

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2408820 DATA DE EMISSÃO 20 MAR. 1997

NOVE RENATO DO NASCIMENTO SILVA

FLUXO Pedro Rodrigues da Silva
Maria José de Nascimento Silva

NATURALIDADE Campina Grande-PB DATA DE NASCIMENTO 19-02-1979

Cert. Nasc. 1322-Fls. 267-Liv. 2-A
Cart. de Juarez Tavora-PB

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-P.73

Renato do Nascimento Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 052.805.974-87

Nome RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Nascimento 19/02/1979

Apresentar

Exibido

CORREIOS

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010199715600
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM 20130000050500 EXERCÍCIO
1 955770022 00/00000000 2013

NOME
JOSE EMILIO DA SILVA

CPF / CNPJ 0631301479 PLACA MNT8822/PB

PLACA ANT. UF 1021 0200 3.00

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
HONDA CG 125 FAN

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA CG 125 FAN 068 718

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
P/124 / CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA PAGO EM 25/02/2013 1º

FAIXA (IPVA) PARCELAMENTO / COTAS 2º
A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** 0 0 25/02/2013

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM. DE COM. NACIONAL HONDA LTDA

0

TIPO DE VEÍCULO
VEICULO

22/00 25/02/2013

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

PB Nº 010199715600 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013
CPF / CNPJ 0631301479 PLACA MNT8822/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 010199715600 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 25/02/2013

VIA RENAVAM 20130000050500 EXERCÍCIO
1 955770022 00/00000000 2013

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA CG 125 FAN 068 718

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
P/124 / CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
IPVA PAGO EM 25/02/2013 1º

FAIXA (IPVA) PARCELAMENTO / COTAS 2º
A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** 0 0 25/02/2013

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM. DE COM. NACIONAL HONDA LTDA

0

TIPO DE VEÍCULO
VEICULO

22/00 25/02/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

11.07554.20130225

OUT





PACIENTE:	RENATO DO NASCIMENTO SILVA
DATA DO EXAME:	03/09/2019

Documentação médica - hospitalar



ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Presença de nódulo sólido hepático, sugestivo de Hemangioma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386



GOVERNO DA PARAÍBA
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/09/2019
 Paciente: RENATO DO NASCIMENTO SILVA Idade: 040 N° ATEND: 1983035

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 03/09/2019 HORA : 16:34:57

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
 DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

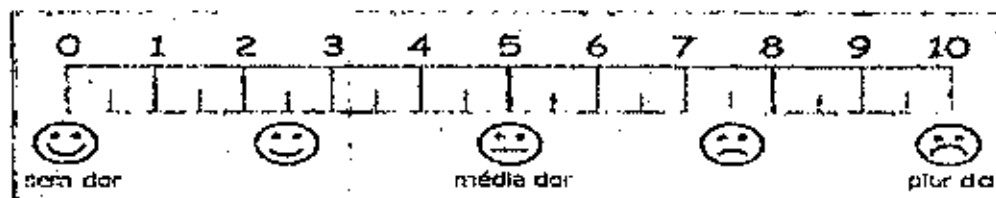
ALERGIAS:
 MEDICAÇÃO EM USO:
 ESTADO GERAL:
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
 recolhimento

Tereza Wania Duarte
 ENFERMEIRA
 COREN-PB 287.521

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

BMT: 03/09/19 18:23 Hrs.
 Pouco trauma de acidente, com lesões, apresentando
 hematomas - contusões - em lado superior.
 Sem risco de sofrer com fratura.

AD: Significado: não se sabe
 de sofrer.

Dr. Hélio Henrique de Almeida Moraes
 Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial
 Implantodontia
 CRD. PB 4441

VST: 14/09/19
 SBT: 15/09/19
 a Cirurgia. Plac.
 Dr. Hélio Henrique de Almeida Moraes
 Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial
 Implantodontia
 CRD. PB 4441

Interpretação 03/9/19 19:15h

Ponte. refusa quidate e rotacletas
 e finto locustatus em face dorsal
 do antetemp (E) e fm dorsolef. do
 fagub (E) / mol. área parietal

Smith alk G. / 8 AD (E)

100 mm
 100 mm
 Ao 100 mm

SAT. 100

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

100 mm

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico _____

() Internação (setor) _____

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

() Alta hospitalar / () A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

03 SET 2019

CRM/PB 5652
 CÓDIGO/PROCEDIMENTO: 567
 SOC. BRAS. NCR

CBO

IDADE



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1983035

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 03/09/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: RENATO DO

CEP: 58387000

Nascimento: 19/02/1979

NASCIMENTO SILVA

Endereço: CORONEL FRANCISCO HONÓRIO

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Juarez Távora

Idade: 040

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe:

RG:

Nº: 257

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS: 190279

Atend: 03/09/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

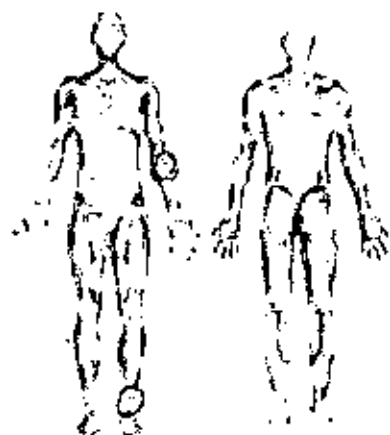
Hora: 16:33:49

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injuriamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Cor | 24. Lesão tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Erisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Quelmedura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síncope de isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

Polibruim

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

At. Teórico por Teórico - Membros unilaterais
relaxa de cilios muito - muito - há aproximadamente
02 horas, sem uso de capote. Relato cefálico e dor
em braço e perna. (A) não possui feridas e cirúrgicas
(B) HVD em H.T. 3/10. Teore unilaterais. (C) hemidi-
namicamente estável TC: 8 born

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Foto: reagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2 98%

(D) ECG 15, sonolento, chiropostura quiescente x de
cabeça (E) simetria costal em braço e dor no
(F) ABD: plano, depressível, indolente a palpoc

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais (X) Ultrassonografia: 5AS
() Gasometria arterial (X) Radiografias:
(X) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BMF / às Dia / /

Especialista: NCR / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE Octo pedra

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	STO. 91. EV. 1000ml. após dor	
2	SRL. 1000ml. EV. após dor	
3	Dipirona 1g. O.F.A. 12. EV. após dor	
4	Reavaliação após exame	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Flávio Daniel
MÉDICO
CIRURGIA GERAL
CRM-PB-9949

TOMOGRÁFIA
REALIZADA EM:
03/09/19

RENATO DO NASCIMENTO SILVA
RUA CEL. FRANCISCO HONORIO, 227 - CENTRO
JUAZEIRO DO NORTE/PB CEP 58373-000 (AG 72)

Ligação: MONOFÁSICO
Código: COM 71033 - COMERCIAL - COMERCIAL
Roteiro 4 - 41 - 040 - 7720 Referência: Set/2019
Módulo: 10000000000 Emissão: 09/09/2019

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 25 - Cruz Freixo - João Pessoa/PB - CEP 58071-620
CNPJ 08.183.000-40 Ins. Est. 15.015.323-0

Insc. Fiscal: Conta de Energia Elétrica (POT 08) 1017
Cód. para Dth. Autenticação: 00000070256

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Set/2019	09/09/2019	09/10/2019	062.606.174-67
			Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/57526-6**

Canal de contato
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/mov-vacina-brasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/08/19	Leitura 22549	Data 08/09/19	Leitura 77504	
				32

Demonstrativo					
Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Km(EN)	Base Calc. Tar(EN)	Cobrança(EN)
Totais Totais(EN)	CMR(EN)	CMR	PaCobrança(EN)	PaCobrança(EN)	PaCobrança(EN)
0801 Consumo em kWh	45,000	0,00	30,35	75	9,00
0801 Adm. e Verbetes		2,58	2,58	25	0,05
					2,59
					0,02
					0,12

Comprovante de residência



CCV Código de Classificação do Item TOTAL 38,94 38,94 0,75 38,94 0,38 1,77
Tributos 0,501050

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
16/09/2019 R\$ 38,94

Histórico de Consumo (kWh)

117	116	115	109	09	37	24	43	50	32	0	60
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Feb/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RECEBIDO AO DESCO
ea6c.89c6.67d1.9440.f2cc.f893.cfb3.8e68.

Indicadores de Qualidade			Comparativo de Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DESEMPENHO	12,00	0,00	NOMINAL	Consumo de Dth. da Energisa PB	9,00
DESEMPENHO	24,12			Consumo de Energia	14,70
DESEMPENHO	3,20			Consumo de Transmissão	1,47
DESEMPENHO	8,80			Consumo de Distribuição	1,49
DESEMPENHO	13,20			Impostos Diretos e Encargos	11,09
DESEMPENHO	3,64			Outros Serviços	0,00
DESEMPENHO	17,22			Total	38,94

ATENÇÃO
- REATIVAR O VENCIMENTO: Caso a fatura não seja paga, a Agência de Fomento (AF) emitiu, o fornecedor poderá ser suspenso a partir de 21/09/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não evita a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em nome da unidade consumidora para cancelamento. Caso a fatura não seja paga, a unidade consumidora deve ser comunicada. Caso a fatura não seja paga, a unidade consumidora deve ser comunicada. Caso a fatura não seja paga, a unidade consumidora deve ser comunicada.
- Fatura e boleto à inclusão em órgãos de proteção ao crédito e caso de inadimplência. Resolva Tarifa - Vigência 28/08/18 - PA - ANEEL nº 2.680 - Alíq. Tarifa - 4,40% Médio Resolva Tarifa - Vigência 28/08/18 - PA - ANEEL nº 2.680 - Alíq. Tarifa - 4,40% Médio - Letra confirmada

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 82824.912008 05921.092176 7 80140000003894
PAGADOR: RENATO DO NASCIMENTO SILVA - CPE/ CNPJ/ 062.606.174-67
RUA CEL. FRANCISCO HONORIO, 227 - CENTRO - JUAZEIRO DO NORTE/PB CEP 58373-000
Nosso Nr Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Pago
20249120005921092 300057526201909 16/09/2019 R\$ 38,94
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A. CNPJ 08.183.000-40
R. 230 Km 25 - Cruz Freixo - João Pessoa/PB - CEP 58071-620

GMT: 02/09/19 18:23 Hrs.

Foro de la d. de caduete y mlt, opresentado
has carts-covers en libro imperial.
Esm. hner d. pster. am. pce.

Q: Spun out of the web
d. put in.

5/1/74
KAF

VAF 444 d

Set B of As and Bs

a Circle - plus

Dr. Hélio Henrique Araújo Morais
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
Implantodontia
CRQ-PB 4441

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

() Centro cirúrgico _____

☐ Alta hospitalar / ☐ A revella
☐ Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

(jobito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ontopeltis 03/9/19 191156

Parte. refere-se a perda de motricidade
e/ou sensibilidade em parte dorsal
do tronco (E) e/ou dorso (F) do
fêmur (E) e/ou mol. anterior (F)

[Handwritten signature]

The name Quito
 is not
 in the
list

MARCOS HUACAR DE S. PORTO
 1939-1940
 3341-4600

JESSON A. MARGO
 JACOBSON A. MARGO
 MEDICINA ESPORTIVA
 CRM: 470170-7
 Rua - Campina Grande
 Tel. (83) 3341-4688

DR. MARCOS WAGNER DE S. PORTO
NEUROCIRURGIÃO

SERVICIOS REALIZADOS: 03 SET-2019

CRM/PB 5652
CÓDIGO/PROCESSAMENTO 567
SOC. BRAS. NCR

CBO

..IDADE..

**GOVERNO
DA PARAIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 03/09/2019

Data: 03/09/2019

Paciente: RÊNATO DO NASCIMENTO SILVA Idade: 040 N° ATEND: 1983035

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 03/09/2019 HORA : 16:34:57

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS :
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRA
COREN - PB 287.527



PACIENTE:	RENATO DO NASCIMENTO SILVA
DATA DO EXAME:	03/09/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

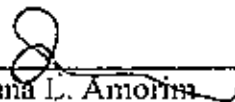
Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis no método.

Presença de nódulo sólido hepático, sugestivo de Hemangioma.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.


Dra Ina Rossana L. Amorim
CRM 4386



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 097/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO (DPVAT)

LOCAL: Sítio Caixeiro, zona rural de Juarez Távora-PB.

DATA E HORÁRIO DO FATO: 03/09/2019 às 15:30. h Aproximadamente.

NOTICIANTE: RENATO DO NASCIMENTO SILVA; ALCUNHA; RENATO. sexo: MASCULINO; nacionalidade Brasileira; naturalidade: Campina Grande-PB; estado civil: solteiro; escolaridade: médio incompleto; ocupação: comerciante; filiação: Pedro Rodrigues da Silva e Maria Jose do Nascimento Silva; data de nascimento: 19/02/1979; idade: 40 anos; Doc. Identificação: RG nº 2.408.820-SSP/PB; CPF.062.605.174-67 Telefone para contato: (83) 9.88289027; endereço residencial: rua Cel. Francisco Honório nº 227 ,centro, de Juarez Távora /PB

VÍTIMA: o noticiante.

TESTEMUNHAS: *****

NOTICIADO: *****

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: QUE; o noticiante no dia 03.09.2019 por volta das 15:30h., seguia pra o sitio Caixeiro na zona rural deste município .QUE; surgiu uma outra moto em sua direção colidindo com o noticiante e caiu da motocicleta de Placa:MNT-8892-PB-HONDA-CG-125- FAN- Ano e Modelo 2008 de Cor Preta, de Categoria Particular e Chassi.9C2JC30708R530670. QUE, foi socorrido por um popular até o posto de saúde da Prefeitura nesta cidade e depois removido para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB.QUE, na queda fraturou o tornozelo esquerdo .QUE; o noticiante apresentou o atendimento medico com o Prontuário Nº. 1983035.QUE; na hora do acidente o Sr.JOSE DE ASSIS DOS SANTOS SILVA .RG.3.537.775-SSP/PB e CPF.088.953.854-97, seguia com o noticiante e nada sofreu. Nada mais havendo a tratar, e advertido das implicações do art. 299 do CPB, encerro o presente registro de ocorrência, que vai devidamente assinado.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registrado o BO e entregue uma via ao noticiante.

Juarez Távora, 04 de novembro de 2019


ASSINATURA NOTICIANTE


Antonio de Pádua de Lima Souza
Mat. 87.552-0
Policial Civil

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190701841 3 - CPF da vítima: 062.605.174-67 4 - Nome completo da vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

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

5 - Nome completo: RENATO DO NASCIMENTO SILVA 6 - CPF: 062.605.174-67
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CEL. FRANCISCO HONORIO 9 - Número: 227 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: JUAREZ TÁVORA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 56.387-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 9993-5273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BRADESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5770 3 CONTA: 0631070 2
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JUAREZ TÁVORA, 10 DE JANEIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 097/2019

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO (DPVAT)

LOCAL: Sítio Caixeiro, zona rural de Juarez Távora-PB.

DATA E HORÁRIO DO FATO: 03/09/2019 às 15:30. h Aproximadamente.

NOTICIANTE: RENATO DO NASCIMENTO SILVA; ALCUNHA; RENATO. sexo: MASCULINO; nacionalidade Brasileira; naturalidade: Campina Grande-PB; estado civil: solteiro; escolaridade: médio incompleto; ocupação: comerciante; filiação: Pedro Rodrigues da Silva e Maria Jose do Nascimento Silva; data de nascimento: 19/02/1979; idade: 40 anos; Doc. Identificação: RG nº 2.408.820-SSP/PB; CPF.062.605.174-67 Telefone para contato: (83) 9.88289027; endereço residencial: rua Cel. Francisco Honório nº 227 ,centro, de Juarez Távora /PB

VÍTIMA: o noticiante.

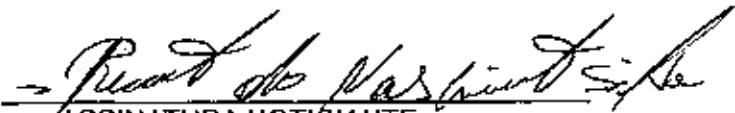
TESTEMUNHAS: *****

NOTICIADO: *****

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: QUE; o noticiante no dia 03.09.2019 por volta das 15:30h., seguia pra o sitio Caixeiro na zona rural deste município .QUE; surgiu uma outra moto em sua direção colidindo com o noticiante e caiu da motocicleta de Placa:MNT-8892-PB-HONDA-CG-125- FAN-.Ano e Modelo 2008 de Cor Preta,de Categoria Particular e Chassi.9C2JC30708R530670. QUE, foi socorrido por um popular até o posto de saúde da Prefeitura nesta cidade e depois removido para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB.QUE, na queda fraturou o tornozelo esquerdo .QUE; o noticiante apresentou o atendimento medico com o Prontuário Nº. 1983035.QUE; na hora do acidente o Sr.JOSE DE ASSIS DOS SANTOS SILVA .RG.3.537.775-SSP/PB e CPF.088.953.854-97, seguia com o noticiante e nada sofreu. Nada mais havendo a tratar, e advertido das implicações do art. 299 do CPB, encerro o presente registro de ocorrência, que vai devidamente assinado.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Registrado o BO e entregue uma via ao noticiante.

Juarez Távora, 04 de novembro de 2019


ASSINATURA NOTICIANTE


Antonio de Pádua de Lima Souza
Mat. 87.552-0
Policial Civil

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 062.605.174-67 4 - Nome completo da vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

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

5 - Nome completo: RENATO DO NASCIMENTO SILVA 6 - CPF: 062.605.174-67
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CEL FRANCISCO HONORIO 9 - Número: 227 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: JUAREZ TAVORA 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.387-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 988289027

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 57703 CONTA: 06310702
(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) (nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário

35

Autorização de pagamento



37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: Rosane Barbosa de Araújo CPF: 075.123.004-92

Rosane Barbosa de Araújo Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: José Maurício da Silva CPF: 616.378.154-68

José Maurício da Silva Assinatura da testemunha

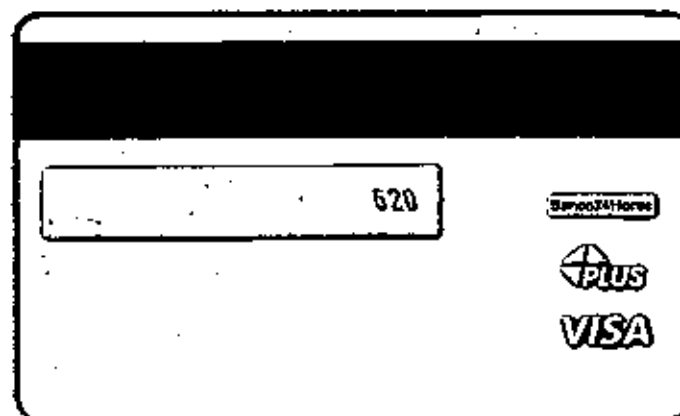
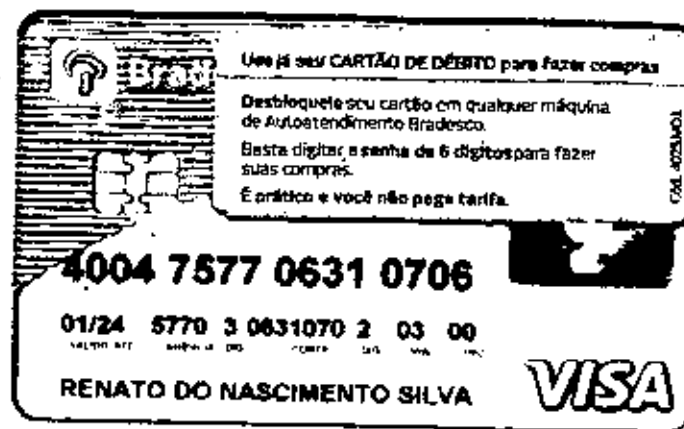
40 - Local e Data: JUAREZ TAVORA 06.12.2019

x Renato do Nascimento Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701841 Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701841

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 03/09/2019, emitida pelo Dr. ERICSSON ALBUQUERQUER MARQUES, CRM nº 4770 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701841

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO SILVA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701841 Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 03/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
-----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453255/19

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 062.605.174-67

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RENATO DO NASCIMENTO SILVA : 062.605.174-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: RENATO DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 062.605.174-67

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453255/19

Número do Sinistro: 3190701841

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 062.605.174-67

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/03/2020
Nome: RENATO DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 062.605.174-67

RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453255/19

Número do Sinistro: 3190701841

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 062.605.174-67

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: RENATO DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 062.605.174-67

RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701841 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO-CONTUSO EM FACE, MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 3_EVOLUÇÃO MÉDICA DATA: 03/09/2019 DR. ERICSSON ALBUQUERQUER MARQUES CRM-PB 4770.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453255/19

Número do Sinistro: 3190701841

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 062.605.174-67

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATO DO NASCIMENTO
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/03/2020
Nome: RENATO DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 062.605.174-67

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Alexandre Tavares Belfort

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453255/19

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 062.605.174-67

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/09/2019

Titular do CPF: RENATO DO NASCIMENTO
SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



RENATO DO NASCIMENTO SILVA : 062.605.174-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: RENATO DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 062.605.174-67

RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.114.516 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/11/2016

NOME ROSEANE BARBOSA DE ARAÚJO

PAIÇÃO VALDECI CALIXTO DE ARAÚJO
MÁRIA DALVA BARBOSA DE ARAÚJO

NATURALIDADE ALAGOAS GRANDE-PE DATA DE NASCIMENTO 27/03/1987

DOC. OPORTE
NASC. N. 4142 PLS. 72V LIV. A-05
CARTÓRIO DE JUAREZ TAVORA-PE

CNPJ 075.123.004-92

LEI Nº 7.716 DE 05/05/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02 P-900

ROSEANE BARBOSA DE ARAÚJO

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO



ENERGISA PAVISTA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Br 230, Km 25 - Cx. Postal 100 - J. P. P. 100 - PE - CEP 54071-450
 CNPJ 08.065.180/0001-40 Insc. Est. 16.015.822-0

Atika F. de Sá / Conselho Energético Nacional Nº 233.295-291
Cód. para identificação: 00003049157

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov/2019	07/11/2019	09/12/2019	076.523.004-42

UC (Unidade Consumidora): 5/304915-2

Canal de conlato

Canal de c

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dif.					
Data	Letura	Data	Letura										
08/05/99	1016	07/11/99	7778	1		120			78				
Demonstrativo													
Descrição Valor Data Descrição Valor Data Descrição Valor Data													
Total Total(R\$) (R\$) Total(R\$) (R\$) Total(R\$) (R\$) Total(R\$) (R\$)													
0001	Consumo até 220VAt-BR			30.000	0,388270		7,88	7,88	27	2,15	7,88	0,00	0,25
0001	Consumo - 21 x 120VAt-BR			75,500	0,561120		21,82	31,82	27	8,82	21,82	0,27	1,29
0001	Consumo - 101 e 220VAt-BR			30.000	0,384230		18,88	18,88	27	9,99	18,89	0,11	0,52
0001	Adc. B. Amarela						1,11	1,11	27	0,00	1,11	0,01	0,04
0001	Adc. B. Verde/Am.						0,09	0,64	27	0,08	0,66	0,00	0,04
0010	Suscriptor						39,18	39,18	27	10,99	39,18	0,93	1,21
LANCEMENTOS E SERVIÇOS													
0000	Despacho Suscriç						-26,77	0,00	6	0,00	0,00	0,00	0,00

TOTAL 06.00 06.00 25.81 24.82 0.12 1.07

117	PAGAMENTO 14/11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 68,09
-----	-------------------------	----------------------------

Historico de Consumo (Kwh)												
110	114	121	113	121	133	121	113	112	98	110	127	
Nov18	Dez18	Jan19	Fev19	Mar19	Abr19	Maio19	Jun19	Jul19	Ago19	Set19	Out19	

RESERVADO AO FISCO
1583.d791.6dfd.50db.2c93.a988.d27f.0363.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Acurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
GENERAL	6,03	0,00	GERENÇIA DE QUA. DE ENERGIA	13,06	20,52
TRIMESTRAL	12,06		GERENÇIA DE ENTREGA	25,06	39,57
DIÁRIA	24,12	NOMINAL	SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	7,07	10,94
QUINZENA	3,03		TRANSPORTE SELECIONADO	2,09	3,25
TRIMESTRAL	6,06	CONSTATADA	IMPORTAÇÃO DE ENERGIA	96,00	149,15
QUINZENA	12,12	LIMITE INFERIOR	OUTROS GÊNEROS	0,07	0,10
DIÁRIA	2,42	LIMITE SUPERIOR			
	12,22		Total	68,08	100,00

Verf. Dr. E. J. S. (Ref. 2/2013) 10.11.13

ATENÇÃO

RETRASOS DE PAGAMENTO - Caso não seja efetuado o pagamento a prazo, a partir de 25/10/2012, conforme Resolução 114 da ANEEL, o pagamento após cada dia de atraso é cobrado, dando origem a cobrança do encargamento, assim como a multa de mora. Os pagamentos em atraso não geram uma unidade de compensação para compensação. Caso o cliente não efetue o pagamento, de qualquer natureza, desconsiderar as informações e não se responsabilizar por multas ou juros de atraso em órgãos de proteção ao crédito ou caso de inadimplência. Fatura sujeita a inclusão como Débito Rápido, tendo um desconto de R\$ 28,77.

Sua unidade de cobrança como Débito Rápido, tendo um desconto de R\$ 28,77.

Out/19 78,08

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE AO BANCO DO BRASIL

REPÚBLICA DE GUATEMALA
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA
MINISTERIO DE LA DEFENSA
COMANDO EN JEFE FUERZA ARMADA NACIONAL

VALIDA EN TODA LA REPÚBLICA
1152770356

JOSE MAURICIO DA SILVA

GOB. IDENTIFIC. / OVA. EXERC. D.
1787354 **658** **PB**

CH
616.378.154-68 **04/12/1969**

Función
JOAO VICENTE DA SILVA

LUIZA MAURICIO DA SILVA

Formación **ACC** **CARRERA**
22/10/2020 **02/03/2006**

Nº IDENTIFIC.
03793662017

Observación

Jose Mauricio da Silva

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA FIRMADO
23/10/2015

98284173347
78031529780

PROHIBIDO PLASTIFICAR
1152770356



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Felício Cime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONSULTA COM A CAGEPA
INFORME ESTABELECIDO
MATRÍCULA

68153236

REFERENCIAL

NOV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE MAURICIO DA SILVA
RUA CEL. FRANCISCO HONORIO, 173 - LINDAR - CENTRO
JUAZEZ TAVORA PB 58367- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Estável	Público	
072.001.305.0551.000	0000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
4874127495	27/05/2008	EXT. LATERALIZADO		POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
540	554	14	32	09/12/2019		
HIST. CONS./ANDR. LEIT. E QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 POR 05/2017 M5.						
OUT/2019	6	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
SET/2019	8	TURBIDEZ	10	11	11	
AGO/2019	2	CLORO	16	50	10	
JUL/2019	9	COL. TERHOT	0	0	0	
JUN/2019	4	COR	10	11	0	
MAI/2019	4	COL. TOTAIS	16	11	11	
MEDIA(M)	5	DADOS REFERENTES A: SET/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 11/11/2019 - HORA DA IMPRESSÃO: 11:19:33

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	4 M3	19,56
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 5,22 CIS E COMEINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/11/2019

Total a Pagar:

R\$ 57,47



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUARIO: EM 31/10/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453255/19

Número do Sinistro: 3190701841

Vítima: RENATO DO NASCIMENTO SILVA

CPF: 062.605.174-67

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENATO DO NASCIMENTO
SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: RENATO DO NASCIMENTO SILVA
CPF: 062.605.174-67

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RENATO DO NASCIMENTO SILVA

Paulo Victor Soares Sant'Ana