

## IDENTIFICAÇÃO

**VITIMA**  
DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VITIMA \_\_\_\_\_  
**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) LAUDO DO IML (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (COPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

## VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (TREMBOLOSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA *Diogo Vinicius Hipolito e Silva Moreira*



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

082.296.544-50

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JOSE CARLOS PAULO DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>082.296.544-50</b>	Profissão <b>DE SEMPREGADO</b>
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email			Telefone (DDD) <b>83 98630-1130</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
Banco		Banco	
Nome		Nome	
Nº		Nº	
AGÊNCIA		AGÊNCIA	
Nº		Nº	
D/V		D/V	
CONTA		CONTA	
Nº		Nº	
D/V		D/V	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA 15 de Maio de 2018

Local e Data

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

CPF da Vítima

082.296.544-50

Data do Acidente

23/02/17

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Paulo, 15 de Maio de 2017  
Local e Data

João Carlos Paulo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 870/2017

Aos DOZE dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, conhecido(a) por CARLOS, Identidade nº 3421121-SSB/PB, CPF nº 082.296.544-50, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: encanador, filho(a) de Manoel Paulo Da Silva E Mariza Gomes Da Silva, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 29/04/1984 (33 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Serra Velha, Zona Rural De Solânea/PB, tendo como ponto de referência: próximo a Fazenda de Cição Motorista, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83)9.8632-4755.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
  - 2) **Data do Fato:** 23 de fevereiro de 2017;
  - 3) **Horário do fato:** 15h:39min;
  - 4) **Local do fato:** BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB;
  - 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, João Pessoa/PB;
  - 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
  - 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
  - 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

Uma moto HONDA/CG 150 FAN ES, PLACA MNM 5772/PB, ANO/MOD 2007/2007, COR PRATA, CHASSI 9C2KC08507R050185, RENAVAN 0091161519-9, licenciada no nome do comunicante.

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

FRANCISCO DE ASSIS SUARES DOS SANTOS, residente no Sítio Cacimba da Varzea, s/n, Zona Rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo Escolar)  
HELIO RODRIGUES FERNANDES, residente no Sítio Varjota, zona rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo)

8) **Breve resumo do fato:**

Narra o comunicante que vinha no local, horário e data acima descrito, quando um cachorro atravessou a rodovia na frente do comunicante, e o mesmo não conseguiu desviar colidindo com o mesmo. Devido a colisão o comunicante veio a cair ao solo, sofrendo algumas lesões no corpo. No momento do acidente não tinha nenhum carona com o mesmo.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

O referido boletim servirá para fins de DPVAT.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Jose Carlos Paulo da Silva*  
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA  
Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 168.610-1

Modelo\_Delegacia\_ILAMATO





VISTO EM: 20/03/17  
Katty Sabrina do N. Silva  
TEN. CEL. QOBM-621.280-4  
Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 16 de Março de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 089/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 23/02/2017, conforme requerimento nº 089/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h39min o/a Sr(a) **JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA** CPF 082.296.544-50, vítima de acidente de trânsito (*queda de moto*), ocorrido na BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-39, tendo como chefe o **CABO BM Huglailson** Everton Dornelas Chaves, Matrícula 522.278-8, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando escoriações nos membros superiores e inferiores, suspeita de luxação na clavícula esquerda e possível fratura na patela esquerda. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete** Gl. João Leôncio Pinheiro- SD BM, Mat. 523.935-4, (*assinado*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

  
Eládio Brito Freitas Santiago  
Ten. QOBM  
Mat. 523.685-1  
**Chefe da 3ª Seção**

**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/n, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3211-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br





Num. 15501053 - Pág. 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CDD. EMISSOR DE: 3421121 SSP PB

CPF: 082.296.544-50 DATA NASCIMENTO: 29/04/1984

USUÁRIO: MANOEL PAULO DA SILVA  
MARIZA GOMES DA SILVA

PERMISSÃO: ☒ COND. ☒ ACC. ☒ CATEG. ☒ AB

Nº REGISTRO: 06077566657 VALIDADE: 08/01/2018 1ª EMISSÃO: 23/05/2014

OBSERVAÇÕES:  
EXERCE ATIV. REMUNERADA:

Assinatura do Portador: *Jose Carlos Paulo da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 02/08/2016

64702568465  
P 033005958

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDADE EM TODOS OS ESTADOS DO BRASIL  
1290180807

PAGINIS PLASTIFICAR  
1290180807







ANTONIO VICENTE FERREIRA  
RUA OLAVO B. AC. 443 - MACULADA  
BAYEUX / PB CEP 58300000 (AG 1)

Emissão: 18/04/2018 Referência: Abr / 2018  
Classif/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO (R230) Km 26 - Centro Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Roteiro: 10 - S - 676 - 3120 TP medidor: 0000837943

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.085.180/0001-49 - Insc. Est. 15.015.023-6

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 006.201.945  
Cód. para Dist. Automático: 00006737068

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Abr / 2018 18/04/2018 18/05/2018 27908313434  
UC (Unidade Consumidora): 5/673706-8

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.  
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
Viu um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolá-lo local.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/03/18	10129	18/04/18	10295		136	30
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota	Aliq.	Valor (R\$)
0001	Consumo até 325 kWh-BR	30,000	0,349770	7,49	7,49	27
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	10,000	0,429170	29,97	29,97	27
0001	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	20,000	0,842250	23,12	23,12	27
0010	Subsídio			28,53	28,53	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	4,11	0,00	0	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 01/2018	1,52	0,00	0	0,00	0,00
0005	MULTA 01/2018	1,48	0,00	0	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018	0,17	0,00	0	0,00	0,00
0002	BEM SEGURO FÁCIL - ACE 04/2018	5,28	0,00	0	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio	-28,15	0,00	0	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item: TOTAL 85,50 00,11 26,70 89,11 0,00 4,18

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 25/04/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 85,50

Histórico de Consumo (kWh)

157 | 123 | 138 | 120 | 127 | 125 | 119 | 148 | 145 | 123 | 125 | 134  
Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18

1216.7a56.cc0a.2f54.dedb.1a32.68d2.8e8c

Indicadores de Qualidade 2/2018 - Santa Rita

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	DIC TRIMESTRAL		NOMINAL	CONTRATUAL			
5,59	11,10	0,00	220	202	Serviços de Dist. de Energia	15,75	18,43
21,10	42,20				Custos de Energia	18,91	21,77
21,10	42,20				Serviço de Transmissão	2,41	2,83
5,42	10,84	0,00			Encargos Setoriais	6,36	7,44
6,85	13,70				Impostos Diretos e Encargos	30,11	35,21
3,20	6,40				Outros Serviços	9,28	10,85
12,22	24,44	0,00			Total	85,50	100,00

Valor de Subsídio (Ref. 2/2018) R\$ 12,50

### ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/05/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem.  
ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
Fatura sujeita à inclusão em Brasília de proteção ao crédito no caso de inadimplência.  
- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 26,75.  
Contato Serviço: BEM SEGURO FÁCIL - ACE: 0800 704 0044  
- O cancelamento da cobrança do contrato e a emissão da fatura com estas cobranças podem ser solicitadas a qualquer momento na distribuidora.

### Faturas em atraso

Mar/18 83,23  
Fev/18 86,45

PARAIBA

Roteiro: 10 - S - 676 - 3120  
Matrícula: 873706-2018-04-0

VENCIMENTO 25/04/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 85,50

83640000000-3 85500054000-2 06737062018-8 04000008019-8





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO 29/04/84  
NOME DA MÃE MARISA GOMES DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 983.098  
Nº PRONTUÁRIO 100.587  
DATA DO ATENDIMENTO 23/02/2017  
HORA DO ATENDIMENTO 16:06  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E  
CID 10 S 82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor em ombro E, punho D e joelho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP, Perfil axilar e Perfil escapular  
RX do punho D - AP e P  
RX do joelho E - AP e P

### TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento para tratamento cirúrgico que não foi executado pois o paciente assinou termo de alta hospitalar a pedido.

ALTA HOSPITALAR: 24/02/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.  
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





## LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 3421121 - SSP PB foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 09:06 até as 09:38, sendo portador de afecção CID - M233 +S82+T922+T933.3. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um por tempo indeterminado, a partir desta data.

O paciente foi atendido 23/02/17 vítima de acidente.  
Solicito afastamento de atividades laborais.

J.PESSOA, 14/06/2017

*Dr. Giordano Bruno C. L. Jordão*  
CRM 6773-PB  
CPF 080.851.934-40

GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO  
Médico ortopedista - CRM - 6773

## Autorizacao

Eu, JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015-2028  
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226-7555  
SUL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1611 - 83 3235-4348

WWW.CLINOR.COM.BR



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180305142

Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

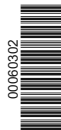
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180305142**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/02/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00603/00604 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13104246



**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTE:** JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA brasileiro (a), solteiro (a), RG 3421121 CPF 082.296.544-50, residente e domiciliado na Rua Olavo Bilac, nº 456, Imaculada, Bayeux - PB.

**OUTORGADOS:** DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065, e-mail *qdmadvogados@hotmail.com*, com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, CEP 58040-440, João Pessoa- PB.

**PODERES:** São conferidos aos outorgados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium et extra*", para representá-lo em repartições públicas federais, autarquias e especialmente perante Cartórios de Notas, tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e quaisquer documentos que se façam necessários judicial ou extrajudicialmente, pleitear extrajudicialmente inventário e administrativamente lançamento de ITCMD sobre acervo patrimonial, bem como emissão de certidões, guias de pagamento, dentre outras, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal, propor ação, defesa, recursos e quaisquer medidas judiciais que permitam o fiel cumprimento do mandato, como levantamento de valores por alvará judicial, seguindo-a até o final, sendo expressamente autorizados os outorgados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, sacar e levantar valores, dando quitação plena e irrevogável, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

**DECLARAÇÃO:** O outorgante DECLARA, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, do art. 99 §3º e §4º da Lei Federal nº 13.105/15, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 15 de Maio de 2018.

*José Carlos Paulo da Silva*

OUTORGANTE





### CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, as partes abaixo nomeadas e qualificadas, a saber:

**CONTRATANTE:** JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA brasileiro (a), solteiro (a), RG 3421121 CPF 082.296.544-50, residente e domiciliado na Rua Celso Bilac, nº 456, Imaculada, Bayeux - PB.

**CONTRATADO:** DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065, e-mail [qdmadvogados@hotmail.com](mailto:qdmadvogados@hotmail.com), com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, CEP 58040-440, João Pessoa - PB, doravante denominado **ADVOGADO**;

têm, entre si, justo e acertado, o presente **Contrato de Prestação de Serviços Advocatícios**, regido pelas cláusulas e condições adiante dispostas.

#### **1. DO OBJETO**

O objeto do presente contrato é a defesa dos interesses do **CLIENTE** pelo **ADVOGADO**, mediante apresentação de propositura de ação, com a confecção de todas e quaisquer peças processuais, o acompanhamento dos andamentos e publicações, tentativa de mediação, realização de audiências e comparecimento a sessões de julgamentos, exposição de teses e toda e qualquer ação necessária à busca e defesa do direito do cliente.

#### **2. DOS HONORÁRIOS**

Pela propositura da ação judicial, acompanhamento, defendendo, assistindo, recorrendo, fazendo sustentação oral, oferecendo contrarrazões, enfim, utilizando todos os instrumentos necessários para obtenção da indenização requerida, o constituinte pagará as constituídas o percentual de 30% (trinta por cento), dos valores da condenação em seu favor.

#### **DAS DESPESAS**

Todas as despesas processuais serão pagas pela parte **CONTRATANTE**, que assume integralmente o ônus da contratação do advogado ora contratado, que assume o compromisso de fidedignamente representar os interesses da parte contratante.

#### **3. DAS PENALIDADES**

As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês, além de correção monetária.

#### **4. DA RESCISÃO**

Agindo o **CONTRATANTE** de forma dolosa ou culposa em face do **CONTRATADO**, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

#### **5. DO FORO**

Fica eleito o Foro da Comarca de João Pessoa/PB para dirimir qualquer dúvida ou conflito oriundo do presente Contrato, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja. E por estarem assim justas e contratadas, as partes firmam o presente em duas vias de igual teor, para o mesmo efeito.

João Pessoa/PB, 15 de Maio de 2018.

  
CONTRATANTE

  
CONTRATADO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

LARANJA, S/N -  
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente <b>JOSE CARLOS PAULO DA SILVA</b>		BAE <b>983098</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2017 16:06:22</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>29/04/1984</b>	Idade <b>32</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 986133649</b>
Mãe <b>MARISA GOMES DA SILVA</b>		Prontuário		
Endereço <b>Imaculada, 80</b>		Bairro <b>Imaculada</b>	Município <b>SAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>THALES FIGUEIREDO SEABRA</b>	Nº Cons. Regional <b>7124/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2017 16:06:22</b>		Data/Hora Prescrição <b>23/02/2017 18:49:49</b>		

### Anamnese

IENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E PUNHO DIREITO RADIOGRAFIAS: FRATURA DO LATO TIBIAL + RADIO DISTAL DIREITO CD: DT + ANALGESIA + IMOB GESSADA + INTERNAMENTO EXPLICO PROGNOSTICO DAS LESOES E NECESSIDADE DE CIRURGIA

### DIETA

DIETA, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 14 GOTAS POR MIN)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V, 8/8H

Diluir

IRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: SE INTENSA)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 15 MINUTOS ANTES DO TRAMADOL OU SE NAUSEAS OU VÔMITOS)

Diluir

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

TENOXICAN 20MG INJETÁVEL(FRASCO -AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

### CUIDADOS

1 - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PROFILAXIA ANTI-TETÂNICA COM VACINA DT 0,5 ML INTRAMUSCULAR)

### CID10

Código	Descrição
--------	-----------

11/172 42 0,6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=1&ref=main&id=145579&pesquisa=S&idPar=&classe=PRESCRICAO&condutaMedica

Dr. Thales F. Seabra  
CRM: 10.124/2017  
Clínica de Emergência e Trauma



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO -1



BE 983098

Paciente	JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA	DATA:	HORA
UNIDADE:		24.02.2017	08:00
LEITO:			

ITEM

### PRESCRIÇÃO - POSOLOGIA - ADMINISTRAÇÃO

1. DIETA LIVRE

2. SRL 1000 ml EV em 24HS

elict

3. DIPIRONA 02 ML + AC EV 6/6 HORAS

A = 2°

4. CLEXANE 40 MG SC DIA

16 22 04 10

5. TRAMAL 100 MG + SF0,9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N

16

6. NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS

SN

7. OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS

SN

8. CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG

06

9. CCGG E SSVV

SN

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19. DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL

20. Evolução : ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, AGUARDA CIRURGIA. SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.

21.

CRM-PR 5050-1567  
Ortopedia/Traumatologia  
Dr. Henrique Moreira





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sociedade Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	Data de	29/04/1984	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	983098	Nº		Data Prescrição	23/02/2017 16:32:06
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	23/02/2017 16:32:06				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Ve.	Via de	Veloc. int.	Frequência	Observação	Observação de Uso	Assinatura
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	FR/AMP			E.V.				
2 DILUIÇÃO 100 MG/100 ML (CETOPROFENO 100 MG)	1.0	AMP			E.V.				

PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS  
CRM: 9486

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM PB - 9486  
Márcia de Fátima  
23/02/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	Data de	29/04/1984	Idade	32	Sexo	MASCULINO	Nº	983098	Nº		Data Prescrição	23/02/2017 18:49:49
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	23/02/2017 18:49:49				

983098 B

### MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1	DIETA	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. ml	Posologia	Orientação de Uso	Apropramento
2	Solução Filtro 0.9% NaCl	0.0			ORAL				
3	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	100.0	ML		E.V.				atualizar
4	Diluir em AGUA DESTILADA	1.0	AMP		E.V.				
5	TRAMADOL 100MG/2ML (AMP 0.5)	100.0	MG		E.V.				
6	Diluir em AGUA DESTILADA	100.0	ML		E.V.				
7	BROMOPRIDA 10MG	2.0	ML		E.V.				
8	Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.				
9	TENOXCAN 200MG INJETAVEL (FRACO 100)	10.0	ML		E.V.				
10	Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML		E.V.				
11	ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0.0							

THALES FIGUEIREDO SEABRA  
CRM: 7124

23 de Fevereiro de 2017

D<sup>o</sup> Thales F. Seabra  
CRM: 7124  
Clínica de Emergência

Assinatura e Carimbo do Profissional





VERMELHA, S/N -  
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente <b>JOSE CARLOS PAULO DA SILVA</b>		BAE <b>983098</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2017 16:06:22</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>29/04/1984</b>	Idade <b>32</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 986133649</b>
Mãe <b>MARISA GOMES DA SILVA</b>			Prontuário	
Endereço <b>Imaculada, 60</b>		Bairro <b>Imaculada</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS</b>		Nº Cons. Regional <b>9486/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/02/2017 16:06:22</b>		Data/Hora Prescrição <b>23/02/2017 16:32:06</b>		

### anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE, IDA DA CONSCIENCIA, VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, PUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA ALERGIA AO EXAME: BEG, LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. AR: MV + EM AHT. SEM RAABD. FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CREPITAÇÃO A MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO. CD: SOLICITO RX OMBRO E AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR; RX PUNHO D AP E P; JOELHO ESQUERDO AP E P. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPIEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL.

### MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR)  
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)  
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

### CID10

Código	Descrição
S14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

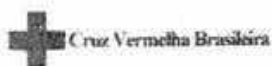
em observação

Dra Patricia Maia Barreto  
Médica

PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS  
(9486/PB)

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sr. - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 983098



Identificação do paciente				
ID 1143601	Nome JOSE CARLOS PAULO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32 anos 9 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARISA GOMES DA SILVA	Pai MANOEL PAULO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988133649	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Tipo BAIRRO		UF PB	
E-mail	Naturalidade SOLANEA	CBO		
Endereço				
CEP 58309035	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro Imaculada	
Número 60	Complemento	Bairro Imaculada		
Admissão				
Data e Hora 23/02/2017 16:06:22	Número da pulseira 1000005970864	Comércio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperature		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA				Tempo 53seg

Imprimir

23/02/2017 16:05



VERMELHA, S/N -  
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente <b>OSÉ CARLOS PAULO DA SILVA</b>		BAE <b>983096</b>	Data/Hora Entrada <b>23/02/2017 16:06:22</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>9/04/1984</b>	Idade <b>32</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 986133649</b>
Mãe <b>MARISA GOMES DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>maculada, 60</b>		Bairro <b>Imaculada</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X ANIMAL</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS</b>	Nº Cons. Regional <b>9486/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>23/02/2017 16:06:22</b>			Data/Hora Prescrição <b>23/02/2017 16:32:06</b>	

### Amnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE, PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, PUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA ALERGIA AO EXAME: BEG, LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO. AR: MV + EM AHT, SEM RA ABD: FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CREPITAÇÃO À MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO. CD: SOLICITO RX OMBRO E AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR; RX PUNHO D AP E P; JOELHO ESQUERDO AP E P. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL.

### MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR)

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

Dra Patricia Maia Barreto  
Médica

PB - 9486  
PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS  
(9486/PB)

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA





# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

1000005870004 BE: 983096  
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA  
DT. NASC.: 20/04/1984  
MRE: MARISA GOMES DA SILVA

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	END.: Inaculada N. 50 - Inaculada BAYEUX FONE: ( ) CELULAR: (82) 996137042 IDRONE: 32 DT. ENTRADA:
PROCEDÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Domicílio <input checked="" type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	
TIPO DE ACIDENTE:	<input checked="" type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros:	
TIPO DE LESÃO:	<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encravado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros:	
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros:	
DADOS CLÍNICOS (sintomas)		
DE INÍCIO DOS SINTOMAS:	/ /	

CAME FÍSICO	PA: / mmHg	P: bpm	SpO2:	Tax:
Sistema Neurológico:				
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado			
Avaliação das pupilas:	Simetria: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas	Tamanho: <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Miose		
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pervias <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusão tissular satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardis <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros:			
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corfo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros: <input type="checkbox"/> Rigidez abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Distúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros:			
TÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:	<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias <input type="checkbox"/> Internações <input type="checkbox"/> Outros: Especificar:			
USO DE MEDICAÇÃO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:				
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:				

Paciente consciente, orientado, eupneico, aguil, locomotivo, trazido pelo corpo de Bombeiros vítima de acidente de moto. Relatou dor em ambas as pernas, punho direito e joelho esquerda

DESTINO: CDI / Coruja	ENFERMEIRO: Maria Patrícia A. S. de Fonseca	COREN: 3
-----------------------	---	----------

359

F(NG).ENF.022-1





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**14ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0840570-85.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

O autor relata haver sido vítima de acidente de trânsito, em razão do que afirma ter sofrido FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. Aduz ainda que a dita fratura resultou-lhe em sequelas de caráter irreversível, ocasionando-lhe graves limitações. Acrescenta que se encontra totalmente incapaz para realizar qualquer tipo de trabalho que exija esforço físico.

A parte promovente não menciona quais membros ou funções restaram acometidos das limitações que descreveu, mas apenas o segmento corporal (tíbia esquerda) que sofreu a lesão instantânea (a fratura).

Relata que solicitou administrativamente o referido pagamento, o que, contudo, foi negado.

Ao final da exordial, requereu a declaração de inconstitucionalidade da Lei 11.945/09 e, a título de indenização securitária, pleiteou os R\$ 13.500,00 previstos como teto indenizatório na Lei 6.194/74, que disciplina o seguro DPVAT.

**É o relatório. Decido.**

Primeiramente, esclareça-se ao promovente que inconstitucionalidade da Lei 11.945/2009 que, entre outras providências, acrescentou à Lei 6.194/74 a tabela classificatória de lesões, é questão há muito superada. Pois, no julgamento conjunto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade n. 4.350 e 4.627, de relatoria do Ministro Luiz Fux, o STF reconheceu a constitucionalidade do art. 8º da Lei n. 11.482/2007 e dos arts. 30 a 32 da Lei n. 11.945/2009. A mesma tese foi reafirmada no julgamento do Recurso Extraordinário com Agravo n. 704.520, julgado com reconhecimento de repercussão geral.

Portanto, não há que se falar mais em inconstitucionalidade da tabela contida na Lei do DPVAT, devendo o autor, desse modo, formular seu pedido de acordo com classificação legal das lesões.





À luz do acima dito, tem-se que a inicial carece de emenda. Pois, como se disse no relatório supra, o autor não revelou quais membros ou funções de seu corpo sofreram invalidez permanente, limitando-se a informar a lesão instantânea sofrida no exato momento do acidente, isto é, a fratura na tíbia esquerda, o que não se confunde com a debilidade irreversível dela resultante.

Em que pese a localização da fratura levar à conclusão lógica de que a sequela permanente se abateu sobre o membro inferior esquerdo, ao magistrado, em juízo inicial de admissibilidade da ação, não é dado presumir fatos não relatados no pedido, máxime quando este não guarda consonância lógica com os fundamentos jurídicos. Em outras palavras, para perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, a tabela contida no ANEXO final da Lei do DPVAT (fundamento jurídico) prevê pagamento de indenização máxima R\$ 9.450,00. Logo, da lesão alegada pelo autor não decorre seu pedido indenizatório de R\$ 13.500,00.

Ressalte-se que a classificação posta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se contraditório e, portanto, inepto.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que a parte promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Também cumpre assentar que a perícia não tem a função de definir ou complementar o pedido, mas de comprovar ou desconstituir os fatos (sequela) em que se funda o direito alegado.

Sendo assim, **intime-se** o autor para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, **sob pena de seu indeferimento por inépcia**, a fim de que informe qual membro ou função do seu corpo sofreu debilidade permanente, bem como, enquadrando a referida debilidade da tabela da Lei 6.194/74 Lei do DPVAT, deduza o valor legalmente cabível para sua lesão;

b) juntar:

b.1 - sob pena de indeferimento da inicial por ausência de documento essencial à propositura da ação, comprovante de residência em seu nome, ficando advertido de que como tal não se admitirá a autodeclaração de residência;

b.2 - sob pena de extinção do processo por defeito de representação, procuração firmada ao seu advogado ;



b.3 - sob pena de indeferimento da justiça gratuita, declaração de pobreza;

João Pessoa, data da assinatura digital

**Alexandre Targino Gomes Falcão**

Juiz de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**14ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0840570-85.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

**Certifique-se** a escrivania a razão de haver enviado os presentes autos à conclusão, sem antes ter cumprido o despacho anterior.

Caso a conclusão tenha sido mero equívoco, **considere-se** dispensada a certidão acima ordenada, devendo a escrivania apenas dar inteiro cumprimento ao despacho já proferido nos autos.

João Pessoa, data da assinatura digital.

**Érica Virgínia da Silva Pontes**

Juíza de Direito





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO**  
**COMARCA DA CAPITAL**  
**14.ª VARA CÍVEL**

**INTIMAÇÃO DE ADVOGADO DO(A) AUTOR(A)**

De ordem do MM. Juiz de Direito da vara supra, INTIMO o(a) advogado(a) do autor, de todo teor do despacho abaixo:

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0840570-85.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

O autor relata haver sido vítima de acidente de trânsito, em razão do que afirma ter sofrido FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA. Aduz ainda que a dita fratura resultou-lhe em sequelas de caráter irreversível, ocasionando-lhe graves limitações. Acrescenta que se encontra totalmente incapaz para realizar qualquer tipo de trabalho que exija esforço físico.

A parte promovente não menciona quais membros ou funções restaram acometidos das limitações que descreveu, mas apenas o segmento corporal (tíbia esquerda) que sofreu a lesão instantânea (a fratura).

Relata que solicitou administrativamente o referido pagamento, o que, contudo, foi negado.



Ao final da exordial, requereu a declaração de inconstitucionalidade da Lei 11.945/09 e, a título de indenização securitária, pleiteou os R\$ 13.500,00 previstos como teto indenizatório na Lei 6.194/74, que disciplina o seguro DPVAT.

**É o relatório. Decido.**

Primeiramente, esclareça-se ao promovente que inconstitucionalidade da Lei 11.945/2009 que, entre outras providências, acrescentou à Lei 6.194/74 a tabela classificatória de lesões, é questão há muito superada. Pois, no julgamento conjunto das Ações Diretas de Inconstitucionalidade n. 4.350 e 4.627, de relatoria do Ministro Luiz Fux, o STF reconheceu a constitucionalidade do art. 8º da Lei n. 11.482/2007 e dos arts. 30 a 32 da Lei n. 11.945/2009. A mesma tese foi reafirmada no julgamento do Recurso Extraordinário com Agravo n. 704.520, julgado com reconhecimento de repercussão geral.

Portanto, não há que se falar mais em inconstitucionalidade da tabela contida na Lei do DPVAT, devendo o autor, desse modo, formular seu pedido de acordo com classificação legal das lesões.

À luz do acima dito, tem-se que a inicial carece de emenda. Pois, como se disse no relatório supra, o autor não revelou quais membros ou funções de seu corpo sofreram invalidez permanente, limitando-se a informar a lesão instantânea sofrida no exato momento do acidente, isto é, a fratura na tíbia esquerda, o que não se confunde com a debilidade irreversível dela resultante.

Em que pese a localização da fratura levar à conclusão lógica de que a sequela permanente se abateu sobre o membro inferior esquerdo, ao magistrado, em juízo inicial de admissibilidade da ação, não é dado presumir fatos não relatados no pedido, máxime quando este não guarda consonância lógica com os fundamentos jurídicos. Em outras palavras, para perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, a tabela contida no ANEXO final da Lei do DPVAT (fundamento jurídico) prevê pagamento de indenização máxima R\$ 9.450,00. Logo, da lesão alegada pelo autor não decorre seu pedido indenizatório de R\$ 13.500,00.

Ressalte-se que a classificação posta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se contraditório e, portanto, inepto.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que a parte promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.





Também cumpre assentar que a perícia não tem a função de definir ou complementar o pedido, mas de comprovar ou desconstituir os fatos (sequela) em que se funda o direito alegado.

Sendo assim, **intime-se** o autor para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, **sob pena de seu indeferimento por inépcia**, a fim de que informe qual membro ou função do seu corpo sofreu debilidade permanente, bem como, enquadrando a referida debilidade da tabela da Lei 6.194/74 Lei do DPVAT, deduza o valor legalmente cabível para sua lesão;

b) juntar:

b.1 - sob pena de indeferimento da inicial por ausência de documento essencial à propositura da ação, comprovante de residência em seu nome, ficando advertido de que como tal não se admitirá a autodeclaração de residência;

b.2 - sob pena de extinção do processo por defeito de representação, procuração firmada ao seu advogado ;

b.3 - sob pena de indeferimento da justiça gratuita, declaração de pobreza;

João Pessoa, data da assinatura digital

**Alexandre Targino Gomes Falcão**

Juiz de Direito

João Pessoa, 01 de outubro de 2018.



Rosa Germana Souza dos Santos Lima

Técnica Judiciária



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB.**

**0840570-85.2018.8.15.2001**

**JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA**, devidamente qualificado nos autos da ação de cobrança de seguro DPVAT, em que move em desfavor do **BRADESCO SEGUROS S.A.**, por meio de seu advogado, com procuração nos autos do processo, apresentar a EMENDA A INICIAL para informar que já existe nos autos procuração no qual consta a declaração de pobreza, no ID. 11501152, e apresentar de forma clara e objetiva os pontos constantes no despacho de id. 15535887, o que passa a fazer a seguir:

I - Conforme laudo médico acostado nos autos, nos ids. 15501122 e 15501104, aponta a lesão no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, mais especificamente FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DE TIBIA ESQUERDA, o qual sofre de debilidade permanente, com limitação dos movimentos, de dorsiflexão e flexão plantar.

II - A debilidade do autor se enquadra na tabela da Lei 6.194/74, no segmento PERDA ANATÔMICA E/OU FUNCIONAL COMPLETA DE UM DOS MEMBROS INFERIORES, com um percentual de perda de 70%.

III - O autor não recebeu nenhum valor do seguro para que seja feito algum tipo de dedução, a ré negou administrativa o pedido de indenização do seguro, sem sequer realizar perícia, sendo assim, por tais razões já demonstradas, faz jus ao recebimento do valor de R\$ 9.450,00.

Requer por fim, requer a juntada de comprovante de residência e a emenda a inicial nos termos a cima, com a fixação do valor da causa no importe de R\$ 9.450,00.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa 05, de Novembro de 2018.

DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA

OAB/PB 17.065



Hipercard

00015297



CTC RECIFE PE JPA PL11

PC-15

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA  
CIRC IMACULADA 628  
IMACULADA  
58309-035 BAYEUX PB



3211094230489280000001033630 230615

Postagem: 23/06/2015  
Vencimento: 05/07/2015  
Emissão: 22/06/2015  
Fechamento próxima fatura: 31/07/2015

Titular  
Cartão

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA  
6062.XXXX.XXXX.8265

...esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a

Scanned with CamScanner

