02/2015	1000	01/02/2015	1000	1000	1000	1000
02/02/2015	1000	02/02/2015	1000	1000	1000	1000
03/02/2015	1000	03/02/2015	1000	1000	1000	1000
04/02/2015	1000	04/02/2015	1000	1000	1000	1000
05/02/2015	1000	05/02/2015	1000	1000	1000	1000
06/02/2015	1000	06/02/2015	1000	1000	1000	1000
07/02/2015	1000	07/02/2015	1000	1000	1000	1000
08/02/2015	1000	08/02/2015	1000	1000	1000	1000
09/02/2015	1000	09/02/2015	1000	1000	1000	1000
10/02/2015	1000	10/02/2015	1000	1000	1000	1000
11/02/2015	1000	11/02/2015	1000	1000	1000	1000
12/02/2015	1000	12/02/2015	1000	1000	1000	1000
13/02/2015	1000	13/02/2015	1000	1000	1000	1000
14/02/2015	1000	14/02/2015	1000	1000	1000	1000

Media consumo mensal (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/11/2018		R\$ 198,62

8	23	44	55	66	77	88	99	100	111	122	133	144	155
Fe01	Fe02	Fe03	Fe04	Fe05	Fe06	Fe07	Fe08	Fe09	Fe10	Fe11	Fe12	Fe13	Fe14

0826 1019.0d41 dba6 93f5 d1ab 4061 cb22

[illegible]

## ATENÇÃO

fatores em atraso

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 103–110

	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
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		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

28/11/2018 R\$ 198.62

83640000001-1 98620149000-0 16983562018-7 11400005019-4



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA  
03 JUN. 2019  
PROT. 100.000.000  
AG. JOÃO PESSOA

98.62  
 005019.4  
 PAGAR  
 PROTOCOLO  
 PREVIDENCIA S/A



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.802.754, 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

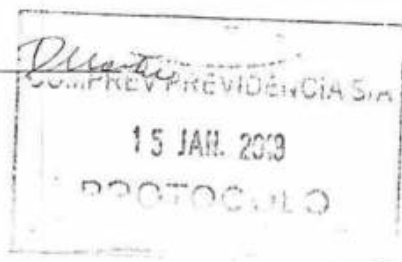
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>		Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
Email: _____		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD): _____

João Pessoa 15 de Jan de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.802.754, 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

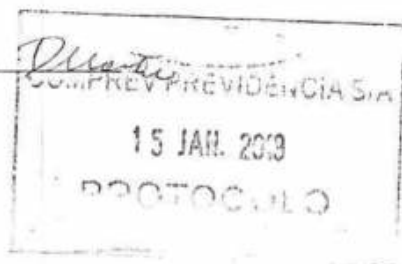
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>		Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
Email: _____		Telefone comercial(DDD): _____	Telefone celular (DDD): _____

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.002.754, 74,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima  
Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864, 62, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

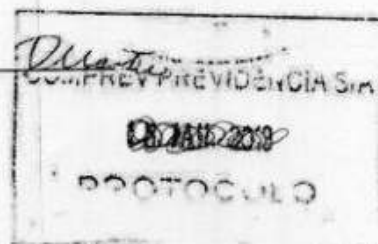
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número	<u>157</u>	Complemento	
Bairro	<u>Changabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)		CEP	<u>58056-384</u>
				Telefone celular (DDD)	

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

DLRL-001 V001/2017



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864 / 62, do sinistro de DPVAT cobertura Paralidade da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

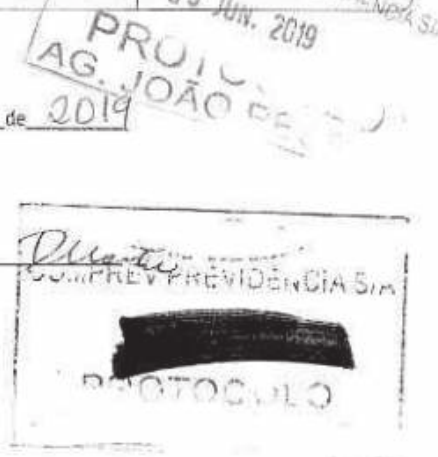
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte 157</u>		Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Chapadão</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>Paraíba</u>	CEP: <u>58056-384</u>
Email: _____	Telefone comercial (DDD): _____	Telefone celular (DDD): _____	_____

João Pereira de Lima de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



DLDR.001-V001/2017





## CERTIDÃO

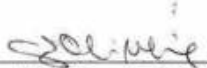
Nº. 1573/2018

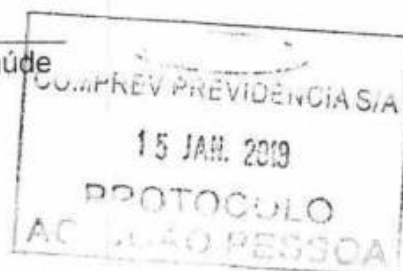
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 2959





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429 Num. Prontuario: 2018.01.003765  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: VERDE  
PA: PA: FC: TP: Peso: Altura: Glicemia: IMC: Ec. Abd: O2%  
Exame Principal  
AMINHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

COMPREV PREVIDENCIA Sim

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com  
quebra de FRAT. Est.

Diagnostico

Conduta

Problema medicado medicado E

Horario da medicacao

C7: Intervenção P/  
990 C710010  
2018



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
EXERCÍCIO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Raulo Pereira de Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>PAULO P. LIMA</u>		Data da Admissão: <u>22/01/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>		
QPD: <u>Fratura fêmur esquerdo</u>			
HDA: <u>Fratura fêmur direito</u>			
<u>quedo muito</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melenas [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor			

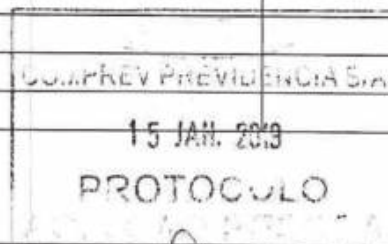
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







Nome Paulo Pereitra Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					
<b>CID</b>					
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>					
<i>S82.5</i>					
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
<b>CID</b>					
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					
<b>CÓDIGO</b>					
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</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 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



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

31 JAN. 2019



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<b>Posição e Preparo:</b>
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Realizado garroteamento de membro inferior</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
<b>Incisão:</b>
<i>Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo</i>
<i>Dissecção por planos até foco de fratura</i>
<i>Hemostasia com eletrocautério</i>
<b>Achados:</b>
<i>Visualização do foco da fratura</i>
<b>Conduta:</b>
<i>Realizada redução</i>
<i>Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso</i>
<i>Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50</i>
<i>Realizado RX controle</i>
<i>Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<b>Fechamento:</b>
<i>Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele</i>
<i>Curativo</i>
<i>Tala bota</i>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>OBS: 15 JAN. 2019</p> <p>PROTÓCOLO</p> </div>

Data: 31/01/2018

31 JAN. 2018

MÉDICO/CRM

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







# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>Paulo Pereira de Lima</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>27/01/18</b>		DATA DE ALTA <b>01/02/18</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>06 dias</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</b>				CID <b>S82.5</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <b>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</b>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA <b>DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</b> <b>REPOUSO:</b> Relativo em casa por <b>15</b> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <b>30</b> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>45</b> dias e com esforço maior em <b>90</b> dias. <b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. <b>MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetoprofeno + cefalexina</b>					
<b>RETORNO:</b> Ao posto de saúde em <b>21</b> dias. Ao ambulatório do <b>Complexo Hospitalar Mangabeira</b> em <b>15/02/2018</b> para revisão.					
DATA <b>01/02/18</b>					
ASS. MÉDICO / C.R.M. <b>Mourice Arruda Feitosa</b>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPREV PREVIDÊNCIA S/A					

Mourice Arruda Feitosa  
CRM: 17777/2014

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 JAN. 2019

PROTÓCOLO







## CERTIDÃO

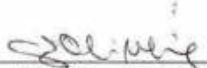
Nº. 1573/2018

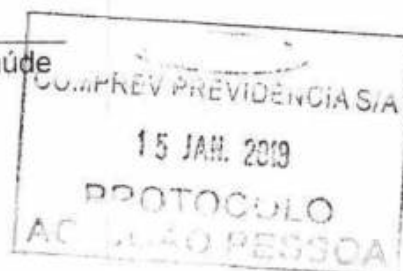
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 2959



Ficha Nr: 97813      Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco: VERDE			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Enc. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Lesão Principal		<input type="checkbox"/> Vômito	
SUSMANHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA		Observacao	COAPREV PREVIDENCIA Sim

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Guia de  com  
pressão  Est.

## Diagnostico

| Conduta

1 Conduta

prudente modo moral E

ericao

| Horario da medicacao

C7: Intervenção P/ 990 CILÍNICO



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
EXERCÍCIO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Raulo Pereira de Lima*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

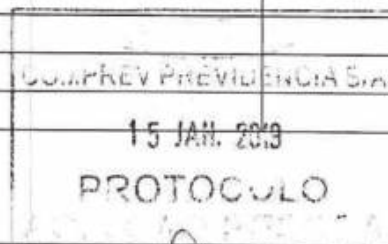
Nome: <u>PAULO P. LIMA</u>		Data da Admissão: <u>22/01/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>		
QPD: <u>Fratura fêmur esquerdo</u>			
HDA: <u>Fratura fêmur direito</u>			
<u>quedo muito</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melenas [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor			

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





Nome Paulo Pereitra Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					
					<b>CID</b>
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>					<i>S82.5</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					
					<b>CÓDIGO</b>
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</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 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



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

31 JAN. 2019





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<b>Posição e Preparo:</b>
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Realizado garroteamento de membro inferior</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
<b>Incisão:</b>
<i>Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo</i>
<i>Dissecção por planos até foco de fratura</i>
<i>Hemostasia com eletrocautério</i>
<b>Achados:</b>
<i>Visualização do foco da fratura</i>
<b>Conduta:</b>
<i>Realizada redução</i>
<i>Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso</i>
<i>Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50</i>
<i>Realizado RX controle</i>
<i>Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<b>Fechamento:</b>
<i>Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele</i>
<i>Curativo</i>
<i>Tala bota</i>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>OBS: 15 JAN. 2019</p> <p>PROTÓCOLO</p> </div>

Data: 31/01/2018

31 JAN. 2018

MÉDICO/CRM

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







# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>Paulo Pereira de Lima</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>27/01/18</b>		DATA DE ALTA <b>01/02/18</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>06 dias</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</b>				CID <b>S82.5</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <b>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</b>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA <b>DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</b> <b>REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.</b> <b>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</b> <b>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</b> <b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</b> <b>MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetoprofeno + cefalexina</b>					
<b>RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.</b> <b>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.</b>					
DATA <b>01/02/18</b>					
ASS. MÉDICO / C.B.M. <b>Mourice Arruda Felinto</b>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPREV PREVIDÊNCIA S/A					

Mourice Arruda Felinto  
CRM 177.704-1/18

ASS. MÉDICO / C.B.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 JAN. 2018

PROTÓCOLO





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>PAULO P. LIMA</u>		Data da Admissão: <u>22/01/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>
QPD: <u>Fratura fêmur esquerdo</u>			
HDA: <u>Fratura fêmur direito</u>			
<u>quadril direito</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <u>_____</u> Kg em <u>_____</u> <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

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





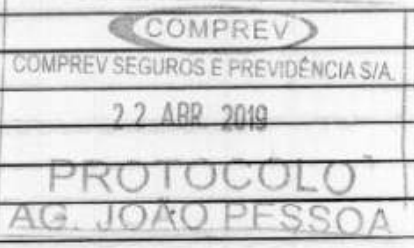
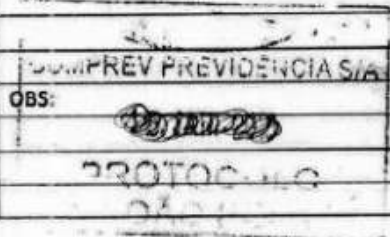
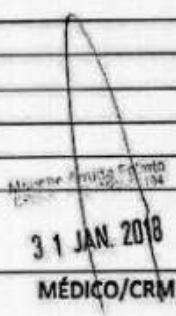
Nome Paulo Pereira Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>				<i>S82.5</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>				<i>O mesmo</i>	
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</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 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

31 JAN. 2018





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>	
<i>Realizado garroteamento de membro inferior</i>	
<i>Assepsia + Antissepsia</i>	
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>	
<b>Incisão:</b>	
<i>Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo</i>	
<i>Dissecção por planos até foco de fratura</i>	
<i>Hemostasia com eletrocautério</i>	
<b>Achados:</b>	
<i>Visualização do foco da fratura</i>	
<b>Conduta:</b>	
<i>Realizada redução</i>	
<i>Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso</i>	
<i>Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50</i>	
<i>Realizado RX controle</i>	
<i>Limpeza de ferida operatória com Sf a 0,9%</i>	
<div style="text-align: right;">  </div>	
<b>Fechamento:</b>	
<i>Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele</i>	
<i>Curativo</i>	
<i>Tala bota</i>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  </div> <div>  </div> </div>	

Data: 31/01/2018

31 JAN. 2018

MÉDICO/CRM

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





Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO BURNIER



LAUDO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO DE ATENDIMENTO

NOME <b>Paulo Pereira de Lima</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>27/01/18</b>	DATA DE ALTA <b>01/02/18</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>06 dias</b>		
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</b>				CID <b>S82.5</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO <small>história, evolução, terapêutica, complicações</small> <b>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</b>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA <b>DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</b> <b>REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.</b> <b>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</b> <b>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</b> <b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</b> <b>MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetoprofeno + cefalexina</b>					
<b>RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.</b> <b>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.</b>					
DATA <b>01/02/18</b>					
ASS. MÉDICO <b>RM</b> <b>Mourice Arruda Feito</b>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, PREVIDÊNCIA SIA.					
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





## CERTIDÃO

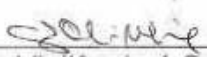
Nº. 1573/2018

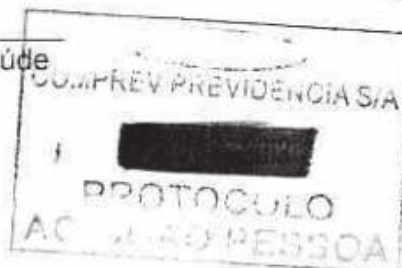
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 2959





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regular  
Data: 27/01/2018  
Hora: 17:02:14  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPIEDIA

Nome DO PACIENTE: PAULO PEREIRA DE LIMA  
Num. de vezes atendido: 1  
Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA  
Num. Prontuario: 2018.01.003765  
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, 00  
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB  
Mãe: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA  
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS  
/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedência: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO  
Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Exame Principal

AMINHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPIEDIA

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com  
trauma grave Est.

Diagnostico

Conduta

Prontuario medico medico E

Exame

Horario da medicacao

07: Internação P/  
990 C/10/10  
Rosa

Dr. Suelio Moreira Torres  
Médico  
CRM: 10.000.000-00  
CNPJ: 00.000.000-00

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818

[illegible]

	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					

Assinatura da Enfermagem

COMPREVEVIDENCIA  
EDIMENTO REALIZADO

1940

PROTOCOLLO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistência	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/>

> Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsável

.....







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: PAULO P. LIMA Data da Admissão: 22/01/18

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Fratura RNZ esquerda

HDA: Fratura RNZ direita

queixa muito

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese

☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoco:** ☐ 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 ☐ Hematemese ☐ Náuseas

☐ 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 ☐ Deformidades

☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_

☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor \_\_\_\_\_

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<b>Posição e Preparo:</b>
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Realizado garroteamento de membro inferior</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
<b>Incisão:</b>
<i>Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo</i>
<i>Dissecção por planos até foco de fratura</i>
<i>Hemostasia com eletrocautério</i>
<b>Achados:</b>
<i>Visualização do foco da fratura</i>
<b>Conduta:</b>
<i>Realizada redução</i>
<i>Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso</i>
<i>Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50</i>
<i>Realizado RX controle</i>
<i>Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<b>Fechamento:</b>
<i>Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo</i>
<i>Curativo</i>
<i>Tala bota</i>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>COMPREV PREVIDENCIA S/A</p> <p>OBS:</p> <p>720100-20</p> </div>
<div style="text-align: right;"> <p>31 JAN. 2018</p> <p>MÉDICO/CR</p> </div>

Data: 31/01/2018

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







# Saúde Médico - RESUMO DE ALTA

NOME <b>Paulo Pereira de Lima</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>		DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>06 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>				CID <i>S82.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)  
*Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**  
**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...  
**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.  
**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.  
**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *Cetoprofeno + cefalexina*  
**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em *15/02/2018* para revisão.

*01/02/18*  
DATA  
ASS. MÉDICO / C.H.M.  
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, COMPREV PREVIDÊNCIA S/A





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
E AUTOMOBILISMO NACIONAL DE TRANSPORTES E AUTOMOBILISMO

NOME  
PAULO PEREIRA DE LIMA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1548991117



DOC. IDENTIDADE / OUT. SINALS 19  
2733201 SSP PB

CPF  
047.313.864-62 DATA NASCIMENTO  
01/02/1982

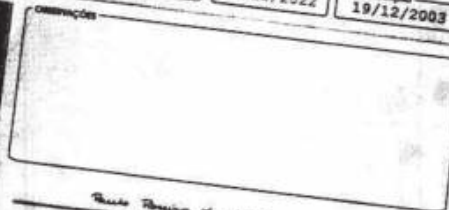
FILIAÇÃO  
JOSE PEREIRA DE LIMA  
MARIA JOSE CRISTIANO  
DE LIMA

1º REGISTRO  
03138194186

PERMISSÃO  
ACC  
CELHAS  
AB

VALIDADE  
21/12/2022 1ª INSERÇÃO  
19/12/2003

OBSERVAÇÕES



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1548991117

Assinatura do Portador

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
12/12/2017

Assinatura do Emissor

60848359803  
PB035875143

PARAÍBA

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ALEXANDRA CEBAR DUARTE

FOTO

RG 2627718 SSP PB

CPF 045.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/09/1982

RENOME  
ALEXANDER DE ARAÚJO DUARTE  
MARCIA CEBAR DUARTE

PLANO  
P  
AC  
C

01051269650 16/01/2019 29/06/2001

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014

66588356744 29027919599

DETRAN - PB (CARA IDA)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
E AUTOMOBILISMO NACIONAL DE TRANSPORTES E AUTOMOBILISMO

NOME  
PAULO PEREIRA DE LIMA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1548991117



DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO  
2733201 SSP PB

CPF  
047.313.864-62 DATA NASCIMENTO  
01/02/1982

FILIAÇÃO  
JOSE PEREIRA DE LIMA  
MARIA JOSE CRISTIANO  
DE LIMA

Nº REGISTRO  
03138194186

PERMISSÃO  
ACC  
CELHAS  
AB  
VALIDADE  
21/12/2022 1ª INSERÇÃO  
19/12/2003



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1548991117

Assinatura do Portador  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
12/12/2017

PARAÍBA

60848359803  
PB035875143

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
ALEXANDRA CEBAR DUARTE

FOTO

RG (RENOVAÇÃO E OUTROS) 2627718 SSP PB

CM - DATA NASCIMENTO 045.502.754-74 21/09/1982

RENOME  
ALEXANDER DE ARAÚJO DUARTE  
MARCIA CEBAR DUARTE

PLACAS  
P/PLACA - AC - OUTRA

PROFISSÃO - 01051269650

VALIDADEZ 16/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2001

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DETRAN

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014

ASSINATURA DO DETRAN 66588356744 29027919599

DETRAN - PB (CARA IDA)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894056231

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**PAULO PEREIRA DE LIMA**

**1548991117**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**03138194185**

**11/12/2022**

**19/12/2003**

**JOÃO PESSOA, PB**

**12/12/2017**

**50848359803**  
**PRO35878143**

**PARAIBA**

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 22 ABR. 2019  
**PROTOCOLO**  
 AG. JOÃO PESSOA

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.**  
**2019**  
**PROTOCOLO**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**ALEXANDRE CESAR DUARTE**

VÁLIDA EM TODOS  
 O TRANSPORTES NACIONAIS  
**894056231**

045-502.704-74 21/07/2019

ALEXANDRE DE ARAUJO  
 DUARTE  
 MÃRCIA CESAR DUARTE

01051289660 16/01/2019 29/06/2021

*Alexandre Cesar Duarte*  
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
 JOÃO PESSOA, PB DATA  
 17/01/2014

*Rodolfo Carneiro*  
 66580356766  
 80027835307

DETRAN/PB (CARAIBA)

22 ABR. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 15 JAN 2019  
 PROTOCOLO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME  
PAULO PESSOA DE LIMA

DOC. IDENTIFICAÇÃO / CRIE EMBOLOS DE  
2733201

CPF  
047.313.864-62

DATA NASCIMENTO  
01/02/1962

FEIÇÃO  
JOSE PESSOA DE LIMA  
MARIA JOSE CRISTIANO  
DE LIMA

PERMISSÃO  
ACC  
CICINA  
AR

Nº REGISTRO  
03198194186

VALIDADE  
12/12/2022

1ª EMISSÃO  
19/12/2003

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1548991117

PROTEÇÃO PLÁSTICA  
1548991117

Assinatura do Portador

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
12/12/2017

60848359803  
PB035875143

PARAÍBA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
03 JUN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

FOTO

DATA DE NASCIMENTO  
21/08/1982

CPF  
046.502.784-74

ENDEREÇO  
ALEXANDER DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PROFISSÃO  
AUTISTA

DATA DE EMISSÃO  
16/01/2019

VALIDADE  
29/06/2021

VALORES EM REGRAS  
O TRANSPORTADOR NACIONAL  
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894056231

LOCAL  
JOÃO VESSOA, PB

DATA DE EMISSÃO  
17/01/2014

Assinatura do Detran

66588356744  
28027912595

DETRAN - PB (PARAIBA)

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
03 JUN. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
PROTOCOLADO



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013747635120  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRT 2017090934259052  
1 0097262158-0 00/00000000 2017

PAULO PEREIRA DE LIMA

04731386462 NOVO PB 9C2JC30708R194749

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA  
HONDA/CG 125 FAN 2009 2009  
2 P/124 /CI PARTIC PRETA

00/00/0000  
00/00/0000

SEGURO P A G O 01/09/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

BAYEUX-PB 36633 01/09/2017 8290

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NAO, SEGURO DPVAT

PB Nº 013747635120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORA.LIDER-DE.COM.BR  
SAC DPVAT 0800 025 1204

04731386462 2017 01/09/2017

00972621580 HONDA/CG 125 FAN  
2008 9 9C2JC30708R194749

PRÊMIO TARIFARIO

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

SEGURO P A G O 01/09/2017

SEGURO P A G O 01/09/2017

SEGURO P A G O 01/09/2017

SEGURO P A G O 01/09/2017

8290-1151565-20170901

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
15 JAN. 2019  
PROTOCOLO





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº **013747635120**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PRT 20170000342590-2

VIA: 1 0097262158-0 00/00000000 2017

NOME: **PAULO PEREIRA DE LIMA**

CNPJ: 04731386462 PLACA: MOF8316/PB

PLACA ANT./UIT: NOVO PB 9C2JC30708R194749

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CAP. POT. OIL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: 00/00/0000 1ª VENC. / COTAS: 2ª 3ª

FAIXA L.P.V.A.: \*\*\*\*\* PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): \*\*\*\*\* IOF (R\$): \*\*\*\*\* PRÊMIO TOTAL (R\$): \*\*\*\*\* DATA DE PAGAMENTO: 01/09/2017

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL: BAYEUX-PB DATA: 01/09/2017

36633 8290

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 013747635120 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

3008 0 0057430106800000 16 DATA EMISSÃO: 2017 01/09/2017

VIA: 1 04731386462 MOF8316/PB

RENAVAM: 00972621580 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB: 2008 CIL. TARE: 9 9C2JC30708R194749

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNB (R\$): \*\*\*\*\* DENATRA (R\$): \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$): \*\*\*\*\* IOF (R\$): \*\*\*\*\* DATA DE PAGAMENTO: 01/09/2017

PAGAMENTO: ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO

**SEGURO P A G O**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.348.608/0001-04

8290-1151565-20170901

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO**  
**SECRETARIA NACIONAL DE TRÁNSITO**

NOME: **PAULO PEREIRA DE LIMA**

DOC. IDENTIDADE / RG: 2733201 SSP PB

CPF: 047.313.864-62 DATA NASCIMENTO: 01/02/1982

FUNÇÃO: **JOSE PEREIRA DE LIMA**  
**MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA**

PERMISSÃO: ☒ ACC: ☒ CATEGORIA: **A/B**

Nº RENOVAR: 03138194186 VENCER: 11/12/2022 1ª EMISSÃO: 19/12/2003

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Paulo Pereira de Lima*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 12/12/2017

60648359803  
PB035875143

**PARAÍBA**

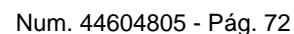
**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
19 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



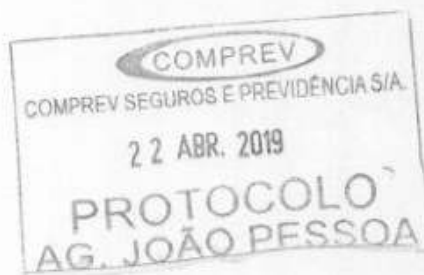
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
PB Nº 013747635120		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
3008		005043030665000116	
0		005043030665000116	
2017		01/09/2017	
1	04731386462	MOF8316/PB	
00972621580		HONDA/CG 125 FAN	
2008	9	9C2JC30708R194749	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DEBTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL DEBTRAN DO SEGURO (R\$)	
*****	SEGURO	P A G O	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	01/09/2017	
<p><b>SEGURODORA LÍDER - DPVAT</b></p> <p>CNPJ 00.943.608/0001-04</p>			

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
22 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
19 MAR 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
<b>MOF8316</b>	
<b>2019</b>	
<b>*****</b>	
<b>Imprimir Consulta</b>	
<b>MOF8316</b>	Último Licenciamento: <b>2019</b>
	Proprietário: *****
	Placa: <b>MOF8316</b>
	Combustível: <b>GASOLINA</b>
<b>PASSA / MOTOCICLET</b>	Marca/Modelo: <b>HONDA/CG 125 FAN</b>
<b>GASOLINA</b>	Espécie/Tipo: <b>PASSA / MOTOCICLET</b>
<b>HONDA/CG 125 FAN</b>	Ano de Fabricação: <b>2008</b>
<b>2008 2008</b>	Ano Modelo: <b>2008</b>
<b>PARTICULAR PRETA</b>	Categoria: <b>PARTICULAR</b>
<b>30/08/2019</b>	Cor Predominante: <b>PRETA</b>
	Vencimento Licenciamento: <b>30/08/2019</b>
	Observação:
	Restrição:
	Financeira:
	Município: <b>BAYEUX</b>
	Situação: <b>EM CIRCULACAO</b>
	Data da Consulta: <b>18/04/2019</b>
<b>BAYEUX</b>	
<b>18/04/2019</b>	



18/04/2019 14:25





INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		<b>MOF8316</b>	
2019			
*****		<a href="#">Imprimir Consulta</a>	
<b>MOF8316</b>		Último Licenciamento: 2019	
		Proprietário: *****	
		Placa: <b>MOF8316</b>	
		Combustível: <b>GASOLINA</b>	
<b>PASSA / MOTOCICLET</b>		Marca/Modelo: <b>HONDA/CG 125 FAN</b>	
<b>GASOLINA</b>		Espécie/Tipo: <b>PASSA / MOTOCICLET</b>	
<b>HONDA/CG 125 FAN</b>		Ano de Fabricação: <b>2008</b>	
<b>2008 2008</b>		Ano Modelo: <b>2008</b>	
<b>PARTICULAR PRETA</b>		Categoria: <b>PARTICULAR</b>	
<b>30/08/2019</b>		Cor Predominante: <b>PRETA</b>	
		Vencimento Licenciamento: <b>30/08/2019</b>	
		Observação:	
		Restrição:	
		Financeira:	
		Município: <b>BAYEUX</b>	
		Situação: <b>EM CIRCULACAO</b>	
		Data da Consulta: <b>29/05/2019</b>	
<b>BAYEUX</b>	<b>29/05/2019</b>		



29/05/2019 11:07











## PROCURAÇÃO

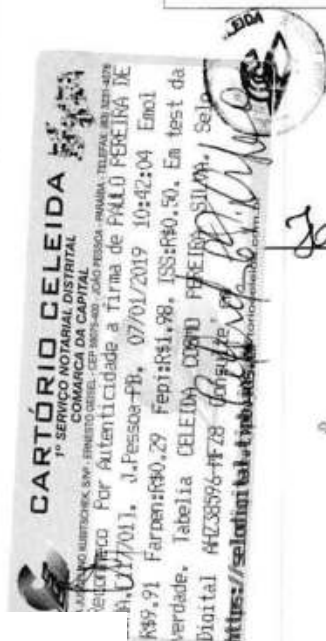
### OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima  
brasileiro(a), estado civil uniao estavel profissão  
Professor, CI RG nº 2733201  
CPF/MF nº 047.313.864-62 residente e domiciliado(a) à Rua  
Projetada, 08 Centro  
Cidade de Ararajó do Espírito Santo, Estado  
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone  
83-98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

Data do Sinistro: 27/01/2018 Natureza: Invalidez

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



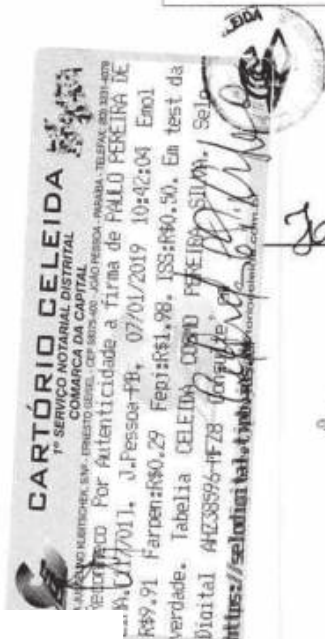
## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima  
brasileiro(a), estado civil uniao estavel profissão  
Professor, CI RG nº 2733201  
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua  
Projetada, 08 Centro  
Cidade de Aracá do Espírito Santo, Estado  
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone  
83-98663-4900, 99105-5263.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

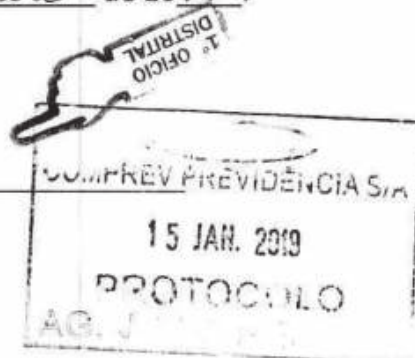
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima  
brasileiro(a), estado civil uniao estavel profissão  
Professor, CI RG nº 2733201  
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua  
Projetada, 08 Centro  
Cidade de Cruz do Espírito Santo, Estado  
Panambi, CEP: 58337-000, telefone  
83-98663-4900, 99105-5263.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 APR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 07 de Janeiro de 2019

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLLO  
AG. J. 1955

**CARTÓRIO CELEIDA L.S.**  
1ª SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

LAFRANCO CARLOS LUIZ - DIRETOR GERAL - CEP 90055-000 - JOÃO MONTE - AVARESI - TELEFONE 3611-4579

Requerido por Autenticidade: **UMA TIRADA DE PAULO BELISSA DE LIMA, C/RJ 1041, J.Fressora-PB, 07/01/2019 19:42:04 Emol 149.91 Fardens=50,29 Fepi=131,88, ISS=190,50. Ea test da Verdade, Iabelia CELEIDA, C/RJ 19519-511111, Selo Distal A4C3895-1F23 - complete.**

<https://selosdistal.br/149.91-131.88-190.50-19519-511111-A4C3895-1F23>





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

FOTO

DATA DE NASCIMENTO  
21/08/1982

CPF  
046.502.784-74

ENDEREÇO  
ALEXANDER DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PROFISSÃO  
AUTISTA

DATA DE EMISSÃO  
16/01/2019

VALIDADEZ  
29/06/2021

VALORES EM REAIS  
O TRANSPORTADOR NACIONAL  
894056231

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894056231

LOCAL  
JOÃO VESSOA, PB

DATA DE EMISSÃO  
17/01/2014

ASSINATURA DO TITULAR  
Rochely Carneiro

ASSINATURA DO EMITENTE  
66588356744  
28027912595

DETRAN-PB (PARAÍBA)

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
03 JUN. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
PROTOCOLADO



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135074/19

**Vítima:** PAULO PEREIRA DE LIMA

**CPF:** 047.313.864-62

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

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](http://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: 22/04/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092906/19

**Vítima:** PAULO PEREIRA DE LIMA

**CPF:** 047.313.864-62

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

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](http://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: 19/03/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187027/19

**Vítima:** PAULO PEREIRA DE LIMA

**CPF:** 047.313.864-62

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

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](http://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: 03/06/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016371/19

**Vítima:** PAULO PEREIRA DE LIMA

**CPF:** 047.313.864-62

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

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](http://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: 15/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08400015020198152001

**BRADESCO SEGUROS S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PAULO PEREIRA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DA AUSÊNCIA DE COBERTURA**

**PROPRIETÁRIO INADIMPLENTE**

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Perceba Exa., que a parte Autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, entretanto, não houve o pagamento do ano civil do acidente 2018, vejamos:





Sua busca por placa: MOF8316 UF: PB CATEGORIA: 09\*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2019	R\$84,58	Quitado	
+	2017	R\$185,50	Quitado	
+	2016	R\$292,01	Quitado	
+	2014	R\$292,01	Quitado	
+	2013	R\$292,01	Quitado	
+	2012	R\$279,27	Quitado	
+	2011	R\$279,27	Quitado	
+	2010	R\$255,14	Quitado	
+	2009	R\$259,04	Quitado	
+	2008	R\$148,82	Quitado	

(\*) Motocicleta

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art. 7º, §1º da Lei 6.194/74<sup>x</sup>, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

### LAUDO INCONCLUSIVO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls., realizado pelo i. *expert*, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da indenização pleiteada.

Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quicá porque o autor ainda encontra-se em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequelas.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva gradação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Assim, **por se tratar de ônus que cabe a parte autora**, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar a lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autoral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

*“PELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC.*

*(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015).”*

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

*“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMOSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016).”*

Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 14 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

