



Número: **0036156-52.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|--|
| JOSE RAFAEL DA SILVA (AUTOR) | EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO) |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| 68083 028 | 16/09/2020 18:29 | <u>ANEXO 1</u> | Outros (Documento) |



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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190689935

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA

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

| | |
|--------------------------------------|---|
| Comprovante de residência | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue. |
|--------------------------------------|---|

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

Pag. 00447/00448 - carta_03 - INVALIDEZ



00070224

Carta nº 15231724



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Num. 68083028 - Pág. 1

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, 01 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190689935 **Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA

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

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOSE RAFAEL DA SILVA

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

Banco: **237**

Agência: **000000835-4**

Conta: **0000023203-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190689935 Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data do Acidente: 15/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RAFAEL DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 29/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag: 01673/01674 - carta_09 - INVALIDEZ



00040837

Carta nº 15738455



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Num. 68083028 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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):
 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:

AGÊNCIA: CONTA: (3)

(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 do 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) Divorciado 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 (velho): 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 áqueles 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
Assinatura
digitalizada
eletroassinatura
não alfabetizada

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 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 11/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;

Hora e data do fato: 17:30H do dia 15 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10hs30min do dia 29/11/2019.

Local do Ocorrido: PB 150, nas proximidades da cidade de SANTA CECILIA-PB.



COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSE RAFAEL DA SILVA, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG Nº 4.693.011 SSP-PB, CPF Nº 147.833.904-79, filho de SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA e de MARIA JADEILDA BARBOSA DA SILVA, residente no sítio ZÉ DE MOURA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB. TEL. 83 981035042.

ACUSADOS: A investigar.

TESTEMUNHAS: a arrolar posteriormente.

HISTÓRICO: Na data e endereço acima citado, o comunicante estava conduzindo uma moto de marca HONDA/CG 125, COR PRETA, ANO MOD 2012, PLACA PEG 9886, CHASSI 9C2JC4110CR301350, LICENCIADA EM NOME DE JOSE HELIO DE SALES, sentido o sítio ZÉ DE MOURA, na PB 150, nas proximidades da residência do SR. Biu RODRIGUES, fora surpreendido por um individuo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contrario a colidir de frente com a referida moto; QUE o comunicante informa que veio a cair ao solo inclusive estava com uma pessoa na posição de carona, MARIA GORETE DA SILVA; QUE relata o comunicante que já caiu ao solo desacordado com o forte impacto das motos; QUE diz o comunicante que alguém ligou para o SAMU, quando o SAMU chegou o comunicante estava acordado mas bastante agoniado sofrendo muitas dores, fora feito os primeiros socorros no local, e levado para o HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, onde ficou hospitalizado oito dias

COMUNICANTE/VÍTIMA

Jose Rafael da Silva
JOSE RAFAEL DA SILVA

COMISSÁRIO DA CIVIL *Moacir Antoniô da Silva*





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 15 - E-mail:
 16 - Tel.(DDD):

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):
 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:

AGÊNCIA: CONTA: 3

(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 do 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) Divorciado 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 Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velho): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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
Assinatura
digitalizada
eletromecâni-
camente
não alfabetizada

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 - 1º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EDC 001 UN 02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RAFAEL DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000023203-3

Nr. Autenticação
BRADESCO2712201905000000000237008350000002320394500 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Num. 68083028 - Pág. 7



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50770-902
CNPJ 15.0335.8320001-08 | Inscrição Estadual: 20015843-83 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EDICIONES POLICLÍNICA
ALFREDO ALVAREZ GOURATEA A. FERNANDEZ

ENDERÉSCO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CP-945734 464-04

CENTROVISUAL
SULIBIMPE
62352-000

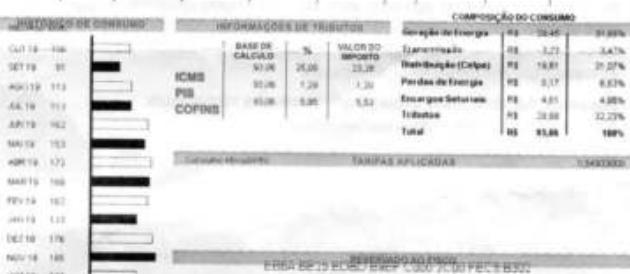
7005749888 10/2019
14/10/2019 07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 102,74

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Coleteiro Ab-01(VAR) | 100.000000 | 0.81069950 | 87.54 |
| Accessorio Bandeira AMARELA | | | 0.56 |
| Access. Imc Bandeira VERMELHA | | | 0.01 |
| Controle Iren. Pública Municipal | | | 0.64 |
| ICMS Subvenção CIE-NF 0042778-04/07/19 | | | 0.79 |
| ICMS Subvenção CIE-NF 072044702-05/09/19 | | | 0.80 |
| Multa por atraso-NF 075948294-04/08/19 | | | 1.35 |
| Juros por atraso-NF 075940084-04/08/19 | | | 0.11 |

TOTAL DA FATURA 1022

REMBORSATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| MEASURAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|------------|------------|-------|----------|---------------|------------|--------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR 037914 | TIPO DA LÂMPADA L-45 | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DE DIAS | CONSTÂNTES | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| 14-06-2016 | 00.124.000 | 07-10-2016 | 00.125.500 | 31 | 1.000,00 | 108 | 1.000,00 | 0,00 | 108,00 |



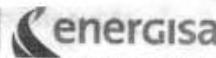
Alzate, C. (1998). *La memoria y el desarrollo*. Madrid: Alianza.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Nº 68083028 - Pág. 8

SIT:JOSE DE MOURA BARBOSA DA SILVA
SANTO: SIT:JOSE DE MOURA BARBOSA DA SILVA
SANTO: SIT:JOSE DE MOURA BARBOSA DA SILVA
SANTO: SIT:JOSE DE MOURA BARBOSA DA SILVA



Licença: MÔNDO FÍSICO
Claribc: RBS MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENCA
Rota: 4-278-715-990
Medidor: 00028301198
Referência: Out / 2019
Emissor: 09/10/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br233, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Irit: Est 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°032.275.003
Cód. para Débito Automático: 00013291380

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Out / 2019 | 09/10/2019 | 07/11/2019 | 080.426.434-11 |

UC (Unidade Consumidora): 5/1329138-0

Canal de contato

+ Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pela Lei nº 10.488, de 26 de setembro de 2002
Conheça o Energia+ seu app! O nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você! Baixe o app agora e informe faltas de luz, confira se seu endereço está programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas! Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|---------------|---------------|-----------|---------|------|
| 08/09/19 8170 | 09/10/19 8287 | 1 | 117 | 30 |

| Demonstrativo | | | | | | |
|------------------------|--|----------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|
| CCI | Descrição | Quarteto | Tarifa | Valor Base Cap. Adm. (em R\$) | Base Calc. Fiscais | Calif.(%) |
| | | | Tributo Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS | | | |
| 0801 | Consumo até 30MWh-BR | 30.000 | 0,386030 | 7,98 | 7,98 | 0,07 |
| 0801 | Consumo - 31 a 100MWh-BR | 70.000 | 0,456050 | 31,92 | 31,92 | 0,27 |
| 0801 | Consumo - 101 a 220MWh-BR | 17.000 | 0,684110 | 11,82 | 11,82 | 0,10 |
| 0801 | Adic. B. Vermelha | | 2,75 | 2,75 | 0,74 | 0,11 |
| 0801 | Adic. B. Amarela | | 0,40 | 0,40 | 0,11 | 0,01 |
| 0810 | Subsídio | | 38,78 | 38,78 | 10,14 | 0,83 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | |
| 0807 | CONTRIBUIÇÃO CÍLICUM PÚBLICA | | 10,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 | JUROS DE MORA 08/2019 | | 0,43 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 08/2019 | | 0,55 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 | COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIMC 08/2019 | | -0,51 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0801 | REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL 08/2019 | | -0,02 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | Divulgação Subsídio | | -27,16 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 78,22 94,46 25,50 94,46 0,78 5,84
Tributos: Até 2018/09 - 0,315000 Até 22019/09 - 0,487200

| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------|------------|---------------|
| 84 | 16/10/2019 | R\$ 78,23 |

Histórico de Consumo (kWh)

SE | 78 | 80 | 94 | 71 | 82 | 26 | 83 | 71 | 97 | 88 | 117
Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19

RESERVADO AO FISCO

2949.892b.c0a9.1d6f.9988.6ea0.91af.e044.

| Indicadores de Qualidade 1/2019 - Unidade | | | Composição do Consumo | | |
|---|---------|----------------------|--|-------------|--------|
| Límites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | Discriminação | Valor (R\$) | % |
| DIC/MENSAIS | 13,87 | 15,25 | Serviços de Dist. da Energia/MPB | 14,28 | 18,13 |
| DIC/TRIMESTRAL | 27,16 | | Compra de Energia | 18,80 | 22,87 |
| DIC/ANUAL | 54,31 | | Serviço de Transmissão | 2,12 | 2,69 |
| FC/MENSAIS | 7,97 | 3,00 | Encargo Detonado | 2,49 | 2,97 |
| FC/TRIMESTRAL | 75,94 | | Impostos, Multas e Encargos | 41,44 | 51,48 |
| FC/ANUAL | 19,98 | | Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| DIMC | 7,81 | 6,43 | Total | 78,76 | 100,00 |
| DICRI | 18,80 | | Valor do EU/ED (Ref. 8/2019) R\$ 12,31 | | |

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não houver(a) pagamento das faturas(a) permanecendo(a) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 24/10/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a pressunção da devolução suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso o termo de estudo (ou pagamento das) fatura(s) acesse, desconsidera essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Sua unidade foi faturada como Baixa Renca, tendo um desconto de R\$27,16. - Leitura confirmada.

Set/19 83,25

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 07210.614173 1 80440000007823

PAGADOR: MARIA JOAELDA BARBOSA DA SILVA - CPF/CNPJ: 080.426.434-11
SIT:JOSE DE MOURA, S/N - ÁREA RURAL - SANTA CECILIA / PB CEP: 58483000

Nossa Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Pago
25249120007210614 001329138201910 16/10/2019 R\$ 78,23 R\$ 78,23

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.095.183/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3084-3/2447-3





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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE RAFAEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 147.833.904 / 79, do sinistro de DPVAT cobertura 20VALIDEZ da Vítima JOSE RAFAEL DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 147.833.904 / 79, 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 JOAO BAPTISTA</u> | Número | <u>370</u> | Complemento | <u>espa</u> |
| Bairro | <u>CENTRO</u> | Cidade | <u>SUROZIM</u> | Estado | <u>PE</u> |
| Email | _____ | Telefone comercial(DDD) | <u>81-99665-0454</u> | Telefone celular (DDD) | <u>81-98133-5022</u> |

SUROZIM, 09 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Num. 68083028 - Pág. 10

178.7772
Emanuelle 50 + 19 1749

Edmaldo

Colocar moto
x
Ribeirão de S. P. B.
PB 150 sta Cecília
18



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que , a pedido do(a) Sr.(a) JOSE RAFAEL DA SILVA portador(a) da Identidade RG: 4693011 portador(a) da patologia CID-10 S623. Esteve interno (a) neste Hospital no período de 15/07/2019 a 22/07/2019, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades por um período de 45 dias, a partir desta data.

CAMPINA GRANDE - PB 22/07/2019

Dr. Wagner Falcão
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM-PB 8643
 Médico: Wagner De Melo Falcao

AUTORIZAÇÃO

Eu JOSE RAFAEL DA SILVA , autorizo o (a) Dr.(a) Wagner De Melo Falcao , a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado legal.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1944659 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4770 - Malvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58432-809

Data: 15/07/2019 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: JOSE RAFAEL DA SILVA CEP:58463000

Nascimento:07/03/2001

Sexo:M

Telefone:

Idade:018

Bairro:CENTRO

RG: 4693011

Nº:0

Profissão:AGRICULTOR

CNS:706803719282321

Data de Atend:15/07/2019

CONVÉNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO X MOTO

Hora: 20:10:21

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Ampola
3. Avulso
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empinamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enrachamento
11. Equimose
12. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cinturão
15. F. Cortante
16. F. Corte-contusão
17. F. Perfuro-contusão
18. F. Perfuro-contante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enravado
29. Otorrinite
30. Paralisia
31. Farésia
32. Paraplesia
33. Quimiodoria
34. Rinorrágia
35. Síndrome de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ %
DGNOSTICO / CID: _____ / _____

150x160

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
16/10/19

ASSINATURA E CARMBO DO MÉDICO:
DR. JOSÉ R. DA SILVA

| EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS | | | |
|--|---|------|-------|
| Paciente: <i>paciente vítima de colisão moto - menor sem capacete, por volta das 22h, produzido de um encontro de um ciclista e um motorista de moto, digo, ciclista</i> | | | |
| ALÉRGIA: <i>atox</i> + tabaco inalado com ausente, nenhuma reação alérgica | | | |
| JUGO: | | | |
| TOMOGRAFIA: | | | |
| MEDICAMENTOS: <i>Fenobacital</i> | | | |
| PATOLOGIAS: | | | |
| EXAME FÍSICO | | | |
| PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagentes <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocôricas () | PA | HGT: | Sat02 |
| <i>Glasgow 15</i> | <i>C: pupilas均匀一致, presentes & dilatadas, & sitemáticas</i> | | |
| <i>E: lacrimejante em excesso de frente, dor em maxilar & pe</i> | | | |
| <i>USG: Apresentava obscuras estruturas retinogramáticas nasais.</i> | | | |
| EXAMES SOLICITADOS: | | | |
| <input type="checkbox"/> Laboratorial | <input checked="" type="checkbox"/> Ultrassonografia: | | |
| <input type="checkbox"/> Gasometria arterial | <input type="checkbox"/> Radiografias: | | |
| <input type="checkbox"/> Tomografia Computadorizada | <input type="checkbox"/> () | | |
| SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: | | | |
| Especialista: <i>Dr. Leopoldo</i> | 1 | 00 | ás |
| Especialista: <i>BLF</i> | 1 | 02 | ás |
| MÉDICO SOLICITANTE | | | |
| PROCEDIMENTOS REALIZADOS: | | | |
| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | | |
| 1 | Fenobacital 200 mg / ml : 1/2 ampola, 14,2000 | | |
| 2 | Hidroclor. 200 mg / ml : 1/4 Ad, EV, 0,5000 | | |
| 3 | Fen. 3,300 0,5 FA, 300 mg / ml | | |
| 4 | Sic 2 S, 1000 - 00 | | |
| 5 | 5 | | |
| 6 | 6 | | |
| HORÁRIO REALIZADO | | | |

XXME SECUNDARIO / PARECER MÉDICO

170

BH# 23:00h53

② $\text{Fe}^{2+} + \text{H}_2\text{O}_2 \rightarrow \text{Fe}^{3+} + \text{H}_2\text{O}$

③ Fe^{3+} ionenlose Lösung reagiert mit KSCN zu einem roten Komplex

Correia
Suzana
Dra. Suzana Correia
CIRURGIA DENTAL

TESTING DO PACIENTE

SERVIÇOS REALIZADOS:

148/projeto/hc5/impreclassi.php?contar=1944659&dataa[0]=2019-07-11&horas[0]=20:15:32





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malfinás, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 15/07/2019

Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA Idade: 018 N° ATEND: 1944659

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 15/07/2019 HORA : 20:15:32

ESPECIALIDADE : CHURGIA

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

SINAIS VITAIS
HGT: 5AT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:
DIABETES () SIM (X) NAO HAS () SIM (X) NAO
DEF. MOTORA () SIM (X) NAO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO





DA PARÁIBA SECRETARIA DE SAÚDE DOS ESPIAUX
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME: *Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior*

REGISTRO DE ENTRADA

141453

PRONTUÁRIO:

04103
2004

| IDADE: | SEXO: | COR: | PESO: | ALTURA: | CLINICA: | ENF: | LEITO: |
|--------|-------|------|-------|---------|----------|------|--------|
| 11 | 1 | | | | | 6 | 2 |

| | |
|-----------------|--|
| DADOS CLÍNICOS: | <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior. Carro deixa aula de leitura em agonia. VII e VIII</i> |
|-----------------|--|

| | |
|----------------------|------------------|
| MATERIAL A EXAMINAR: | <i>Urticaria</i> |
| Realizada em: | <i>19/09/19</i> |

| | |
|----------------------|-------------------------------------|
| EXAME SOLICITADO: | <i>Urticaria</i> |
| URGÊNCIA: | <input checked="" type="checkbox"/> |
| DATA: | <i>19/09/19</i> |
| ROTTNA: | <input type="checkbox"/> |
| HORA DA SOLICITAÇÃO: | <i>10h00</i> |

Iankel Thiago da S. Peixoto
MEDICO RESIDENTE
CIRURGIA
CRM 9568/PB

RESPOSAVEL PELA SOLICITAÇÃO:



DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQ E PÉ ESQ

Diagnóstico Pós-Operatório: FRATURA EXPOSTA GRAVE DA MÃO ESQ E PÉ ESQ

Cirurgia: TTO CIRURGICO DA FRATURA EXPOSTA DA MÃO E PÉ ESQ

Data da Cirurgia: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: DR BRENO TORRES

Aux 1: DRA. ANA MARIA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: DR ALISSON

Tipo de anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL ESQ + PENTABLOQUEIO DO PÉ ESQ

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

- 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3- CAMPOS ESTÉREIS
- 4- TTO CIRURGICO DA FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQ (LIMPEZA MECANICO CIRURGICA, DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS DE KIRSCHNER).
- 5- SUTURA E TALA GARRAFA
- 6- AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO DO PÉ, DESBRIDAMENTO E LIMPEZA MECANICO CIRURGICA COM SF 0,9% ABUNDANTE)
- 7- SUTURA
- 8- CURATIVO
- 9- AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL – CONDUZIR LESÃO HEPATICA.

DATA: 06/07/2019



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Jose Rafael da Silva DN 01/03/2001
QD LEITE Seta 03 S/sex IDADE 18mes REGISTRO 1944659

CIRURGIA TTE-kin - Fratura exposta
da mão

ANESTESIA

Bloqueio de Plexos

INSTRUMENTADORA

DATA 16/07/19

CIRURGIÃO

ANESTESIA

Dr. Alison

INICIO 08:40

FIM 03:44

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

| Qtd. | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS | Bolsa Colostoma | Qtd. | FIOS | CÓDIGO |
|---|--------------------------|---|------|---------------------------|--------|
| | Adrenalina amp. | Cafeol p/ Óxg. | | Catgut cromado Sertix | |
| | Atropina amp. | Catet. De Urinar Sist. Fech. | | Catgut cromado Sertix | |
| | Diazepam amp. | Compressa Grande | | Catgut cromado Sertix | |
| | Dimore amp. | Compressa Pequena | | Catgut Simples | |
| | Dolantina amp. | Colonoide | | Catgut Simples Sertix | |
| | Efrane ml | Dreno | | Catgut Simples Sertix | |
| | Fenegam amp. | Dreno Kerr n° | | Catgut Simples Sertix | |
| | Fentanil ml | Dreno Penrose n° | | Cera p/ osso | |
| | Inova ml | Dreno Pezzer n° | | Ethibond | |
| | Ketalar ml | Equipo de Macrogotas | | Ethibond | |
| | Mercaina % ml | Equipo de Macrogolas | | Ethibond | |
| | Nubain amp. | Equipo de Sangue | | Fio de Algodão Sertix | |
| | Pavulon amp. | Equipo de PVC | | Fio de Algodão Sertix | |
| | Protigmine amp. | Espadrapo Larco cm | | Fio de Algodão Sutupak | |
| | Protocolo 1/m | Furacim ml | | Fio de Algodão Sutupak | |
| | Quelicin ml | Gase Pacote c/ 10 unidades | | Fila cardíaca | |
| | Rapifen amp. | H ₂ O ml | | Mononylon | |
| | Thionembutal ml | Inracath Adulto | | Mononylon 20 - | |
| | Tracrium amp. | Inracath Infantil | | Prolene Sertix | |
| Qtd. | MEDICAÇÕES | 02 | | | |
| | Aqua Destilada amp. | Lâmina de Bisturi n° 23 | | Prolene Sertix | |
| | Decadron amp. | Lâmina de Bisturi n° 11 | | Prolene Sertix | |
| | Dipirona amp. | Lâmina de Bisturi n° 15 | | Prolene Sertix | |
| | Flaxidol amp. | Luvas 7.0 | | Vicryl Sertix | |
| | Flebocortid amp. | Luvas 7.5 | | Vicryl Sertix | |
| | Geramicina amp. | Luvas 8.0 | | Vicryl Sertix | |
| | Glicose amp. | Luvas 8.5 | | Oxigênio 1/m | |
| | Glucos de Cálcio amp. | Poliflix | | | |
| | Haemacel ml. | PVPI Degemante ml | | | |
| | Heparama ml. | PVPI Tópico ml. | | | |
| | Kanakion amp. | Sabão Antiséptico | | SOROS | |
| | Lasix amp. | Saco coletor | | SG Normotérmico fr 500 ml | |
| | Medrotinazol. | Seringa desc. 10 ml | | SG Gelado fr 500 ml | |
| | Plasil amp. | Seringa desc. 20 ml | | SG Hipertérmico fr 500 ml | |
| | Prolamina | Seringa desc. 05 ml | | SG Ringr fr 500 ml | |
| | Revivan amp. | Sonda | | SG fr 500 ml | |
| | Stuplanon amp. | Sonda folley | | | |
| | Cefalotina 1g | Sonda Nasogástrica | | | |
| | | Sonda Uretral n° | | | |
| | | Sterydrem ml | | | |
| | | Torneirinha | | | |
| Qtd. | MATERIAIS / SOLUÇÕES | | | | |
| | Aguilha desc. 25 x 7 | Vaselina ml | | | |
| | Aguilha desc. 28 x 28 | Gelcon 18 | | | |
| | Aguilha desc. 3 x 4,5 | Latese | | | |
| | Aguilha p/ raque n° | | | | |
| | Álcool de Enfermagem | | | | |
| | Álcool Iodado ml | | | | |
| | Ataduras de Crepon | | | | |
| | Ataduras de Gessada | | | | |
| | Azul metílico amp. | | | | |
| | Benzina ml | | | | |
| Qtd. | | | | | |
| EQUIPAMENTOS | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar | | | |
| <input type="checkbox"/> Serra | | <input type="checkbox"/> Eletrocautério | | | |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador | | <input type="checkbox"/> Oxicapiôgrafo | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal | | <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor | | | |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz | | <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico | | | |
| CIRCULANTE RESPONSÁVEL | | | | | |

MOD 066



22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

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
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 22/07/2019

NOME : Wagner De Melo Falcao



GOVERNO DA PARAÍBA

GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019 Data da Alta: 22/07/2019

Registro: 1944753

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: RFFF

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RFFF Data: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: BRENO COUTINHO TORRES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infeção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: ATB + AINE + RETORNO AMBULATORIAL

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INchaço RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Alta Administrativa

Data: 22/07/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner De Melo Falcao

L.I.: Wagner De Melo Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-8643

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! - RESPONSÁVEL : Wagner De Melo Falcao





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Num. 68083028 - Pág. 20

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN-PE

DETAN-PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - RUTR. - EXERCÍCIO
1 00133563 ***** 2019

JOSE MELIO DE SALES

OLINDA-PE

CPF/CNPJ

251.824.226-72

PLACA

PEG9896

PLACA ANTO/UE

*****/PE

CHASSI

SC2JC4110CR301256

ESPECIE/TIPO

MOTO/CICLISTA

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP/POV/OL

25/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

PAGA IPVA

L

PARCELAMENTO / COTAS

2

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

50,11

IOF (R\$)

0,32

PRÉMIO TOTAL (R\$)

64,58

DATA DE PAGAMENTO

19/03/19

EM RESERVA

OBSERVAÇÕES

Roberto Sales

DATA

09/10/19

ESCOLHA CATEGORIA DO VEÍCULO PAGAMENTO

DIRETOR GERAL DE INFRAESTRUTURA

DETRAN-PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

JOSE MELIO DE SALES

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

WWW.SEGURADORAVIDA.COM.BR

BAG DPVAT 0000 022 1204

0

OLINDA-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/10/

VIA - CPF/CNPJ - PLACA -
00133563 - PEG9896RENAVAM - MARCA/MODELO -
00133563 - HONDA/CG 125 FAN KSANO FAB. - ANO MOD. - N° CHASSI -
2011 - 09 - SC2JC4110CR301250

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$) - DETRAN-PE - CUSTO DO SEGURO
36,06 - 4.01 - 60,06CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - ROLAMENTO PROSEGU
4,18 - 0,22 - 34,58PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA - PARCELADO - 19/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.300.000/0001-04

ESTRUTURA - SEGURO - O BILHETE DE
SEGURADORA LÍDER PODE SER CANCELADO

CANTON



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

CPF: 147.833.904-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE RAFAEL DA SILVA : 147.833.904-79

Autorização de pagamento

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 10/12/2019

Data do cadastramento: 10/12/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Num. 68083028 - Pág. 22

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689935 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA MÃO E PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MÃO:FIOS DE K/ PÉ:DESBRIDAMENTO-PAG 7) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

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 |
|--|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | R\$ 945,00 |
| | | Total | 7 % | R\$ 945,00 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190689935 **Cidade:** Santa Cecília **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA MÃO E PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MÃO:FIOS DE K/ PÉ:DEBRIDAMENTO-PAG 7) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

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

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA

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 |



PROCURAÇÃO:

OUTORGANTE

| | |
|-------------------|---|
| NOME: | <i>José Rafael da Silva</i> |
| NACIONALIDADE: | <i>Brasileira</i> |
| PROFISSÃO: | <i>Agropecuário</i> |
| IDENTIDADE: | <i>4.693.011 - SDS/PB.</i> |
| DATA DO ACIDENTE: | <i>15/07/2019</i> |
| COBERTURA: | <i>Invalidez</i> |
| VÍTIMA: | <i>José Rafael da Silva</i> |
| ENDEREÇO: | <i>Sítio José de Moraes, s/n, Área Rural de Santa Cecília (PB).</i> |
| | |

OUTORGADO

| | |
|----------------|--|
| NOME: | <i>EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES</i> |
| NACIONALIDADE: | <i>Brasileira</i> |
| PROFISSÃO: | <i>Funcionário Público Aposentado</i> |
| IDENTIDADE: | <i>3092028 - SDS/PB e CPF - 574.940.534/68</i> |
| ENDEREÇO: | <i>Rua São João Batista, nº 370, Cecília, Serrinha (PB).</i> |
| | |

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**.



Santa Cecília - PB, 02 de dezembro de 2019



José Rafael da Silva



ASSINATURA DO OUTORGANTE

CONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório de Registro Civil

de Tabelionato de Notas

Santa Cecília-PB

*Maria Aparecida Albuquerque de Oliveira
Oficiala e Tabeliã*



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

CPF: 147.833.904-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

JOSE RAFAEL DA SILVA : 147.833.904-79

Autorização de pagamento

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 10/12/2019

Data do cadastramento: 10/12/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Num. 68083028 - Pág. 26

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

Número do Sinistro: 3190689935

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

CPF: 147.833.904-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2019

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/04/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 27/04/2020

Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 18:29:19
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091618291985700000066778124>
Número do documento: 20091618291985700000066778124

Num. 68083028 - Pág. 27