



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
68083028	16/09/2020 18:29	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Comprovante de residência</b>	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





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

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

Rio de Janeiro, 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



## 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:  
147.833.904-79 JOSE RAFAEL DA 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: JOSE RAFAEL DA SILVA 6 - CPF: 147.833.904-79  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO JOSE DE MOURA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58463000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 23203 3  
(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) ☐ 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 (vairasos)? ☐ 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

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, SANTA CECÍLIA - PB / 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. Nº 11/2019





**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. Bui RODRIGUES, fora surpreendido por um indivíduo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contrário 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 Antonio da Silva*  
MOACIR ANTONIO 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:  
147.833.904-79 JOSE RAFAEL DA 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: JOSE RAFAEL DA SILVA 6 - CPF: 147.833.904-79  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO JOSE DE MOURA 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: AREA RURAL 12 - Cidade: SANTA CECÍLIA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58463000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99665-0454

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)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 0835 4 CONTA: 23203 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 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) ☐ 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 (vairasos)? ☐ 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

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, SANTA CECÍLIA - PB / 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ENC. Nº 11/2019



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

BRADESCO271220190500000000002370083500000002320394500 PAGO







Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

**NOTA FISCAL - FATURA - CARTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 811, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-902  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ALBUZEMIA MOURA DE A. FERNANDES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA JOÃO BATISTA 210

CPF: 945.334.444-04

CENTRO SIDERIM  
SULRUBIM PE  
55750-000

**CLASSIFICAÇÃO  
DE FREGUESIA DA  
RESIDENCIAL**

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

NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
7005749888	14/10/2019	07/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
07/10/2019	201188300	3753000

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	108,200000	0,81000057	87,55
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,01
Contrib. Sem. Pública Municipal			8,04
ICMS Subvenção CDE - NF 081224779-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção CDE - NF 073044307-05/06/19			0,80
Multa por atraso - NF 070948294 - 04/09/19			1,36
Juros por atraso - NF 070948294 - 04/09/19			0,11
TOTAL DA FATURA			102,74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
637914	1-1	04/09/2019	36.128,00	07/10/2019	36.236,00	32	1,00000		108,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
CUT 19 - 146		BASE DE CÁLCULO	1%	Valor do Consumo	R\$ 10,45 10,00%
SET 19 - 91		ICMS	25,00	Exercício de Energia	R\$ 1,23 1,23%
AGO 19 - 113		PIS	1,28	Redução de Energia	R\$ 18,81 18,20%
Jul 19 - 111		COFINS	5,52	Perda de Energia	R\$ 0,17 0,17%
JUN 19 - 102				Encargos Setoriais	R\$ 4,81 4,58%
Mai 19 - 103				Taxação	R\$ 33,88 32,23%
ABR 19 - 121				Total	R\$ 85,86 100%
MAR 19 - 100					
FEV 19 - 107					
JAN 19 - 113					
DEZ 19 - 176					
NOV 19 - 188					
OUT 19 - 131					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pagamento eletrônico pelo boleto bancário emitido em nome do cliente. Para mais informações, consulte o site da Companhia. Não é possível a emissão de boleto em nome de terceiros. A Companhia não se responsabiliza por erros de digitação ou por falhas de comunicação. O cliente é responsável por manter o contato com a Companhia para atualizar seus dados cadastrais. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso do sistema de cobrança.

As condições gerais de fornecimento estão disponíveis no site da Companhia. Para mais informações, consulte o site da Companhia. A Companhia não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso do sistema de cobrança.



ST JOSE DE MOURA, SIN - AREA RURAL  
BANTA CECILIA/PB CEP: 56463000 (AG. 105)



Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 4-278-715-990 Referência: Out / 2019  
Medidor: 00008301198 Emissor: 09/10/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-890  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 002.375.803  
Cód. para Deb. Automático: 0001329138-0

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 - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.  
Conecte o Energisa On? O nosso aplicativo para smartphones e tablet oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app! agora e informe a data de sua conta para se habilitar o desligamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas! Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/09/19	Leitura 6170	Data 09/10/19	Leitura 6287	1

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. (R\$)	Alíq. (R\$/R\$)	Valor Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Alíq. (R\$/R\$)	Valor Calc. (R\$)	
Tributos Totais (R\$): ICMS (R\$) ICMS										
Folha (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$) (R\$)										
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,366030	7,98	7,98	27	2,15	7,98	0,07	0,30
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,459050	31,92	31,92	27	8,82	31,92	0,27	1,23
0801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	17,000	0,694110	11,82	11,82	27	3,14	11,82	0,10	0,45
0801	Adic. B. Vermeia	2,75	2,75	27	0,74	2,75	0,02	0,11		
0801	Adic. B. Amarela	0,40	0,40	27	0,11	0,40	0,00	0,01		
0810	Suicídio	38,79	38,79	27	10,14	38,79	0,93	1,54		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	10,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 09/2019	0,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 09/2019	0,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR CMC 09/2019	-0,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0801	REST. BAIXA AMAR. RESIDENCIAL 09/2019	-0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	Devolução Suicídio	-27,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
CCI Código de Classificação do item TOTAL										
Tarifa de Tributos: AT 300/VW 0,311710 AT 1000/VW 0,311710 AT 2200/VW 0,467280										

Medida (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
84	16/10/2019	R\$ 78,23

Histórico de Consumo (kWh)											
08	78	80	84	71	82	86	83	71	87	88	117
Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Maio/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20	Set/20

RESERVADO AO FISCO  
2949.892b.c0a9.1d6f.9988.6ea0.91af.e044.

Indicadores de Qualidade 9/2019 - Limite				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	13,87	15,25	NOMINAL	Serviço de Dist. da Energisa/PB	14,29	18,13
DIO TRIMESTRAL	27,15			Compensação de Energia	18,90	23,97
DICANAL	84,31		CONTRA TADA	Serviço de Transmissão	2,12	2,69
DICANAL	7,97	3,00		Encargos Setoriais	2,15	2,73
DIO TRIMESTRAL	15,94		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	41,41	52,98
DICANAL	31,88		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
CMC	7,40	8,43		Total	78,75	100,00
DICRI	18,60					

Valor do EUC (Ref. 8/2019): R\$ 12,38

ATENÇÃO		Faturas em atraso	
- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao (s) titular(es) permanecer(em) 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 possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ao consumidor antes da suspensão da unidade consumidora para comprovação. Caso o cliente efetue o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar esta mensagem.		Set/19 83,25	
- Fatura sujeta a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.			
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 27,19.			
- Leitura confirmada			

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190.00009 02624.912008 07210.614173 1 80440000007823

PAGADOR: MARIA JADELDA BARBOSA DA SILVA - CPF/CNPJ: 080.426.434-11  
ST JOSE DE MOURA, SIN - AREA RURAL - SANTA CECILIA/PB CEP: 56463000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
25249120007210614	001329136201910	16/10/2019	R\$ 78,23	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183/0001-40  
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-890

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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 INVÁLIDEZ da Vitima 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 BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>ensa</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

SURUBIM, 09 de DEZEMBRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Alcantil-PB

Alcantil-PB

1787772 150719 1749

Claudiver

Ednaldo

x

Coloã moto x moto

João Rebel de Silva \* 18  
PB 150 Ste Cecilia

Elma Graça Willyan





## 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*

ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 3643

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





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

ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº: 1944659

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

PACIENTE: JOSE RAFAEL DA SILVA CEP: 58463000 Nascimento: 07/03/2001

Endereço: JOSE DE MOURA

Sexo: M Telefone:

Cidade: Santa Cecilia Idade: 018 Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JADEILDA BARBOSA DA SILVA RG: 4693011

Responsável: CPF: 14783390479

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: União Estável

Data de Atendimento: 15/07/2019

CNS: 706803719282321

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Horário: 20:10:21

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNÓSTICO / CID: Politrauma

# EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão moto-moto com capacete, porém não preso da consequência e remete. Trajido pelo EMTA sob protocolo de umebiljacao. Repre dor em mão e pé direitos, sangramento nasal.

A: via aérea permeável, cervical indolor. B: parâmetros biliares normais. Alergia: não. S: teste indolor com amplitude normal.

MEDICAMENTOS:

Fenobarbital

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

C: pulso periferico cheios, presentes e simétricos. E: laceração em região do punho, dor em mão e pé. Sng: Apresenta discreto sangramento nasal.

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia 1 07:11:15 Dia 1/1  
Especialista: BUF 1 07:11:15 Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Fenobarbital 200mg/ml: 1/2 ampola, 14, oxigeno	14
2	Hidrocortisona 200mg/ml: 1/2 Ad, EV, oxigeno	14
3	Fenazone 95 FA, IM, oxigeno	14
4	500.5i, 1000, 2.00	14
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

15/07/19





2019



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: 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 : CIRURGIA

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

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

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

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO
						ENFERMEIRO/COREN	

OBS: SAMU ALCANTIL

ENFERMEIRO/COREN  
Acolhimento

10.1.1.148/projeto/hctcg/impreclassi.php?contar=1944659&dataatend=2019-07-15&horaaatend=20:15:32





**DAPARAÍBA**

SECRETARIA DE SAÚDE DOS ESTADOS  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RECEBIMOS DE

NOME: *João Roberto de Souza*

*344753*

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO: *07/03/2001*

IDADE: <i>19</i>	SEXO: <i>M</i>	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF: <i>6</i>	LEITO: <i>2</i>
------------------	----------------	------	-------	---------	----------	---------------	-----------------

DADOS CLÍNICOS: *Lesão laparotômica*  
*Perfuração para colocação de tubo em região*  
*do VD e VD.*

MATERIAL A EXAMINAR: *ULTRASSONOGRAFIA*  
Realizada em: *19/07/19*

EXAME SOLICITADO: *Ulc MD Total*

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------

DATA: <i>19/07/19</i>	HORA DA SOLICITAÇÃO:
-----------------------	----------------------

Ianikel Thiago da S. Peixoto  
MÉDICO RESIDENTE  
CIRURGIA  
CRM 9568/PB

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO: *[Assinatura]*



## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

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

Diagnostico 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 LIMPEZE 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: <u>Jose Rafael da Silva</u> <u>DN 07/03/2001</u>					 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LÊITE <u>Sala 03</u>	CONVÊNIO <u>245</u>	IDADE <u>18 anos</u>	REGISTRO <u>1944659</u>	
CIRURGIA <u>Tt-en. Fratura exposta do mto</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. Bruno</u>			
ANESTESIA <u>Blockio de Plexo</u>		ANESTESIA <u>Dr. Alisson</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA <u>16/07/19</u>	INÍCIO <u>2h40</u>	FIM <u>03:44</u>	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Cafel. p/ O <sub>2</sub>		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Cafel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande e <sup>a</sup>		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan 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 Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Espadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido 1/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvax 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio 1/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuplanon amp.	Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral n°			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha p/ raque n°				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

**EQUIPAMENTOS**  
☒ Oxímetro de Pulso      ☐ Foco Auxiliar  
☐ Serra      ☐ Eletrocautério  
☐ Desfibrilador      ☐ Oxícapnógrafo  
☒ Foco Frontal      ☒ Cardiomonitor  
☐ Fonte de Luz      ☒ 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 Data: 22/07/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 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: RFFP

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RFFP

Data: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: BRENO COUTINHO TORRES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção 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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**1219484604**  
 VÁLIDA EM TODOS  
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

**1219484604**  
 PROIBIDO PLASTIFICAR

**NOME**  
 EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

**DOC. EMISSOR / ORG. EMISSOR / UF**  
 3092020 SEP PE

**CPF**  
 574.940.534-68

**DATA NASCIMENTO**  
 04/08/1968

**FUNÇÃO**  
 ANASO FERNANDES DE  
 OLIVEIRA SOBRINHO  
 DALVANI COSTA DE  
 ALBUQUERQUE FERNANDES

**PERMISSÃO**  
 ACC

**CR. HAB.**  
 AD

**Nº REGISTRO**  
 01410781200

**VÁLIDE**  
 15/12/2020

**VALIDADEZ**  
 35/09/1986

**OPERAÇÃO**  
 A

**LOCAL**  
 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

**DATA EMISSÃO**  
 16/12/2015

**47587078291**  
**PE070298467**

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015100742139  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 330133583 R. ALTRC. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

JOSE HELIO DE SALES

OLINDA-PE

CPF / CNPJ 251.824.228-72

PLACA REG9886

PLACA ANT / UE \*\*\*\*\* / PE

CHASSI SC2JC6110CR301350

ESPECIE TIPO EL3 / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 125 / 12.4 CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO

VENÇ. COTA ÚNICA 1 \*\*\*\*\*

PAGA LVA. 1 PARCELAMENTO / COTAS \*\*\*\*\*

VENÇ. COTAS 2 \*\*\*\*\* 3 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 60.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 64.55

DATA DE PAGAMENTO 15/03/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

OLINDA Roberto Sales

DATA 09/10/19

DIRETOR GERAL

EXEMPLAR

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

PE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

JOSE HELIO DE SALES

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

OLINDA-PE

EXERCÍCIO 2019

DATA EMISSÃO 09/10/19

VIA 1 251.824.228-72

PLACA REG9886

RENAVAM 30133583

MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K3

ANO FAB. 2011

ANO MOD. 2012

CHASSI SC2JC6110CR301350

PRÊMIO TARIFÁRIO

PR (R\$) 60.03

IOF (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO 64.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.16

IOF (R\$) 0.22

VALOR DO BILHETE 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 19/03/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.500.000/0001-04

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

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

**Vítima:** JOSE RAFAEL DA SILVA

**CPF:** 147.833.904-79

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 15/07/2019

**CPF de:** Próprio

**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](http://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: 10/12/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



## 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: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:** 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:	JOSÉ RAFAEL DA SILVA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	AGRICULTOR
IDENTIDADE:	4.693.011 - SDS/PB.
DATA DO ACIDENTE:	15/07/2019
COBERTURA:	INVALIDEZ
VÍTIMA:	JOSÉ RAFAEL DA SILVA
ENDEREÇO:	Sítio José de Moura, s/n, Área Rural de Santa Cecília (PB).

OUTORGADO

NOME:	EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA
PROFISSÃO:	FUNÇÃO PÚBLICA APOSENTADO
IDENTIDADE:	3092028 - SDS/PE e CPF - 574.940.534/68
ENDEREÇO:	Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI 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  
Oficial e Tabeliã

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

**Vítima:** JOSE RAFAEL DA SILVA

**CPF:** 147.833.904-79

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 15/07/2019

**CPF de:** Próprio

**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](http://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: 10/12/2019  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443490/19

Número do Sinistro: 3190689935

Vítima: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data do acidente: 15/07/2019

CPF: 147.833.904-79

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RAFAEL DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

### 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](http://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: 27/04/2020  
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020  
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa  
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

