

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente		Nº do Prontuário	
Cordeiro Junior			
Data da Cirurgia	Pat.	Leito	
24/10			
Cirurgião	1º Auxiliar		
Dr. Elias H. de A.			
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fot. de clavícula (B) e radiografia de clavícula (B)			
Tipo de Cirurgia			
RFF			
Aguilhão Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Atm			
Acidente Durante a Cirurgia			



SECRETARIA LIDER DEPART 4 07/12/2016 12:42 - 00000006833

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) Pêlo em DDA e encaixado de plexo
2) Anestesia e RFF - tipo
3) Curva direita de plexo
4) Anestesia e RFF - tipo
5) Pêlo em p/plexo de encaixado
6) Dissecção completa de plexo
7) Radiografia de clavícula + Radiografia de colo de plexo
8) Redução de plexo e placa de encaixado de plexo
9) Sutura p/plexo de encaixado + RFF
10) Ao RFF

Folha de Tratamento e Evolução

PACIENTE: Infusão da Siles ENFERMARIA: 7 LEITO: 1 CONVÊNIO: _____

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1) Deter oral. Lave		
	2) ADP.		
	3) Tabulal por 12/12h		
	4) Dificies de 6/6h		
	5) Cafengolies 1g 8/8h		
	6) Fancul 5mg 8/8h (7h)		
	C/SFO, 4x 1000		
	7) Quenagol 200 6/6h		
	8) SBOU + CCG		
	9) Solenite 1000		

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
RECEBI
06 JAN 2012
Nome: _____

Dr. Elias Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 5720

Dr. Elias Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 5720

61

DIAGNOSTICO

P.A. Chirivoda (E)

Chirivoda

Paciente	Alimentación	Labio	Carácter	Reserva Médica
22	1. Dieta	1.1. Dieta	1.1. Dieta	1.1. Dieta
23	2. Dieta	2.1. Dieta	2.1. Dieta	2.1. Dieta
24	3. Dieta	3.1. Dieta	3.1. Dieta	3.1. Dieta
25	4. Dieta	4.1. Dieta	4.1. Dieta	4.1. Dieta
26	5. Dieta	5.1. Dieta	5.1. Dieta	5.1. Dieta
27	6. Dieta	6.1. Dieta	6.1. Dieta	6.1. Dieta
28	7. Dieta	7.1. Dieta	7.1. Dieta	7.1. Dieta
29	8. Dieta	8.1. Dieta	8.1. Dieta	8.1. Dieta
30	9. Dieta	9.1. Dieta	9.1. Dieta	9.1. Dieta
31	10. Dieta	10.1. Dieta	10.1. Dieta	10.1. Dieta
32	11. Dieta	11.1. Dieta	11.1. Dieta	11.1. Dieta
33	12. Dieta	12.1. Dieta	12.1. Dieta	12.1. Dieta
34	13. Dieta	13.1. Dieta	13.1. Dieta	13.1. Dieta
35	14. Dieta	14.1. Dieta	14.1. Dieta	14.1. Dieta
36	15. Dieta	15.1. Dieta	15.1. Dieta	15.1. Dieta
37	16. Dieta	16.1. Dieta	16.1. Dieta	16.1. Dieta
38	17. Dieta	17.1. Dieta	17.1. Dieta	17.1. Dieta
39	18. Dieta	18.1. Dieta	18.1. Dieta	18.1. Dieta
40	19. Dieta	19.1. Dieta	19.1. Dieta	19.1. Dieta
41	20. Dieta	20.1. Dieta	20.1. Dieta	20.1. Dieta
42	21. Dieta	21.1. Dieta	21.1. Dieta	21.1. Dieta
43	22. Dieta	22.1. Dieta	22.1. Dieta	22.1. Dieta
44	23. Dieta	23.1. Dieta	23.1. Dieta	23.1. Dieta
45	24. Dieta	24.1. Dieta	24.1. Dieta	24.1. Dieta
46	25. Dieta	25.1. Dieta	25.1. Dieta	25.1. Dieta
47	26. Dieta	26.1. Dieta	26.1. Dieta	26.1. Dieta
48	27. Dieta	27.1. Dieta	27.1. Dieta	27.1. Dieta
49	28. Dieta	28.1. Dieta	28.1. Dieta	28.1. Dieta
50	29. Dieta	29.1. Dieta	29.1. Dieta	29.1. Dieta
51	30. Dieta	30.1. Dieta	30.1. Dieta	30.1. Dieta
52	31. Dieta	31.1. Dieta	31.1. Dieta	31.1. Dieta
53	32. Dieta	32.1. Dieta	32.1. Dieta	32.1. Dieta
54	33. Dieta	33.1. Dieta	33.1. Dieta	33.1. Dieta
55	34. Dieta	34.1. Dieta	34.1. Dieta	34.1. Dieta
56	35. Dieta	35.1. Dieta	35.1. Dieta	35.1. Dieta
57	36. Dieta	36.1. Dieta	36.1. Dieta	36.1. Dieta
58	37. Dieta	37.1. Dieta	37.1. Dieta	37.1. Dieta
59	38. Dieta	38.1. Dieta	38.1. Dieta	38.1. Dieta
60	39. Dieta	39.1. Dieta	39.1. Dieta	39.1. Dieta
61	40. Dieta	40.1. Dieta	40.1. Dieta	40.1. Dieta
62	41. Dieta	41.1. Dieta	41.1. Dieta	41.1. Dieta
63	42. Dieta	42.1. Dieta	42.1. Dieta	42.1. Dieta
64	43. Dieta	43.1. Dieta	43.1. Dieta	43.1. Dieta
65	44. Dieta	44.1. Dieta	44.1. Dieta	44.1. Dieta
66	45. Dieta	45.1. Dieta	45.1. Dieta	45.1. Dieta
67	46. Dieta	46.1. Dieta	46.1. Dieta	46.1. Dieta
68	47. Dieta	47.1. Dieta	47.1. Dieta	47.1. Dieta
69	48. Dieta	48.1. Dieta	48.1. Dieta	48.1. Dieta
70	49. Dieta	49.1. Dieta	49.1. Dieta	49.1. Dieta
71	50. Dieta	50.1. Dieta	50.1. Dieta	50.1. Dieta
72	51. Dieta	51.1. Dieta	51.1. Dieta	51.1. Dieta
73	52. Dieta	52.1. Dieta	52.1. Dieta	52.1. Dieta
74	53. Dieta	53.1. Dieta	53.1. Dieta	53.1. Dieta
75	54. Dieta	54.1. Dieta	54.1. Dieta	54.1. Dieta
76	55. Dieta	55.1. Dieta	55.1. Dieta	55.1. Dieta
77	56. Dieta	56.1. Dieta	56.1. Dieta	56.1. Dieta
78	57. Dieta	57.1. Dieta	57.1. Dieta	57.1. Dieta
79	58. Dieta	58.1. Dieta	58.1. Dieta	58.1. Dieta
80	59. Dieta	59.1. Dieta	59.1. Dieta	59.1. Dieta
81	60. Dieta	60.1. Dieta	60.1. Dieta	60.1. Dieta
82	61. Dieta	61.1. Dieta	61.1. Dieta	61.1. Dieta
83	62. Dieta	62.1. Dieta	62.1. Dieta	62.1. Dieta
84	63. Dieta	63.1. Dieta	63.1. Dieta	63.1. Dieta
85	64. Dieta	64.1. Dieta	64.1. Dieta	64.1. Dieta
86	65. Dieta	65.1. Dieta	65.1. Dieta	65.1. Dieta
87	66. Dieta	66.1. Dieta	66.1. Dieta	66.1. Dieta
88	67. Dieta	67.1. Dieta	67.1. Dieta	67.1. Dieta
89	68. Dieta	68.1. Dieta	68.1. Dieta	68.1. Dieta
90	69. Dieta	69.1. Dieta	69.1. Dieta	69.1. Dieta
91	70. Dieta	70.1. Dieta	70.1. Dieta	70.1. Dieta
92	71. Dieta	71.1. Dieta	71.1. Dieta	71.1. Dieta
93	72. Dieta	72.1. Dieta	72.1. Dieta	72.1. Dieta
94	73. Dieta	73.1. Dieta	73.1. Dieta	73.1. Dieta
95	74. Dieta	74.1. Dieta	74.1. Dieta	74.1. Dieta
96	75. Dieta	75.1. Dieta	75.1. Dieta	75.1. Dieta
97	76. Dieta	76.1. Dieta	76.1. Dieta	76.1. Dieta
98	77. Dieta	77.1. Dieta	77.1. Dieta	77.1. Dieta
99	78. Dieta	78.1. Dieta	78.1. Dieta	78.1. Dieta
100	79. Dieta	79.1. Dieta	79.1. Dieta	79.1. Dieta

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIAS A
RECIBI 06 JAN 2017

DIAGNOSTICO

P. I. Carriacou (1)

~~Confidential~~

Paciente	Alimento	Lado	Curativo	Medicamento
1. Data	Prescripción Médica			
2. 1.000 mg	1.000 mg			
3. 1.000 mg	1.000 mg			
4. 1.000 mg	1.000 mg			
5. 1.000 mg	1.000 mg			
6. 1.000 mg	1.000 mg			
7. 1.000 mg	1.000 mg			
8. 1.000 mg	1.000 mg			
9. 1.000 mg	1.000 mg			
10. 1.000 mg	1.000 mg			
11. 1.000 mg	1.000 mg			
12. 1.000 mg	1.000 mg			
13. 1.000 mg	1.000 mg			
14. 1.000 mg	1.000 mg			
15. 1.000 mg	1.000 mg			
16. 1.000 mg	1.000 mg			
17. 1.000 mg	1.000 mg			
18. 1.000 mg	1.000 mg			
19. 1.000 mg	1.000 mg			
20. 1.000 mg	1.000 mg			
21. 1.000 mg	1.000 mg			
22. 1.000 mg	1.000 mg			
23. 1.000 mg	1.000 mg			
24. 1.000 mg	1.000 mg			
25. 1.000 mg	1.000 mg			
26. 1.000 mg	1.000 mg			
27. 1.000 mg	1.000 mg			
28. 1.000 mg	1.000 mg			
29. 1.000 mg	1.000 mg			
30. 1.000 mg	1.000 mg			
31. 1.000 mg	1.000 mg			
32. 1.000 mg	1.000 mg			
33. 1.000 mg	1.000 mg			
34. 1.000 mg	1.000 mg			
35. 1.000 mg	1.000 mg			
36. 1.000 mg	1.000 mg			
37. 1.000 mg	1.000 mg			
38. 1.000 mg	1.000 mg			
39. 1.000 mg	1.000 mg			
40. 1.000 mg	1.000 mg			
41. 1.000 mg	1.000 mg			
42. 1.000 mg	1.000 mg			
43. 1.000 mg	1.000 mg			
44. 1.000 mg	1.000 mg			
45. 1.000 mg	1.000 mg			
46. 1.000 mg	1.000 mg			
47. 1.000 mg	1.000 mg			
48. 1.000 mg	1.000 mg			
49. 1.000 mg	1.000 mg			
50. 1.000 mg	1.000 mg			
51. 1.000 mg	1.000 mg			
52. 1.000 mg	1.000 mg			
53. 1.000 mg	1.000 mg			
54. 1.000 mg	1.000 mg			
55. 1.000 mg	1.000 mg			
56. 1.000 mg	1.000 mg			
57. 1.000 mg	1.000 mg			
58. 1.000 mg	1.000 mg			
59. 1.000 mg	1.000 mg			
60. 1.000 mg	1.000 mg			
61. 1.000 mg	1.000 mg			
62. 1.000 mg	1.000 mg			
63. 1.000 mg	1.000 mg			
64. 1.000 mg	1.000 mg			
65. 1.000 mg	1.000 mg			
66. 1.000 mg	1.000 mg			
67. 1.000 mg	1.000 mg			
68. 1.000 mg	1.000 mg			
69. 1.000 mg	1.000 mg			
70. 1.000 mg	1.000 mg			
71. 1.000 mg	1.000 mg			
72. 1.000 mg	1.000 mg			
73. 1.000 mg	1.000 mg			
74. 1.000 mg	1.000 mg			
75. 1.000 mg	1.000 mg			
76. 1.000 mg	1.000 mg			
77. 1.000 mg	1.000 mg			
78. 1.000 mg	1.000 mg			
79. 1.000 mg	1.000 mg			
80. 1.000 mg	1.000 mg			
81. 1.000 mg	1.000 mg			

COMPRES SEGUROS
E PREVIDENCIA S.A.
RECIBI 08 JAN 2017
NOMBRE

CGC/CNPJ: 08.778.268/0018/09

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183 ESTADO: PARAIBA UF: 25

MUNICÍPIO: ITAPORANGA

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: CARLUCIANO DA SILVA

Raça/Cor: PARDA Sexo: M

Di. Nasc: 14/11/1981 Idade: 34 ano(s) meses) de idade dia(s) de idade

Mae: JOSEFA MOTA DA SILVA Documento: rg.2991913 Nº: 0

Profissão: TERCELAO

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro: Município-UF: CEP: IBGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para contato (83) 9822-4776

Data e Hora: 22/05/2016 04:38:35

SSV: TEMP: PA: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PESO: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Carla Gilmar da Silva

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

DOCUMENTO 5

RECEPCIONISTA: HDI

2. *Carla Gilmar da Silva*

3. *Carla Gilmar da Silva*

4. *Carla Gilmar da Silva*

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Carla Gilmar da Silva

CID-10:

ENCAMINHAMENTO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. *Carla Gilmar da Silva*

2. *Carla Gilmar da Silva*

3. *Carla Gilmar da Silva*

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASS. DO(S) CARUBO(S)

MÉDICO - CRM: CRIM-2034

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PLEGAR DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARUBO



GOVERNO DA PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDHUY CARNEIRO
PATOS - PARÁ/BA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Guilherme M. Silva

DA CLÍNICA

Ortopedia

ENFERMARIA

A CLÍNICA

BMF

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

LCC L0310 Infecção no tornozelo

22/05/16

DATA

João H. Siqueira Carneiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 417

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaporanga
PARA: Patos
ENCAMINHO: Cardiologia da Silva IDADE: _____ SEXO: Masculino
RESIDENTE: _____
MUNICÍPIO: Itaporanga UF: _____
PA _____ MM/HG TEMP _____ °C PESO _____ KG

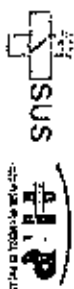
QUADRO CLÍNICO ATUAL:

paciente apresentando
fratura de dedo da mão esquerda
e fratura da clavícula esquerda.

22/05/16

HORA: 5:04

Marcos Lopes de Almeida
Clínico Geral
CRM-237



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 3605473 CNPJ: 08.778.268.002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBRECA, SN

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: CARLUCIANO DA SILVA

Mae: JOSEFA MOTA DA SILVA

Nascimento: 14/11/1981 Idade: 34 Cor: PARDA Sexo: M

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: JOAO CAETANO

Bairro: BELA VISTA

Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002

CNS: 7084032-2711-3569

CPF: 7291913 SSP PB

Data / Hora: 22/5/2016 08:50:21

Reg. Nasc.: 2991913 SSP PB

Recepcionista: ORNEIDE

Ficha Número: 143695

PESO: PA: TEMP: 72358

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Doença de Abscesso no sistema urinário

6 Semanas em antibioticos

NUS 5

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Ureter

NUS 5

RESULTADOS

Ureter

Lic Boas (Pneum BMT)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - SELECIONAR O 2º e 3º

02 - TITULO UNICO UNICO

03 - NUS 5

04 - NUS 5

05 - NUS 5

06 - NUS 5

07 - NUS 5

08 - NUS 5

09 - NUS 5

10 - NUS 5

11 - NUS 5

12 - NUS 5

13 - NUS 5

14 - NUS 5

15 - NUS 5

16 - NUS 5

17 - NUS 5

18 - NUS 5

19 - NUS 5

20 - NUS 5

21 - NUS 5

22 - NUS 5

Medico / Cui / Cns

JOAO H SUASSUNA LAUREANO - 7471 - 980-0162-8757-9797

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUNY CARNEIRO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Corluciano da Silva portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60
(sessenta) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 28-05-16

Stênio Guy W. Araújo
CRM 13342
CPF 288.005.771-0009

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-80
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, INACIO CAMILORG nº 4.173.685, data de expedição 26/06/13,Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 139.149.988-30, com domicílio na cidade de ITAPORANGA, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA PROFETADA, nº S/N,complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima CARLUCIANO DA SILVA, cujo o condutor era CARLUCIANO DA SILVA.Veículo: MOTOModelo: HONDA/BIZ 125 ESAno: FAB. 2006 ANO MOD. 2007Placa: MNK 6651Chassi: 9C27A04207R024872Data do Acidente: 22/05/2016Local e Data: ITAPORANGA/PB 12/07/2016

Assinatura do Declarante



certifico a firma por SEMELHANÇA DE INACIO CAMILO.

ITAPORANGA/PB em 2 de julho de 2016

Em 12/07/2016, da verdade

Marta Rodrigues (Escritor(a) Escrevente)

Selo Digital - ADL75525-FCLK

Sugestão a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



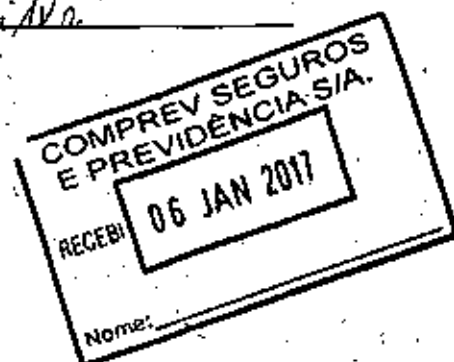
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLUCIANO DA SILVARG nº 2991913, data de expedição 18/05/02, Órgão SSP/PB.

CPF nº 046.762.554-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58780.000</u>
Telefone de Contato	<u>83.99832 6576 - 99909-8272</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 28/11/2016Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

CLASS & LITTE FLOVERDO
QUADRO DE LITTE FLOVERDO
QUADRO DE LITTE FLOVERDO

Energisa

CONSUMIDOR: RESIDENCIAL FRESIDENCIAL MONOPHASE
R. 200, L. 25 - 05060-000 - Jd. Primavera - CEP 05060-000
R. 200, L. 25 - 05060-000 - Jd. Primavera - CEP 05060-000
R. 200, L. 25 - 05060-000 - Jd. Primavera - CEP 05060-000

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
RECEBI: 06 JAN 2017
Nome: _____

SEMPRE LIGUE 0800 083 0196 - 0800 083 0196

RESERVADO AO FISCO

ac04.4778.0d11.92c9.50a5.18e1.0187.71b1

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Indicadores de Qualidade de Serviço

Composição de valor total do seu conta

Distribuição	Valor	%
Serviço de Energia	14,88	22,82
Serviço de Energia	12,78	19,64
Serviço de Energia	1,03	1,58
Serviço de Energia	0,25	0,38
Serviço de Energia	24,74	37,61
Serviço de Energia	0,00	0,00
Total	63,68	100,00

Valor de R\$ 63,68 (63,68)

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ENERGISA

ENERGISA

ENERGISA

ENERGISA

ENERGISA

ENERGISA

ENERGISA

VENCIMENTO

VENCIMENTO

VENCIMENTO

VENCIMENTO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR

18/11/2016

18/11/2016

18/11/2016

18/11/2016

18/11/2016

R\$ 65,26

R\$ 65,26

R\$ 65,26

R\$ 65,26

R\$ 65,26

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540010-3

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540010-3

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540010-3

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540010-3

83680000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540010-3



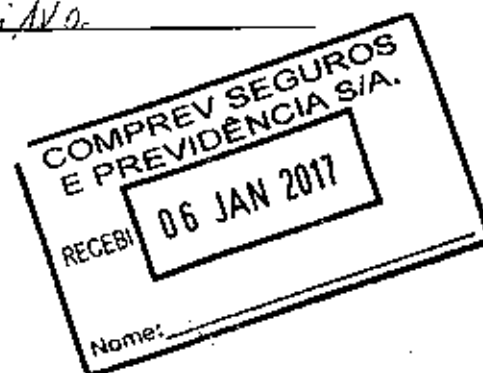
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLUCIANO DA SILVA,RG nº 2991913, data de expedição 18/05/02, Órgão SSP/PB,

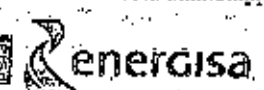
CPF nº 046.762.554-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58780-000</u>
Telefone de Contato	<u>83.99832 6576 - 99909-8272</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 28/11/2016.Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

JOSEFA LENTE FIGUEIREDO
RUA PROJETADA, S/N - CENTRO
MATAPOSSA/PA CEP: 58700000 (AG. 154) 23



Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R200, Km 25, Cid. B. de M. J. de P. / PA - CEP: 58700000
Roteiro 5-154-35-2000 Referência: Nov/2016 QIP: 09.006.483.0001-40 Inv. Est. 16.015.823.0
NF: 0000020142 Emissão: 10/11/2016
Nota Fiscal: Nota de Energia Elétrica Nº 000.380.026
Código para Dúvidas: 0001948999

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196
Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora) 6/1348859-8

Nov/2016 Canal de contato

Apresentação: 10/11/2016

Data prevista da próxima leitura: 12/12/2016

CPF/CNPJ/RANI

Anterior: 10/11/2016 Atual: 10/11/2016 Constante: 10/11/2016 Consumo: 0,00

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	91	0,44028	40,08
Imp. B. Amarela			16,45
ICMS			13,72
PS			20,11
COFINS			0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			7,20
CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			0,28
JUROS DE MORA 09/2016			0,31
JUROS DE MORA 10/2016			0,31
MULTA 09/2016			1,14
MULTA 10/2016			1,14
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2016			0,03
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2016			0,03

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS 15%	15,00%	13,72
PS 15%	15,00%	20,11
COFINS 15%	15,00%	0,04
VENCIMENTO		18/11/2016
TOTAL A PAGAR		R\$ 65,26

RESERVADO AO FISCO
ac04.4776.0d11.92c9.58e5.16e1.ef87.71bf

Indicadores de Qualidade	Limite	Atualizado	Limite de Tensão
OC MENSA	0,00	0,00	0,00
OC TRIMESTRAL	0,00	0,00	0,00
OC ANUAL	0,00	0,00	0,00
FC MENSA	0,00	0,00	0,00
FC TRIMESTRAL	0,00	0,00	0,00
FC ANUAL	0,00	0,00	0,00
QNC	0,00	0,00	0,00

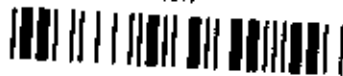
ATENÇÃO

RESERVADO AO FISCO
ac04.4776.0d11.92c9.58e5.16e1.ef87.71bf

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
RECEBI 06 JAN 2017
Nome:

SEMPRE LIGUE 0800 4 6 0712/2016 12:42 - 0000000029

83690000000-8 65260054000-7 13488592016-2 11801540019-3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLUCIANO DA SILVA.

RG nº 2991913, data de expedição 18/03/02, Órgão SSP/PB,

CPF nº 046.762.554-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58780-000</u>
Telefone de Contato	<u>83.99832 6576</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 12/07/2016

Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

JOSEFA LITE FIGUEIREDO
RUA PROJETADA, S/N - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP: 55780-000 (ADJ. 154)



Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Cuzco Redondo - João Pessoa/PB - CEP 58071-030
Roteiro 5 - 154 - 55 - 7080 Referência: Junho 2018 CNPJ 08.065.103/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0
Fornecedor: 00009707142 Emissão: 08/06/2018 Nota Fiscal/Certidão Energética Nº 000.300.227
Código para Débito Automático: 00019433883

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 6/1348859-8

Canal de contato

Jun / 2018

Apresentação

09/06/2018

Data prevista da próxima leitura

12/07/2018

CPF/CNPJ RANI

28282437416

Inst. Emissão

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ 09/06/2018 PAGAS GERENCIADOR

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	83	(,41817	38,89
ICMS			14,13
PIS			0,82
COFINS			2,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,90
JUROS DE MORA 05/2018			0,35
MULTA 05/2018			1,04
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,18

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Mar/16	88
Abr/16	78
Mai/16	84
Jun/16	74
Jul/16	83
Out/16	84
Nov/16	81
Dez/16	83
Jan/17	88
Fev/17	88
Mar/17	88
Abr/17	86
Mai/17	117

Média dos últimos meses 82 kWh

RESERVADO AO FISCO

1c7c.7aa1.93fd.6948.364f.2321.d89a.bf5d.

Indicadores de Qualidade 472046-56227-24

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIÁRIOS	0,00	NORMAL
DIÁRIOS	19,74	220
DIÁRIOS	27,48	230
DIÁRIOS	3,20	237
DIÁRIOS	7,22	237
DIÁRIOS	14,45	237
DIÁRIOS	3,87	237
DIÁRIOS	12,22	237

ATENÇÃO

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energ. na PB	14,37	22,11
Consumo de Energia	19,83	28,87
Encargos de Transmissão	1,13	1,74
Encargos Sociais	4,65	7,08
Impostos (Dutax e Encargos)	28,11	40,18
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,89	100,00

Valor do EUSD (Ref. 4/2016) R\$ 17,32



ESTADO DA PARAIBA
POLÍCIA MILITAR



INFORMATIVO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº

Nº CIO/COPOM:

Dp/SUCp	13º BPM	Data da Ocorrência	22/05/2016	Hora	04:10 min.	Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e UF)	AV. GETÚLIO VARGAS - ITAPORANGA-PB
ano de Referência	PRÓXIMO AO ARMARINHO NOVO MUNDO.						Código da Ocorrência
altura da Ocorrência	ACIDENTE DE TRÂNSITO.						
comandante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula)	3º SGT - DANIEL			Prefiro da Vistura		5948	
testista (Nome, Grad. e Matrícula)	CB - CASSIMIRO			Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula)			
	SD - MATHEUS			Patrulheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula)			
nome Completo do Solicitante	INICIATIVA PRÓPRIA			Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s)			
Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)							

Acusado(s)

Nome Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
Nome Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº CPF	
Ponto de Referência		Nº CNH	
Informações Biométricas		Profissão Declarada	
Cor da Pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos:	Compleição Física: () Normal () Magro () G
Marca(s) Característica(s) (Assinalar)			
() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros			
(Descrever Marca Característica)			
Nome Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
Nome Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº CPF	
Ponto de Referência		Nº CNH	
Informações Biométricas		Profissão Declarada	
Cor da Pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos:	Compleição Física: () Normal () Magro () G
Marca(s) Característica(s) (Assinalar)			
() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros			
(Descrever Marca Característica)			

Vítima(s)

Nome Completo	CARLUCIANO DA SILVA	Data de Nascimento (d/m/a)	
Nome Completo da Genitora	JOSEFA MOTA DA SILVA	Nº RG/Órgão Expedidor	
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)	TRAIJÃO CAETANO DA SILVA - ITAPORANGA-PB.	Nº CPF	
Ponto de Referência	EM FRENTE AO ARMARINHO NOVO MUNDO.	Nº CNH	
Nome Completo		Profissão Declarada	AGRICULTOR
Nome Completo da Genitora		Data de Nascimento (d/m/a)	
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº RG/Órgão Expedidor	
Ponto de Referência		Nº CPF	
		Nº CNH	
		Profissão Declarada	

Testemunha(s)

Nome Completo	CB - CASSIMIRO	Data de Nascimento (d/m/a)	
Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)	190	Nº RG/Órgão Expedidor	
Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)	13º BPM	Nº CPF	
Ponto de Referência	13º BPM	Nº CNH	
Nome Completo	SD - MATHEUS	Profissão Declarada	MILITAR
Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)	190	Data de Nascimento (d/m/a)	
Ponto de Referência		Nº RG/Órgão Expedidor	
		Nº CPF	
		Profissão Declarada	MILITAR

DOCUMENTO 1

27/12/2016 12:42 - 0000095631



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do (a) Sr. (a) Carla Maria

portador (a) da carteira de identidade nº _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido por mim no dia de hoje, às 7 horas,

portador da patologia CID 10 S42.0

devendo ficar afastado(a) de suas atividades laborais por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Queimadas, PB, 21 de 10 de 16

Dr. Edvaldo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6588

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

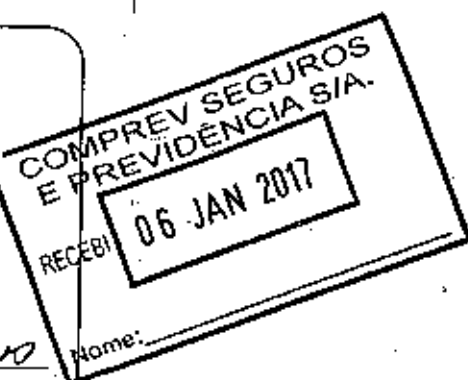
Autorizo o(a) Dr.(a) _____

A registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) Paciente ou responsável legal

1ª VIA: PACIENTE - 2ª VIA: ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Projetada, s/n - CEP: 58.475-000 - Queimadas - PB - CNPJ: 08.778.268/0048-24



SEQUIP0088 11088 DEPT 4 & 07/12/2016 12:42 - 000005056030

Arma(s) de Fogo Apreendida(s)

Tipos:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Comp:
Tipos:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Comp:

Nome	Marcas	Calibres	Acabamentos	Nº Série	Dimensão Comp
------	--------	----------	-------------	----------	---------------

Cartucho(s) Apreendido(s)

Quantidade:	Calibre:	Tipo:
Quantidade:	Calibre:	Tipo:

Quantidade:	Calibre:	Tipos
-------------	----------	-------

Outro(s) Objeto(s) Apreendido(s)

(Tipo, Marca, Modelo, n.º de serie, Cor e etc.)

Relato da Ocorrência

- DURANTE RONHAS DE ROTINA PELAS RUAS DA CIDADE, NOS DEPARAMOS COM O CONDUTOR DE UMA MOTOCICLETA, HONDA BI, COR PRATA, DE PLACA-MNK-6651-PP, QUE AO NOSSO LADO VINHA CONDUZINDO SUA MOTO, E DE REPENTE PERDE O CONTROLE, CAINDO METROS DEPOIS. PARAMOS NOSSA VTR, AO ALTO LADO, CONSTATAMOS SANGRAMENTOS PELA BOLA E QUE O MESMO RECAIU NA DE SORES NA PARTE DA CLAVICULA.

ACIONAMOS O SAMU, E NOS COMPREENDENDO QUE NÃO HAVIA POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTOS EM CASOS VIATURAS, ESTAVAM EMPREGADAS EM OUTRAS OCORRÊNCIAS. QUANDO NOS AT O HOSPITAL LOCAL EM NOSSA VIATURA, E A RECEBIMOS A TOILETA DO LUGAR AO PATIO DO 13º BPM, QUE SE ENCONTRA A DISPOSIÇÃO DA PR-TAN. TODA OCORRÊNCIA FOI INFORMADA AO AGENTE PONTONISTA ATRAVÉS DESTE BOLETIM INFORMATIVO. //

No exercício legal	de minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado
penal de	, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção
advertências que lhe fiz,	e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar
que resultou em	que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência a Prisão, que assino com

Testemunha(s) _____ e _____

Conductor:

1ª Testemunha

2. Testemunha

Recebi às 4 h 50 min., de 22/05/16 o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s), destritos nest

documento.

NOTE: Black F. Late

Matricola: 155678-1 Assinatura

Assinatura

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, CARLUCIANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2991913 SSP/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.762.554-97, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/N, Cidade ITAPORANGA, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3%*



Carluciano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ITAPORANGA, PB 12/07/2016

Local e data



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVIÇO REGISTRAL "IRINEU RODRIGUES"
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE ITAPORANGA
REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS

IRINEU RODRIGUES JUNIOR
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

FRANCISCA CRIZANTO RODRIGUES
ELIANE ALVES ARAUJO
ESCREVENTES

- CERTIDÃO DE CASAMENTO -

CERTIDÃO N.º 2003-

Certifico, que às fls. 12, sob n.º 5.101 do livro n.º B-Aux.11 de Registro de Casamento, foi encontrado hoje o assento de matrimônio de CARLUCIANO DA SILVA e JACILENE MARINHEIRO OLINTO, que passou a chamar-se JACILENE MARINHEIRO OLINTO DA SILVA, contraído perante o Padre Deusimar Silva Gomes, vigário paroquial e as testemunhas Reinaldo Rodrigues Fonsêca e Antonio Alves Araruna, paraibanos, comerciante e agricultor, residentes nesta cidade, sob regime de Comunhão parcial de bens.

Ele, nascido em Itaporanga - Paraíba, aos 14 de novembro de 1981, profissão agricultor, domiciliado e residente em rua Alcebiades Alves de Carvalho, nesta cidade, filho de Inácio Camilo e dona Josefa Mota da Silva, paraibanos, residentes nesta cidade.

Ela, nascida em Itaporanga - Paraíba, aos 22 de dezembro de 1983, profissão agricultora, domiciliada e residente em Sítio Catolé, deste município, filha de José Matias Olinto e dona Maria Daguia Marinheiro Olinto, paraibanos, residentes no Sítio acima citado.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 ns. 1º, 2º e 4º do Código Civil.

Observações: Casados religiosamente para efeito civil em 26 de junho de 2003.

O referido é verdade. Dou fé!

Itaporanga (PB), 30 de Junho de 2003.

Registro Civil das Pessoas Naturais

Irineu Rodrigues Junior
OFICIAL REG. CIVIL

Francisca Crizanto Rodrigues
Eliane Alves Araújo
Escriventes Autorizadas
ITAPORANGA-PB.

Irineu Rodrigues Junior
- Oficial -

15/09/2016 20:59:08 SPM/2008 L373 24/11/16



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 379 /2016

Natureza da ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do fato: 22 / Maio / 2016



HORAS: 4h00

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante / Vítima:

CARLUCIANO DA SILVA, natural de Itaporanga/PB, Casa-
do, Agricultor, nascido no dia 14.11.81, filho de Inacio Camilo e
Josefa Mota da Silva, RG 2.991.913/PB e CPF 046.762.554-97, residen-
te na R. João Ceatano da Silva, 63 Bela Vista Itaporanga/PB.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao
Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, regressava do Campo de Futebol para
sua residencia, conduzindo a moto HONDA/BIZ 125 ES, cor Prata, ano -
Mod. 2006/07, placa MNK6651/PB e chassi 902JA04207R024872, licenciada
em nome seu genitor (INACIO CAMILO) e ao passar pela Av. Getulio Var-
gas (centro), perdeu o controle em um quebra-molas, caindo no calçoi-
mento, sendo então socorrido por uma Guarnição da Policia Militar até
o Hospital Distrital de Itaporanga/PB em seguida removido para o Hospi-
tal Regional de Patos/PB.

Itaporanga, 03 / JUN. /2016.

Carluciano da Silva
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5



DOCUMENTO 1 "1998"

16/03/2016 15:03:16

DOCUMENTO 1 *T14*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CARLUCIANO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2991913 EXPEDIDO POR 358188 EM 18/03/02 E

CPF 046762354-97 /CNPI 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ --- () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLUCIANO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresaria - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritas à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2176-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.606-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITAPORANGA, 12 de JULHO de 2016

LOCAL E DATA

Carluciano da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221201.

16086-15499/2016-2899865-3383081-13-R-2016-45

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/07/2016 - Autoatendimento - 13:10:23
217673918 2001

EXTRATO DE POUpanCA FARA SIMPLES CONFERENCIA
- EXTRATO DE POUpanCA DURO/POUPEX

AGENCIA: 2176-8 CONTA: 24.606-9
VARIAcao: 01
CLIENTE: CARLUCIANO DA SILVA

DATA	DT. BS	HISTORICO	VALOR
----- Julho/2016 -----			
09/07		Saldo ant.	10,98 C
		DISPONIVEL	10,98 C
		VAL. BLOQUEADO	0,00 D
		SALDO TOTAL	10,98 C

SALDO POR DATA BASE

03	10,98 C
----	---------

MENSAGENS DIVERSAS

TR + 0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: Qj Papel - CNPJ 11.547.752/0001-71
Especialização do papel: Termoback - 55g/m² - 395m
Fornecedor: Autopal - CNPJ 06.638.091/0007-52
AS2: 2015/74211237 - 2015/74211238



Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: Qj Papel - CNPJ 11.547.752/0001-71
Especialização do papel: Termoback - 55g/m² - 395m
Fornecedor: Autopal - CNPJ 06.638.091/0007-52
AS2: 2015/74211237 - 2015/74211238



Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: Qj Papel - CNPJ 11.547.752/0001-71
Especialização do papel: Termoback - 55g/m² - 395m
Fornecedor: Autopal - CNPJ 06.638.091/0007-52
AS2: 2015/74211237 - 2015/74211238



Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)

Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços

0800 729 0722

Ouvidoria BB

Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC)

0800 729 5678

Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Central de Atendimento BB

Saldo, pagamentos, extratos, cartões, transferências, resgates e outras operações

4004 0001 e 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)

Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços

0800 729 0722

Ouvidoria BB

Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC)

0800 729 5678

Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Central de Atendimento BB

Saldo, pagamentos, extratos, cartões, transferências, resgates e outras operações

4004 0001 e 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)

Informações, sugestões, elogios,

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2016

Carta nº: 9796167

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro: 3160585834 ASL-1080610/16
Vitima: CARLUCIANO DA SILVA
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **15/09/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2016

Carta nº: 9792867

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro: 3160585834 ASL-1080610/16
Vitima: CARLUCIANO DA SILVA
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160585834 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **CARLUCIANO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 0 - CENTRO - ITAPORANGA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2991913 - SSP**
Data local do exame: **22/03/2017 SOUSA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO, LESÃO DE PARTES MOLES DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. FEZ SUTURA DOS FERIMENTOS DA MÃO ESQUERDA NO MESMO DIA. APÓS 5 MESES DO ACIDENTE, NO DIA 24 DE OUTUBRO DE 2016, FEZ CIRURGIA PARA OSTEOSINTESE DA CLAVICULA DIREITA. FEZ FISIOTERAPIA, EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO (160 GRAUS), DE EXTENSÃO (30 GRAUS), APRESENTA ATROFIA DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA, E BLOQUEIO ATIVO DE MOVIMENTO DO MESMO. DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO (40 GRAUS). NÃO APRESENTA EDEMAS.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - SOUSA, 22/03/2017

Médico Perito: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO CRM:7416/PB


Dr. Raimundo Pereira de Oliveira Neto
Medicina do Trabalho
CRM 7416-PB

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10778573

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro: 3160585834 ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CARLUCIANO DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000002176-8**

Conta: **000010024606-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

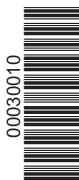
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10360421

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160585834 ASL-1080610/16

Vitima: CARLUCIANO DA SILVA

Data Acidente: 22/05/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Março de 2017

Carta nº: 10605339

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro: 3160585834 ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
Data Acidente: 22/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLUCIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010024606-0

Nr. da Autenticação 9B97E1E87732ED3F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160585834

Cidade: Itaporanga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA

Data do acidente: 22/05/2016

Seguradora: COMPREV SEGURADORA
S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO, LESÃO DE PARTES MOLES DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. FEZ SUTURA DOS FERIMENTOS DA MÃO ESQUERDA NO MESMO DIA. APÓS 5 MESES DO ACIDENTE, NO DIA 24 DE OUTUBRO DE 2016, FEZ CIRURGIA PARA OSTEOSINTESE DA CLAVICULA DIREITA. FEZ FISIOTERAPIA, EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO (160 GRAUS), DE EXTENSÃO (30 GRAUS), APRESENTA ATROFIA DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA, E BLOQUEIO ATIVO DE MOVIMENTO DO MESMO. DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO (40 GRAUS). NÃO APRESENTA EDEMAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160585834 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO MOTOR

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
CPF: 046.762.554-97

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/05/2016
Titular do CPF: CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

CARLUCIANO DA SILVA : 046.762.554-97
Comprovante de residência

DOCUMENTO 1 "T196"



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 21/02/2017
Nome: CARLUCIANO DA SILVA
CPF: 046.762.554-97

Data: 21/02/2017
Nome: Cristina Lima Alves
CPF: 041.380.364-31

CARLUCIANO DA SILVA

Cristina Lima Alves

Monica Teixeira

Para: projeto.correio@seguradoralider.com.br
Assunto: 6902996 - 3160585834

Prezados bom dia

Encaminhamos a Declaração de residência e comprovante de endereço (já no processo), para que seja recebido, dando prosseguimento ao processo

Atenciosamente,

Monica Figueira Teixeira
Departamento de Sinistros



Rua Senador Dantas, 74 – 15º andar
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 7374
Fax: 55 21 2533-1427
E-mail : monica.teixeira@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorised disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
CPF: 046.762.554-97

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/05/2016
Titular do CPF: CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLUCIANO DA SILVA : 046.762.554-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 23/09/2016
Nome: CARLUCIANO DA SILVA
CPF/CNPJ: 046.762.554-97

CARLUCIANO DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 23/09/2016
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Carolina do S. Silva
DATA DO ACIDENTE 29/05/2016 CPF DA VITIMA 046.369.554-93
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 9997973 SSP/PB
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR Rua Princesa, 5
Nº 512 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58.480-000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9.9832-6596

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
- () LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
- (X) 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)
- (X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA 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 (CÓPIA SIMPLES)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 - () OUTROS DOCUMENTOS: _____
- 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 - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA 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 (CÓPIA SIMPLES)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 - () OUTROS DOCUMENTOS: _____
- 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 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVERÃO ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 09/09/2016
IDENTIDADE 9997973 SSP/PB
ASSINATURA Carolina do S. Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 09/09/2016 MATR. CORREIOS 8.948.688-7
NOME Enaivel Missias A. Amorim
ASSINATURA Enaivel Missias A. Amorim

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, INACIO CAMILO

RG nº 4173685, data de expedição 26/06/13, Órgão SSP/PB,

CPF nº 139.149.988-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROFETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRA</u>
Cidade	<u>ITAPORANGA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58780-000</u>
Telefone de Contato	<u>83.9922 9776</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 12/07/2016

Assinatura do Declarante: Inacio Camilo

ROSELA LERTE FIGUEIREDO
RUA PROJETADA S/N - CENTRO
TAPORABA/PE CEP: 56700-000 (A.S. 54)



Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/240, Km 25 - Crato Redutor João Pessoa (PE) CEP: 56071-480
Rotômetro: 3-154-35-2680 Referência: Jun/2018 Cód. Fisco: 009.095 (03/2011-40) Ins. Est. 16.016.022-0
Nº medidor: 00008201142 Enrega: 09/06/2018 Atividade: 0001343222
Atividade Fiscal/Código de Energia Elétrica: N000 200 227
Código para Débito Automático: 0001343222

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

Contador: 5/1348869-8 UC (Unidade Consumidora)

Canal de contato:

Jun/2018

Apresentação

08/08/2018

Data prevista da próxima leitura

12/07/2018

CEPEL/ENELARANI

20/06/2018

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 08/07/18 PAGAS: 08/08/2018

DEMONSTRATIVO

Descrição Quantidade Preço Valor (R\$)

Consumo em kWh 483 418,17 20,18

ICMS 4,13

PS 0,02

COFINS 1,08

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUEUCA 5,80

JUROS DE MOROSIDADE 0,25

MULTAS 2018 1,04

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 0,16

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mai/18 89

Abr/18 70

Mai/18 81

Fev/18 74

Jan/18 80

Dez/18 84

Nov/18 81

Out/18 83

Set/18 80

Ago/18 80

Jul/18 88

Jun/18 111

Média dos últimos meses 88 kWh

RESERVADO AO FISCO

1c7c7aa1.93fd.6948.384f.2321.d89a.bf5d.

Indicadores de Qualidade 2018

Limites ANEEL

Limites Apurados

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Composição do valor total da sua conta

Descrição Valor (R\$) %

Serviço de Out. de Energia 14,37 72,11

Serviço de Energia 18,82 93,97

Serviço de Transmissão 1,13 5,74

Serviço de Distribuição 4,85 24,00

Impostos Diretos e Encargos 28,11 141,15

Outros Serviços 0,00 0,00

Total 19,38 100,00

Valor de R\$ 0,00 (R\$ 4/2018) R\$ 17,32

ATENÇÃO

ATENÇÃO

16:06:15/09/2016 209902 538/2008 123 2001 6 5

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

PERMISTENTE / Driver		TELEFONE / Phone Number	
CARLUCCANO DA SILVA			
ENDEREÇO / Address			
PROJETADA, S/N			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
58780000	ITAPORANGA	PB	

--

RECOLLAR MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



PROBAG
BRASIL
VAL: (00) 000-0000

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

• O SEGURO DPVAT COBRE DANOS - PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS DENTRO - SEGURO DPVAT

• ESTÃO COBERTOS TODOS OS DANOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, EXCETO EM CASOS DE RESPONSABILIDADE CIVIL POR FALTA DE MANUTENÇÃO DE VEÍCULO.

• SÃO OFERECIDAS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E RESCISÃO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMES).

• SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU CONTRATADO PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES, REQUER A COBERTURA DE DANOS POR ACIDENTE DE TRÂNSITO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-SE EM www.dpvat.org.br).

• VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PREJUÍZO MATERIAL E COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS PARA RESCISÃO DE INDENIZAÇÃO:

RESCISÃO (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMES (3)
R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 15.000,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO SEU BENEFICIÁRIO E PROVA DE QUALQUER DESEMPENHO DESEMPENHADO COM O ALCEGO.

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DE INSTITUTO MÉDICO LEGAL OU ORÇAMENTO ORÇAMENTAL DO ACIDENTE OU DA RESCISÃO DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACÓRDO COM O PORCENTUAL DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LEI 5.197/1966.

(3) DAMES - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLÉTIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICAS-HOSPITALARES EFETIVADAS PORAM DECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM INDICAÇÃO DE TODAS AS OPERAÇÕES, INCLUINDO QUANTIAIS UTILIZADOS E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFissionais QUANDO ESTES FOREM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAS, FATURAS OU RECEBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RESCISÃO ORIGINAL EMITIDA EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTE DO PAGAMENTO A QUALQUER MEIO DE PROFISSIONAL, CONSTATANDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CPF, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EFETUADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLOGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

• PODERÁ SER SOLICITADO O DOCUMENTO COMPLEMENTAR, INCLUSIVE TERMOS DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNMP Nº 273/2012.

• IMPORTANTE:

• NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESACRANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

• O RESCISÃO DE DANOS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADA A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNMP Nº 273/2012.

• PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU RESCISÃO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

• A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO ACIDENTE.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

• O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACÓRDO COM A LEI Nº 5.197/1966, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

• PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BÔNUS.

• O SEGURO DPVAT DEVERÁ SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU COM A ÚLTIMA COTA DO IMPORTE DE IMPORTAÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA PAGA A COTA ÚNICA. O VALOR DO PAGAMENTO DEVE SER ATRIBUÍDO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VEÍCULOS DO IMPORTE E DO SEGURO DEVEM SER PAGOS NA MESMA DATA.

• O VEÍCULO NÃO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO RESCISÃO CONTRA Nº 0541960.

• 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO SERÁ DESTINADO:

• 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO AMPLIAR DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 37 DA LEI Nº 5.197/1966).

• 5% AO DESEMPENHO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 2º DA LEI Nº 5.197/1966) - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO.

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
 SÃO PAULO 0800 021 1234
 Superatendimento DPVAT www.dpvat.org.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT: PERÍODOS DE INDENIZAÇÃO E RESCISÃO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÃO, LOCAL DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZO E COMO PAGAR.

SUSEP DIRETÓRIO - SUSEP
 0800 021 0484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, SAÚDE, CAPITALIZAÇÃO, RESCISÃO E CONTRATOS DE SEGURO.

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

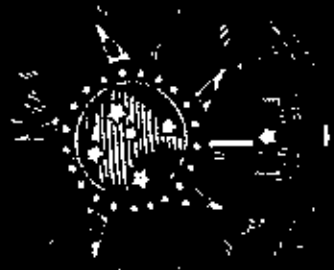
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 68

Carluciano da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

046.762.554-97

CARLUCIANO DA SILVA

14/11/1981

REGISTRO NACIONAL

VALIDADEZ

2991913

DATA DE EXPEDIENTE

14.11.1981

DATA DE NASCIMENTO

14.11.1981

NOME

CARLUCIANO DA SILVA

PLACAO

Inacio Camilo

Josefa Mota da Silva

Itaporanga-PR

NATURALIDADE

DOC. ORDEM

Cert. Nasc. 2.788.115.50-V.11v

A-4. Cart. São José de Calana-PR

CPF 046 762 554-97

JURADO PROSECUTOR DE INSTRUÇÃO

MR. DEPT. DE POLÍCIA CIENTÍFICA

LEIN 7 116 DE 2908983

Canção de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

MAR-2004

 **CORREIOS**

WWW.CORREIOS.COM.BR