
Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622317

Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190622317

Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 29/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

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

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

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 29/05/2019, emitido pelo Dr. YURY CORDEIRO CRM nº 11507 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

055.788.904-90

4 - Nome completo da vítima:

Uanieldo dos Santos Araujo

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

5 - Nome completo:

Uanieldo dos Santos Araujo

6 - CPF:

055.788.904-90

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R. Janio Carlos da Silva

9 - Número:

37

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Trincheiras

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58011-313

15 - E-mail:

16 - Telefone:

(83) 98663-4900

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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:

AGÊNCIA:

0037

CONTA:

53007

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido(a) filho(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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

Edelene de Lima Brito

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

928.195.324-20

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Edelene de Lima Brito

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

38 - 1ª Nome: Sandra Cristina A. Silva

CPF: 931519504-68

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Jucilene B. Pinheiro Gomes

CPF: 030.622.90480

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 05/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0037 1013/53007-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva

Ouvidoria

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 055.788.904-90 4 - Nome completo da vítima: Vanielto dos Santos Araujo

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

5 - Nome completo: Vanielto dos Santos Araujo 6 - CPF: 055.788.904-90
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Janio Carlos da Silva 9 - Número: 37 10 - Complemento:
11 - Bairro: Truncheiras 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-313
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 ☐ CONTA: 53007 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edilene de Lima Brito
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Edilene de Lima Brito
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 928.195.324-20
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Edilene de Lima Brito

38 - 1ª Nome: Sandra Cristina A. Silva
CPF: 9315 19 504-63
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª Nome: Jucilene B. Pinheiro Gomes
CPF: 030 622 90480
Assinatura da testemunha: _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 05/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0037 1013/53007-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva

Ouvidoria



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00237.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00237.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 16 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Vanildo dos Santos Araújo**, CPF nº 055.788.904-90, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Marchante, filho(a) de Enois Maria dos Santos Araújo e Severino Francisco de Araújo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/09/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Janio Carlos da Silva, Nº 37, complemento CASA, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Proximo a Cristal Gelo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98825-5806.

Dados do(s) Fatos:

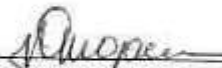
Local: Rua Principal da Cincera, Cincera, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/05/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que seguia normalmente em sua mão com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: **YAMAHA XJ6 ABS**, ano e modelo: 2018/2019 de cor azul, placa: **QSA 6109/PB**, chassi: **9C6RJ2510K0004091**, registrado em nome de **Nielliton da Silva Alves**, CPF: 073.382724-17; QUE seguia normalmente quando uma moto, não sabendo especificar marca e modelo, veio em sua direção e para não haver uma colisão frontal o notificante fez o desvio, mas acabou caindo no chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme **CERTIDÃO Nº 1612/2019, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 07/08/2019**, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 s 62.3

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé,

João Pessoa/PB, 16 de outubro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00237.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00237.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 16 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Vanildo dos Santos Araújo**, CPF nº 055.788.904-90, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Marchante, filho(a) de Enois Maria dos Santos Araújo e Severino Francisco de Araújo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/09/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Janio Carlos da Silva, Nº 37, complemento CASA, bairro Varadouro, tendo como ponto de referência Proximo a Cristal Gelo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98825-5806.

Dados do(s) Fatos:

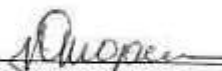
Local: Rua Principal da Cincera, Cincera, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/05/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que seguia normalmente em sua mão com o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA XJ6 ABS, ano e modelo: 2018/2019 de cor azul, placa: QSA 6109/PB, chassi: 9C6RJ2510K0004091, registrado em nome de Nielliton da Silva Alves, CPF: 073.382724-17; QUE seguia normalmente quando uma moto, não sabendo especificar marca e modelo, veio em sua direção e para não haver uma colisão frontal o notificante fez o desvio, mas acabou caindo no chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1612/2019, EXPEDIDO PELA DRª CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137, DATADO DE 07/08/2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 s 62.3

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé,

João Pessoa/PB, 16 de outubro de 2019.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 055.788.904-90 4 - Nome completo da vítima: Vanielto dos Santos Araujo

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

5 - Nome completo: Vanielto dos Santos Araujo 6 - CPF: 055.788.904-90
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Janio Carlos da Silva 9 - Número: 37 10 - Complemento:
11 - Bairro: Truncheiras 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-313
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 ☐ CONTA: 53007 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edilene de Lima Brito
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Edilene de Lima Brito
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 928.195.324-20
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Edilene de Lima Brito

38 - 1ª Nome: Sandra Cristina A. Silva CPF: 9315 19 504-63
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª Nome: Jucilene B. Pinheiro CPF: 030 622 90480
Assinatura da testemunha: _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 05/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0037 1013/53007-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva

Ouvidoria

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 055.788.904-90 4 - Nome completo da vítima: Vanielto dos Santos Araujo

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

5 - Nome completo: Vanielto dos Santos Araujo 6 - CPF: 055.788.904-90
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R. Janio Carlos da Silva 9 - Número: 37 10 - Complemento:
11 - Bairro: Truncheiras 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-313
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 ☐ CONTA: 53007 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edilene de Lima Brito
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Edilene de Lima Brito
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 928.195.324-20
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Edilene de Lima Brito

38 - 1ª Nome: Sandra Cristina A. Silva
CPF: 9315 19 504-63
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª Nome: Jucilene B. Pinheiro Gomes
CPF: 030 622 90480
Assinatura da testemunha: _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 05/11/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0037 1013/53007-0

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva

Ouvidoria

CERTIDÃO

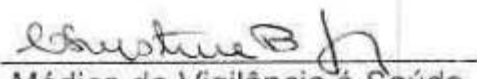
Nº. 1612/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº233706 e Prontuário Nº 2019.05.2331 pertencentes ao paciente **VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO** foi atendido dia 29/05/2019 às 20h58min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membros superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 5º metatarso esquerdo e 4º quirodáctilo esquerdo (falange proximal). Realizado procedimento cirúrgico dia 05/06/2019 e 29/05/2019. Com alta médica dia 05/06/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
FIDELAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AS FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-5 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 233706 Atd: Nao Regulac
Data: 29/05/2019
Hora: 20:50:01
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.05.003531

Sexo: M IDENTIDADE: 3014091 Fone: 988255806

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/09/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA JANTO CARLOS DA SILVA, 37

Bairro: TRINCHEIRAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ENOIS MARIA DOS SANTOS ARAUJO

Pai: SEVERINO FRANCISCO DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Profissao: MACHADINHO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Local de Entrada

Escolaridade: SEM INSTRUCAO

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Titel/Doc. Responsavel: 988255806 / IDENTIDADE: 3014091

End.: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Local de acidente por: NAO

Local de vicio por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

TE:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

ULTIMA DE QUEIXA NOTI NEGA VOMITO DESMAIO [] SIC NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS [] SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

doença e luto por com odo avonca pinto e não e por
trama. luto tres anos, luto, avonca e não e.

doença e luto 15, luto, avonca e não e.

diagnostico

Conduta

EXAMENOS 5º 000

Prescrição

Horario da medicacao

AO 30000 curativo

1) curativo 10-150 ml.

Dr. Kerginaldo Gondim
Cirurgião Geral
CRM/PB-11146

Hora - PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

CERTIDÃO

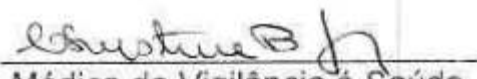
Nº. 1612/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°233706 e Prontuário N° 2019.05.2331 pertencentes ao paciente **VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO** foi atendido dia 29/05/2019 às 20h58min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membros superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 5º metatarso esquerdo e 4º quirodáctilo esquerdo (falange proximal). Realizado procedimento cirúrgico dia 05/06/2019 e 29/05/2019. Com alta médica dia 05/06/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
FIDELAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AS FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-5 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 233706 Atd: Nao Regulac
Data: 29/05/2019
Hora: 20:50:01
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.05.003531

Sexo: M IDENTIDADE: 3014091 Fone: 988255806

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/09/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA JANTO CARLOS DA SILVA, 37

Bairro: TRINCHEIRAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ENOIS MARIA DOS SANTOS ARAUJO

Pai: SEVERINO FRANCISCO DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Profissao: MACHADEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

End. de Entrada

Escolaridade: SEM INSTRUCAO

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Titel/Doc. Responsavel: 988255806 / IDENTIDADE: 3014091

End. de Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Local de acidente por: NAO

Local de vicio por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

ULTIMA DE QUEIXA: NEGA VOMITO DESMAIO / SIC NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

doença e luto por com odo avonca pinto e não e por
trama. luto tres anos, luto, avonca e não e.

doença e luto 15, luto, avonca e não e.

diagnostico

Conduta

EXAMENOS 5º 000

Prescrição

Horario da medicacao

AO 30000 curacao

1) curacao 10-150 ml

Dr. Kerginaldo Gondim
Cirurgião Geral
CRM/PA-11146

Hora - PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

energisat

29810
Johanna
9/2/10

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1374177-2

Canal de contato

Demonstrativo	
Qtd. Demais	Quantidade Total de Demais (Excluído o Valor da Parcela de R\$ 100,00)
	Valor Total de Demais (Excluído o Valor da Parcela de R\$ 100,00)

0001	Consultoria em IVA	55.000	6.256	10	20,61	76	17,33	73,51	6,17	5,67
0001	Adic. B. Avarias		1,84	1,94	96	0,00	1,84	6,81	0,00	0,00
0001	Adic. B. Varnishas		25	1,33	75	0,00	1,25	0,01	0,07	0,07
LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS										
0001	CONTRIB. SERV. LUM. P.B. 02		2,93	0,00	1	0,00	0,00	3,93	0,00	0,00
0004	JUNTA DE MORIA 09/2019		0,71	0,00	0	0,00	0,00	3,40	3,40	0,00
0005	RELA 09/2019		2,06	0,00	0	0,00	0,00	7,00	7,00	0,00
0007	COMPENSAÇÃO POR EXCESSO DE CARGA 09/2019		0,69	0,00	0	0,00	0,00	3,00	3,00	0,00
0009	BOLSA DE TRABALHO 10/2019		1,04	0,00	0	0,00	0,00	2,00	2,00	0,00
0010	AT. SALVACÃO MONETARIA 10/2019		2,51	0,00	0	0,00	0,00	3,00	0,00	0,00

CD - Código de Classificação do Item	TQTA	78,93	72,45	8,28	72,76	3,79	3,65
--------------------------------------	------	-------	-------	------	-------	------	------

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26/08/2019	R\$ 76.59

Histórico de Consumo (KWh)											
199	194	193	192	191	190	189	188	187	186	185	184
Agos-1998	Set-1998	Out-1998	Nov-1998	Dez-1998	Jan-1999	Fev-1999	Mar-1999	Abr-1999	Mai-1999	Jun-1999	Jul-1999

RESERVADO AO FISCO

9c74 b27b 9fcf 87f2 bab7 3128 383a 1b95

Indicadores de Qualidade				
	Limites do ANEEL	Aplurado	Limite de Tensão (Art. 14, IV)	
30 DIÁRIOS	4,63	4,81	NORMAL	220
30 TRIMESTRAIS	5,67			
30 ANUAIS	79,38			
30 MÊSES	3,19	1,33	CONTAÇÃO	
30 TRIMESTRAIS	8,36		LIMITE INFERIOR	202
30 DIÁRIOS	12,70		LIMITE SUPERIOR	231
DMC	2,38	0,80		
DCR	12,23			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Servicos de Util. de Energia/PE	15,75	31,13
Commod. Energia	27,10	34,21
Servicos Transm. e Dist.	2,00	3,29
Servicos Relatados	3,68	5,20
Impostos (PJ e IPI e B. e G. e IPI)	20,72	29,20
Outros Servicos	0,00	0,00
Total	79,17	100,00

https://doi.org/10.1016/j.euro.2019.05.003

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

10/19 151.26

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150 244006 00068 489170.1 79930000007659

PROFESSOR VANDERLEI DOS SANTOS ABALLO - CPF/CNPJ 665.735.204-90

RUA JANG CARLOS DA SILVA, 37 / CRUZEIRO - TRINHEIRAS - JOÃO PESSOA / PB CEP 58011-373

Nosso N°	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2150244000008469	001374177201608	29/09/2019	R\$ 78,59	

BENEFICIARIO ENERGÍA PARAPA. DISTRIBUCIÓN DE ENERGÍA A CLIENTES DEL SUBSISTEMA

B-77C-44-25 Cristo Redentor - João Pessoa- PB - CNA 14001-500

Agência/Código de identificação: 3364-3/2447.1

energisat

29810
Johanna
9/2/10

© 1999 John Wiley & Sons, Inc.

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

and 500

5/1374177-2

June 22 to MOVIMENTO VAGNA BRASIL. Substantive
 18/09/1997 10:00:00

[illegible]

Media de 12 meses (KWH)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
-------------------------	------------	---------------

26/08/2019

RS 76.59

Historico de Consumo (kWh)

RESERVADO AL SECCO

RESERVADO AO FISCO

9c74 b27b 9fcf 87f2 bab7 3128 383a 1b95

ATENÇÃO

Composição do Consumo

http://dx.doi.org/10.1016/j.jmb.2010.08.009

ATENÇÃO

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE CASOS E RECURSOS Nº 33/2018, de 06 de março de 2018, que aprova o Regulamento Interno do Conselho de Casos e Recursos, e dá outras providências.

Faturas em atraso

Jul/19 151.26

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150 244006 00068 489170 1 79930000007659

PRADIER VANUUDOS SANTOS ABAILLO - CRIE/PJ 055 7361 204-90

RUA JANG CARLOS DA SILVA, 377 - CRUZEIRO - TRINHEIRAS - JOÃO PESSOA / PB CEP: 58011-313

SEMPERDASID ENERGIA PARA LA OBTENCION DE ENERGIA QUE NOS DA LA VIDA

B-73C. Rev. 25 - Cristó Redentor - João Pessoa PB - Cx# 54021-530

Agência/Código de identificação: 3364-3/2447.1



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO</u>		Data da Admissão: <u>29/05/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: <u>1</u> / <u>1</u> / _____
QPD: <u>DOU e FEMINISTO e não (e)</u>			
HDA: <u>VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO, APRESENTANDO</u> <u>FEMINISTO e DEFORMIDADE em 4 e 5 DÍG.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese ☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe ☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria ☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____ ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor			

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de T

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: PA exposta de 4º QDE

Conduta: ATO CIRURGICO

Dr. Yury Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 11807

na LEOTOLPO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Vareildo da Santa Mãe</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <u>OPRO</u>	EMP:	LR:
Data: <u>29/05/19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Leopoldo Vianna</u>			1º Assistente: <u>Dr. Leonardo R3</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura exposta da cabeça do 5º MTC +</u>					
<u>fratura do fêmur do 4º MTC.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>LMC com KFO, 9%</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DHA sob bloqueio
- Assupção + antissepsia

Incisão:

Achados:

- ~~Grav~~ Ferimento em 4º QD + deformidade em um osso

Conduta:

- Realizado curativo com SF99% de forma extensiva
- Não há corpos cirúrgicos visíveis no bloco cirúrgico para realização de procedimentos, sendo realizado limpeza com SF99% e lavagem com Ringer + solução de furosemida.

Fechamento:

curativo + tala limpa

OBS: Não há corpos cirúrgicos visíveis disponíveis em bloco cirúrgico

Data: 29 / 05 / 19

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM 10.000
MÉDICO/CRM

Nome: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO				Registro: 2019053531	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
			<i>Traumatologia</i>		
Data: 05/06/2019			Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Flavio Loyola</i>			2º Assistente: GALVÃO		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura de 5º Mtc + 4º qde (falange proximal)</i>					<i>S623</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução incruenta + confecção de gesso luva</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução de fratura de metacarpo + 4º qde

Confecção de gesso luva em garrafa

Verificado redução sob fluoroscopia

Achados:**Conduta:****Fechamento:****OBS:**

Dr. Luis Filipe Lessa
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-PB 10.206 TEOT 14328

Data: 05/06/2019

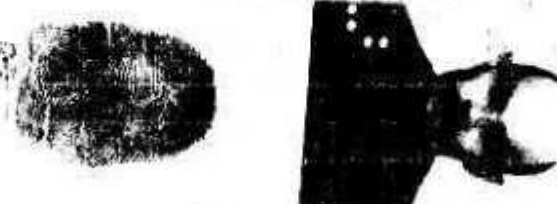
MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA CÍVIL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917



NAO ALFABETIZADO

CARTeira de Identidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.014.091 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2019

NOME VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO

FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO DE ARAÚJO
EMOIS MARIA DOS SANTOS ARAÚJO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 04/09/1970

DOC ORIGEM
NASC.N. 52734 FLS. 23V LIV. A-75
CARTORIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPF 055.788.904-90

Assinatura
A +

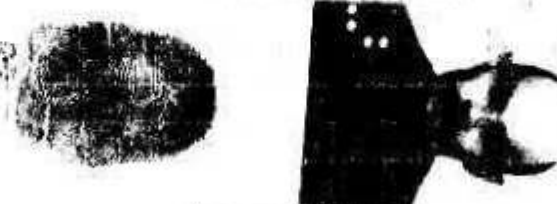
LEI Nº 7114 DE 20/06/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA CÍVIL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917



NAO ALFABETIZADO

CARTeira de IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.014.091 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2019

NOME VANILDO DOS SANTOS ARAÚJO

FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO DE ARAÚJO
EMILIA MARIA DOS SANTOS ARAÚJO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 04/09/1970

DOC ORIGEM
NASC.N. 52734 FLS. 23V LIV. A-75
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CPF 055.788.904-90

Assinatura
A +

LEI Nº 7114 DE 20/06/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VAL: 1 0116498080-4 00/00000000 2018
COD. RENAVAM: 20180000420951
EXERCÍCIO: 2018

NOME: NIELLITON DA SILVA ALVES

OPÇÃO: 07338272417 PLACA: QSA6109/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 9C6RJ2510K0004091

ESP. DE VEÍCULO: PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COR DOMINANTE: GASOLINA

YAMAHA/XJ6 N XBS

CAP. MOT./CIL: 2 P/600 /CI CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: AZUL

IPVA PAGO EM 08/08/0000

FAIXA IPVA: 0 PARCELAMENTO/COTAS: 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): ***** OF (R\$): ***** PREMIO TOTAL (R\$): ***** DATA DE PAGAMENTO: 13/09/2018

A.F. YAMAHA ADM. DE CONSÓRCIO LTDA

SANTA RITA - PB AL 9999999 14/09/2018 7003781

PB Nº 014082274983 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.seguradora lider.pb.gov.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 14/09/2018

VAL: 07338272417 CNPJ

01164980804 YAMAHA/XJ6 N XBS

2018 9 9C6RJ2510K0004091

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DEBITAR (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** OF (R\$): *****

SEGURO P A G O

COTA ÚNICA: PAGAMENTO: PARCELADO: 13/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.348.662/0001-04

7003781-1515247-20180914

09-2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VAL: 1 0116498080-4 00/00000000 2018
COD. RENAVAM: 20180000420951
EXERCÍCIO: 2018

NOME: NIELLITON DA SILVA ALVES

OPÇÃO: 07338272417 PLACA: QSA6109/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 9C6RJ2510K0004091

ESP. DE VEÍCULO: PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COR DOMINANTE: GASOLINA

YAMAHA/XJ6 N XBS

CAP. MOT./CIL: 2 P/600 /CI CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: AZUL

IPVA PAGO EM 08/08/0000

FAIXA IPVA: 0 PARCELAMENTO/COTAS: 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): ***** OF (R\$): ***** PREMIO TOTAL (R\$): ***** DATA DE PAGAMENTO: 13/09/2018

A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA

SANTA RITA - PB

9999999 DATA: 14/09/2018 7003781

PB Nº 014082274983 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.seguradoraalder.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 14/09/2018

VAL: 07338272417 CNPJ

01164980804 YAMAHA/XJ6 N XBS

2018 9 9C6RJ2510K0004091

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DEBITAR (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** OF (R\$): ***** TOTAL 3 SEGM. SEGURO (R\$): *****

SEGURO PAGO

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITADO: 13/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.662/0001-04
7003781-1515247-20180914

09-2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-917



Edilene de Lima Brito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Testemunha

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.685.198 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/06/2014

NOME EDILENE DE LIMA BRITO

FILIAÇÃO EDIMILSON ÁGOLO DE BRITO
SEBASTIANA JOSÉ DE LIMA

NACIONALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/08/1976

DOC. ORDEM

NASC. N. 2093 FLS. 264 LIV. A2
CARTÓRIO SANTA RITA-PB

928.195.324-20

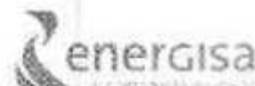
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento e seu valor fiscal

Documento não é exigível via de conta

Receba, por e-mail, o boleto e a demanda fiscalizada de energia elétrica. Nº 032.777.701



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Inscrição 15.015.525-0

DADOS DO CLIENTE

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
RUA JANIO CARLOS DA SILVA 37 CP-REDE
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1374177-2

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

09/10/2019

CONSUMO

115

VENCIMENTO

26/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,61

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 06935.254174 7 80540000006961

Pagador: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO CNPJ/CPF: 055.788.904-90

RUA JANIO CARLOS DA SILVA 37 CP-REDE - TRINCHEIRAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502410006935254	001374177201910	26/10/2019	R\$ 69,61	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Testemunha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA V-02
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-236
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Sandra Cristina Araujo da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

testemunha

INSTITUTO NACIONAL
1.572.731-2 VIA DATA DE 05/04/2011
EXPEDIÇÃO

ANDRA CRISTINA ARAUJO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOANA ARAUJO DA SILVA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
26/12/1970

DO N.º 59447 FLS. 194 LIV. A-80
CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

CNPJ 917.519.504-68

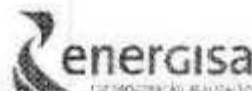
ASSINATURA DO TITULAR

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor Fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.821-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 5 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

09.095.183/0001-40



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236




Juliana L. Pedroza Alves

SECRETARIA DE IDENTIDADE

Testamento

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE PAÍS 2.174 236 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/2016

NOME JULIANA LACERDA PEDROZA ALVES

FILIAÇÃO PAULO ROBERTO DE BARROS PEDROZA CELIA LACERDA PEDROZA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO JOÃO PESSOA-PB 13/11/1978

DEC. ORIGEM CERT. CAS. Nº3102 - LIV.B-AUX-10 - FLS.102 - CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA-PB

030 622 504.83

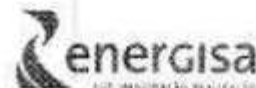
SIGNATURA DO DIRIGENTE A+
MARCOS A. S. LACERDA
28/08/83
MARCOS A. S. LACERDA

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é garantia-vista de conta.

Forma para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 032.953.501



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.215.825-2

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 5 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-917



Edilene de Lima Brito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Testemunha

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.685.198 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/06/2014

NOME EDILENE DE LIMA BRITO

FILIAÇÃO EDIMILSON ÁGOLO DE BRITO
SEBASTIANA JOSÉ DE LIMA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 16/08/1976

DOC. ORDEM

NASC. N. 2093 FLS. 264 LIV. A2
CARTÓRIO SANTA RITA-PB

928.195.324-20

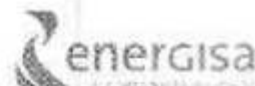
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento e seu valor fiscal

Documento não é exigível via de conta

Receba, por e-mail, o boleto e a demanda fiscalizada de energia elétrica. Nº 032.777.701



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Inscrição 15.015.525-0

DADOS DO CLIENTE

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
RUA JANIO CARLOS DA SILVA 37 CP-REDE
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1374177-2

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

09/10/2019

CONSUMO

115

VENCIMENTO

26/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,61

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 06935.254174 7 80540000006961

Pagador: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO CNPJ/CPF: 055.788.904-90

RUA JANIO CARLOS DA SILVA 37 CP-REDE - TRINCHEIRAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502410006935254	001374177201910	26/10/2019	R\$ 69,61	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Testemunha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA V-02
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-236
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Sandra Cristina Araujo da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

testemunha

INSTITUTO NACIONAL
1.572.731-2 VIA DATA DE 05/04/2011
EXPEDIÇÃO

ANDRA CRISTINA ARAUJO DA SILVA

FILIAÇÃO
JOANA ARAUJO DA SILVA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
26/12/1970

DO NASC.N.59447 FLS.194 LIV.A-80
CARTORIO 3º JOAO PESSOA.PB

CNPJ 917.519.504-68

ASSINATURA DO TITULAR

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor Fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.821-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 5 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

09.095.183/0001-40



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-236




Juliana L. Pedroza Alves

SECRETARIA DE IDENTIDADE

Testamento

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE PAÍS 2.174 236 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 13/07/2016

NOME JULIANA LACERDA PEDROZA ALVES

FILIAÇÃO PAULO ROBERTO DE BARROS PEDROZA CELIA LACERDA PEDROZA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO JOÃO PESSOA-PB 13/11/1978

DEC. ORIGEM CERT. CAS. Nº3102 - LIV.B-AUX-10 - FLS.102 - CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA-PB

030 622 504.83

SIGNATURA DO TITULAR

MAIORES A. S. LACERDA

28/08/83

MAIORES A. S. LACERDA

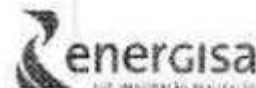
A+

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é garantia-vista de conta.

Forma para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 032.953.501



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.215.825-2

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 5 80560000018353

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

31502440007097707

Nr Documento

000000000201910

Data Vencimento

28/10/2019

Valor do Documento

R\$ 183,53

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190622317 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO **Data do acidente:** 29/05/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO ESQUERDO
FRATURA DA BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA / SUTURA / REDUÇÃO INCRUENTA) P3 4 5 6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387195/19

Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 055.788.904-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/05/2019

Titular do CPF: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO : 055.788.904-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/11/2019
Nome: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 055.788.904-90

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413959/19

Vítima: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 055.788.904-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/05/2019

Titular do CPF: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO : 055.788.904-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: VANILDO DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 055.788.904-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

VANILDO DOS SANTOS ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA