

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIVAN BATISTA BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000186237-1

Nr. da Autenticação 6E0280D33EBFDA41

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIVAN BATISTA BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000186237-1

Nr. da Autenticação BB768E195B29DD1F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180470667 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIVAN BATISTA BRITO **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA RETRAÇÃO DE PARTES MOLES COM 20 CM DE EXTENSÃO DESDE A REGIÃO PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA ATÉ TERÇO MÉDIO DISTAL DA TÍBIA, DESALINHAMENTO DO ÂNGULO DO JOELHO EM VARO DE 15°, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna ESQUERDA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA CANADENSE. AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA A CUSTA DE CALO ÓSSEO EXUBERANTE, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORIA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 10°.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/09/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA MAIS FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO EM TÍBIA ESQUERDA POR 7 MESES E USO DE TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA EM HEMI J PARA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, FOI SUBMETIDO A NOVO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRADA DO FIXADOR E FIXAÇÃO DE FRATURA DEVIDO A COMPLICAÇÃO DE PSEUDOARTROSE COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 03/07/2018, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: adequamos o percentual de indenização ao descrito pelo examinador. "PI" pago anteriormente (Líder): 6,25% (conduta mantida para o ombro).
O "PI" ora estabelecido é complementar (17,5%) e refere-se ao dano funcional descrito em MIE.
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180470667 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIVAN BATISTA BRITO **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA,
FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TÍBIA - LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA, FIXADOR, PLACA E PARAFUSOS). PARA AS DEMAIS LESÕES TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDA, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 06/12/2018.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 06/12/2018: "Adequamos o percentual de indenização ao descrito pelo examinador. "PI" pago anteriormente (Líder): 6,25% (conduta mantida para o ombro). O "PI" ora estabelecido é complementar (17,5%) e refere-se ao dano funcional descrito em MIE.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

706.079.634-22

Nome completo da vítima

Saldivan Batista Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Saldivan Batista Brito	CPF titular da conta	706.079.634-22	Profissão	recuperador
Endereço	Sítio Paulanço	Número	31N	Complemento	
Bairro	Área Rural	Cidade	São José do Bonfim	Estado	Paraíba
Email				CEP	58725-000
				Telefone (DDD)	(83) 9.9382-8362

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.

D/V

CONTA NRO.

D/V

043

186257

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Ribeirão Preto, 04 de outubro de 2018

05 OUT. 2018

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

Saldivan Batista Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Saldivan Batista Brito
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

Dr. Stenio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA



16 JAN. 2019

LAMPO ORTOPEDICO

03 JAN. 2019

ATENDI VALDIVIA BATISTA BRITO, F. M. 30 ANOS
RESIDENTE DA RUA DO DIA 17, QDP II, PATO BRANCO

SOFREU FRACOZ EXPONTE DAS OSTRICAS PERNAS, E
FRACOZ DE CLAVICULA, AOS 14 MESES DE IDADE.

ATROFIO (INCLINDO E CIRURGICO NO MUSCULO)
LESOES OBSERVADAS: ATROFIA MUSCULAR DA
MIG (CID: M.62.8), DESIGUALDADE DE COMPRIMENTO
DOS MUSCULOS (CID: M.20.7), RIGIDEZ ARTICULAR
DA JOELHA MONOCONDRAL (M.25.6), RESTRIÇÃO DA

MOVIMENTO COM DESMARRAMENTO MUSCU-
LAR (CID: M.62.9). SÃO LESOES INNATAS
QUE APARENTEM FISIOTERAPIA (30 SESSOES)

O RENDEMENTO FOI DECRESCENDENTE.

Stenio Guy W. Araújo
CRM 13252 CBO 223146
Ortopedia / Traumatologia

Tels.: (83) 3421-2857
9 8836-0812

Rua Bossuet Wanderley, 433
Centro - Patos-PB

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

CARTA A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

Patos/PB,

Sis-DPVAT: 3180470667

INVALIDEZ

VÍTIMA: VALDIVAN BATISTA BRITO

CPF: 706.079.614-22

15 de janeiro de 2019.

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP Nº 332 DE 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação), Eu, Gustavo Melo Gonçalves, brasileiro, solteiro, portador do CPF: 629.732.153-15, podendo ser localizado na Rua Santa Luzia, bairro Belo Horizonte, Patos/PB, bem como ser contatado pelo telefone (83) 99382-8362 e/ou endereço eletrônico maysagustavodpvat@gmail.com, atuando como bom e fiel procurador do beneficiário:

VALDIVAN BATISTA BRITO, PORTADOR DO CPF: 706.079.614-22.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, o encaminhamento da vítima acima identificada a perícia, tendo em vista que ficou devidamente comprovada, através de laudo médico encaminhado a essa seguradora que o mesmo carrega sequelas em decorrência do sinistro ora pleiteado, e, no sentido de que faça justiça, solicitamos ao menos que o mesmo seja encaminhado ao setor de pericia com a maior brevidade possível para que possa ser de forma legal atestado suas sequelas, as quais foram documentalmente provadas através do já mencionado laudo, por isso, ratificamos nosso pedido com respaldo no art. 5º da lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito a qual se faz jus. O documento segue assinado por mim, Gustavo Melo Gonçalves (procurador). O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido agradeço antecipadamente,

Valdivan Batista Brito

VALDIVAN BATISTA BRITO

CPF: 706.079.614-22

Gustavo Melo Gonçalves

GUSTAVO MELO GONÇALVES

CPF: 629.732.153-15

Procurador

16 JAN. 2019

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: *valdinei Batista Soárez*

DA CLÍNICA *Cirurgica* RNFERMARIA *95*
A CLÍNICA *cardiolog* LEITO *CC*

MOTIVO DA CONSULTA: *(ESPECIFIQUE OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEA OBTER E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)*

DATA: *14/12/2020*

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE: *ASL-0367415/18 dayene.lobato 18:26:44*

PARECER: *paciente com queixa de dolo*
Neuro fono
Perf 110 x 70 mm
ECG = Normal
fono amigdalo = Foco x o Foco
18/09/12

DATA: *07 NOV. 2018*

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: *Y - Dr. M. C. Francisco
Gomes
CRM 1000*

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-03674 15/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-03674 15/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

94/6

Peso:	Entomia:	Lote:	Nº Peculiar:
100	Vampor Baixos Brutos	133	165 005
13109M2	Praticado Atualmente	Resposta:	Resposta:
170 x 70 mm.	Hembras	Hembras	Sexo:
	Hembras	Hembras	Abaixo:
			24000
Linha			
Al. Diagnóstico:	Muj SINA	ANM:	Brancas
Al. Controle:	n.n. 25	Microscopia	
Al. Diagnóstico:	N.N.	Carne:	Co. Urinária
Tabela de peso:	N.D.	Carcasa:	Carne
Imagem da Praticada:	Figura 1	Ex.: 87mm	Ex.: 142
Ex.: 142		Ex.: 87mm	Ex.: 142
APENDICE II	DATA:		
0	07 NOV. 2018		
50			
100			
150			
200			
250			
300			
350			
400			
450			
500			
550			
600			
650			
700			
750			
800			
850			
900			
950			
1000			
1050			
1100			
1150			
1200			
1250			
1300			
1350			
1400			
1450			
1500			
1550			
1600			
1650			
1700			
1750			
1800			
1850			
1900			
1950			
2000			
2050			
2100			
2150			
2200			
2250			
2300			
2350			
2400			
2450			
2500			
2550			
2600			
2650			
2700			
2750			
2800			
2850			
2900			
2950			
3000			
3050			
3100			
3150			
3200			
3250			
3300			
3350			
3400			
3450			
3500			
3550			
3600			
3650			
3700			
3750			
3800			
3850			
3900			
3950			
4000			
4050			
4100			
4150			
4200			
4250			
4300			
4350			
4400			
4450			
4500			
4550			
4600			
4650			
4700			
4750			
4800			
4850			
4900			
4950			
5000			
5050			
5100			
5150			
5200			
5250			
5300			
5350			
5400			
5450			
5500			
5550			
5600			
5650			
5700			
5750			
5800			
5850			
5900			
5950			
6000			
6050			
6100			
6150			
6200			
6250			
6300			
6350			
6400			
6450			
6500			
6550			
6600			
6650			
6700			
6750			
6800			
6850			
6900			
6950			
7000			
7050			
7100			
7150			
7200			
7250			
7300			
7350			
7400			
7450			
7500			
7550			
7600			
7650			
7700			
7750			
7800			
7850			
7900			
7950			
8000			
8050			
8100			
8150			
8200			
8250			
8300			
8350			
8400			
8450			
8500			
8550			
8600			
8650			
8700			
8750			
8800			
8850			
8900			
8950			
9000			
9050			
9100			
9150			
9200			
9250			
9300			
9350			
9400			
9450			
9500			
9550			
9600			
9650			
9700			
9750			
9800			
9850			
9900			
9950			
10000			
10050			
10100			
10150			
10200			
10250			
10300			
10350			
10400			
10450			
10500			
10550			
10600			
10650			
10700			
10750			
10800			
10850			
10900			
10950			
11000			
11050			
11100			
11150			
11200			
11250			
11300			
11350			
11400			
11450			
11500			
11550			
11600			
11650			
11700			
11750			
11800			
11850			
11900			
11950			
12000			
12050			
12100			
12150			
12200			
12250			
12300			
12350			
12400			
12450			
12500			
12550			
12600			
12650			
12700			
12750			
12800			
12850			
12900			
12950			
13000			
13050			
13100			
13150			
13200			
13250			
13300			
13350			
13400			
13450			
13500			
13550			
13600			
13650			
13700			
13750			
13800			
13850			
13900			
13950			
14000			
14050			
14100			
14150			
14200			
14250			
14300			
14350			
14400			
14450			
14500			
14550			
14600			
14650			
14700			
14750			
14800			
14850			
14900			
14950			
15000			
15050			
15100			
15150			
15200			
15250			
15300			
15350			
15400			
15450			
15500			
15550			
15600			
15650			
15700			
15750			
15800			
15850			
15900			
15950			
16000			
16050			
16100			
16150			
16200			
16250			
16300			
16350			
16400			
16450			
16500			
16550			
16600			
16650			
16700			
16750			
16800			
16850			
16900			
16950			
17000			
17050			
17100			
17150			
17200			
17250			
17300			
17350			
17400			
17450			
17500			
17550			
17600			
17650			
17700			
17750			
17800			
17850			
17900			
17950			
18000			
18050			
18100			
18150			
18200			
18250			
18300			
18350			
18400			
18450			
18500			
18550			
18600			
18650			
18700			
18750			
18800			
18850			
18900			
18950			
19000			
19050			
19100			
19150			
19200			
19250			
19300			
19350			
19400			
19450			
19500			
19550			
19600			
19650			
19700			
19750			
19800			
19850			
19900			
19950			
20000			
20050			
20100			
20150			
20200			
20250			
20300			
20350			
20400			
20450			
20500			



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CAIXNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome José da Silva Braga Nº portaria 103591
Data de Chegada Enf. Lacto

1st Aug 1991 100% F

Anestesia: Sí □ Nò □ Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório

Tipos de Cirurgia histerosectomia + fístula
Excar. Tum. O (extirpação do útero)

Técnicas Técnicas de Paleogeografia

František Šafářský se Ato

• Adelante Durante la Cirugía •

~~205 - COINS Int'l~~

— 02 NOV 2018

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via da Águia, 10500-270 Tomar • Portugal • Tel. +351 243 800 000 • Fax +351 243 800 001

Q Day one, 303 GFB M&T 100
Q 1st + 2nd Lysog. Curr.
Q 3rd + 4th Lysog.
Q 5th + 6th Lysog.
Q 7th + 8th Lysog.
Q 9th + 10th Lysog.
Q 11th + 12th Lysog.
Q 13th + 14th Lysog.
Q 15th + 16th Lysog.

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HONORACIO NOBREGA, 511
PATOS - PARÁ
(03)3423-2741

Prioritário: 100391 Data/Hora: 17/9/2017 08:49:28
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO)

Servidor do Dr.: _____

Paciente: VALDIVAN BATISTA BRITO Idade: 18 Sexo: M
Filho(a):
Pai: JOAO BATISTA DOS SANTOS
Mãe: MARIA DAS GRACAS BRITO

Endereço:
Cidade: SAO JOSÉ DO BONFIM - PB - 58725-000 - 2514602
Endereço: SITIO PAU D'ARCO
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: SAO JOSÉ DO BONFIM - PB
Foto: 82931679808

Documentos:
RG: 205-0005-6141-3457
Identidade: 4190405 SSPPB
CPF: _____
Lug. Nasc: _____

Inscrições Adicionais:
Nascimento: 02/10/00
Cor: PARD
Estado Civil: CASADO
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: 2. Matheus de Lima Britto

ANAMNESE: (História da Melhoria atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Vítima oriente da lesão.

EXAMES CIRÚRGICOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dors + exame intrínseco + DF ferri. 225

Dors

RX Dors (E) Dors

Folha tira luxação (E)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

07 NOV. 2018

Diagnóstico:

Motivo da Ata:

Resultado: () Saia Curado () Morto/Óbito () Falecido () Transferido Em: 22 / 07 /17

Receptorista: ISRAEL

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOSBREGA, 3/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 100591
Ocorrência: DOR NA PERNAS
Classif. Risco: VERDE Transporte: TRANSPORTE PAGO
Origem: PROPRIA RESIDENCIA
Servidor do Dr.: _____ Reg. N. Enc. N.
Patiente: VALDIVAN BATISTA BRITO Idade: 19 Gênero: HOMEM CIS
Filiação: _____
Filiação I: MARIA DAS GRACAS BRITO
Filiação II: JOAO BATISTA DOS SANTOS
Endereço: _____
Cidade: SAO JOSE DO BONFIM - PB - 58725-000 - 2514602
Endereço: SITIO PAU DARCO N. :
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: SAO JOSE DO BONFIM - PB
Fone: (83)98113-2147
Documentos: _____
CNS: 705-0000-6541-8457
Identidade: 4190405 SSPPB
CPF: _____
Reg. Nasc: _____
Informações adicionais: _____
Nascimento: 4/2/1999
Cor: PARCA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: ESTUDANTE
Responsável: Valdivan gente Batista Britto
ANAMNESE / (História da Molestia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)
Uma vez se queixou de dor na perna (lado esquerdo) 09 meses.
EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)
Dor + limitação física Pernas @
EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)
Diagnóstico: Pseudoartrose lombar @ CIO: _____
DADOS DA SAÍDA Data: 02/12/2020 Hora: ____ H ____ Min
Motivo: Alta Curado Alta Melhorado Alta a pedido Transfência Evasão Óbito
Médico/CRM: _____
Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Vilma Ribeiro	Nº prontuário
Data da Cirurgia	18/12/2020	Enf.
Cirurgião	Dr. D. Lúcio	Leito
Anestesista	Dr. Lúcio	1º Auxiliar
Diagnóstico Pré-Operatório	Trabalho de Brinco	
Type da Cirurgia	(SEGURO ANTERIOR)	
Diagnóstico Pós Operatório	Trabalho de Brinco	
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

Porta 1	5	+
Assento	4	+
Incisão	5 cm	+
Tecido	muscular	+
Sutura	anterior	+

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
IANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SUS

Unidade

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: José Vitor Batista Britto

DA CLÍNICA 01º Piso
A CLÍNICA Camila Voscomi

ENFERMARIA F
LEITO V

MOTIVO DA CONSULTA:
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO
E AS SÍMPTOMAS PRINCIPAIS DO ENFERMO)

Ecos + limbus furan MS APG
Ths cintilite Psorase 173 JOSE F. GESSNER LIMA
Ortopedia e Traumatologia
CRMESP

05/10/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

09h - Consultado a direção. N. 11:35h a
salvo, a mesma informação que no dia
20/10/2020 num Vareltor, pois ele já está estabe-
lecido e deixa entregar a exata.

14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18

dayene.lobato

08:30h - Médico que deu a alta hospitalar está
sente, deste parecer.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:26:44

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
DATA	MES	ANO	REGISTRO	GOVERNO DO MARANHÃO SECRETARIA DE SAÚDE	
05	03	2003	19	100546	
CIRURGIA		CIRURGIA		HOSPITAL REGIONAL DR. JACINTO CAVALHEIRO	
TTO emprisco de recto		Mantido			
RESUMO		INTERVENÇÃO			
INTERVENÇÃO:		DATA:	HORA:	PER:	
Teto		03/03/2003	11:45		
MATERIAL					
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL		
	TX. de Instrumentador	1	Equipos p/ Jornada cirúrgica		
	TX. Caposcópio		Bata		
	TX. Bomba de infusão		Larva Est. p/ Procedimentos		
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de bisturi		
	TX. Monitor Cardíaco-Respiratório		Sonda de Foley		
	TX. de Lâser		Colher de Urina		
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml		
	TX. de Injetação E. Venical		Seringa 5 ml		
	TX. Saia	1	Seringa 8 ml		
	TX. Bistur Láserico		Seringa 10 ml		
	TX. Aspirador Mecônico		Seringa 20 ml		
	TX. Colímetro de Pulso		Biotredos desc.		
	Radicam		Altura da Crepom 10cm		
	Hifocand		Altura da Crepom 20cm		
	Endoscópico		Altura Grossada 10cm		
	Caudilho		Sonda Urinária		
	Panceta		Sonda Recogestática		
	Coagulante		Ester Sulfúlico		
	Fenolato Sulfônico		Drena Peritoneal		
	Zincogel 1 a 5%		Drena Blástico		
	MGSS		Drena de Tórax		
	Zincogel 2%		Espancador		
	Eletrocauté		Miondes Baf		
	Ketolar		Alcool 70%		
	Polivinilalina 3,5%		PVP Tintura		
	Glucot		Gizim		
	Laxatada 0,5ml		Algida Hidratante		
	NPF - n		Algida Ortopédica		
	Forame		Cida		
	Sulfato		Vedação têxtil		
	Disparas	1	Algida descrevável		
<input checked="" type="checkbox"/>	Água desinfetada 10ml		Fardela de Forneir		
	Prostigmine		Flx Cromado 0,5 c/ agulha		
	Atropina		Flx Cromado 0,5 c/ agulha		
	Adrenalina		Flx Cromado 1 c/ agulha		
	Efetol		Flx Cromado 1 c/ agulha		
<input checked="" type="checkbox"/>	Catgut 11g		Flx Cromado 2-0 c/ agulha		
<input checked="" type="checkbox"/>	Gipsi		Flx Cromado 3,0 c/ agulha		
	Plastil		Cat-gut simples 0 c/ agulha		
<input checked="" type="checkbox"/>	Dispersa		Cat-gut simples 0,5 c/ agulha		
	Esputa 5000 ml		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha		
	Titafil		Cat-gut síntesis 2-0 s/ agulha		
	Anticicatriz 500mg		Cat-gut 2-0 s/ amigdala estéril		
	Agulha de Rágue Descontorcido		Cat-gut elástico 3-0 c/ agulha		
	Albolite 26 e 22		Polycot 0 c/ agulha		
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha		
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha		
	Polycot 3-0 c/ agulha		Protex 2-0 c/ agulha		
	Prelato 0 c/ agulha		<input checked="" type="checkbox"/> my 6- 2,0		



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2018 constatei a Ocorrência Policial nº 017/2018 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos três dias do mês de outubro do ano de dois mil e dezoito nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. WENDER GOMES BORGES DE ARAÚJO, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 09h40min compareceu: VALDIVAN BATISTA BRITO, brasileiro, nascido aos 04/02/1999, solteiro, agricultor, natural de São José do Bonfim/PB, filho de João Batista dos Santos e de Maria das Graças Brito, residente no Sítio Pau Darco, zona rural – São José do Bonfim-PB. Para informar a seguinte ocorrência: QUE na data de 17/09/2017 por volta das 07h30min, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan, cor preta, placa NPW0286/PB, ano de fabricação e modelo 2009, chassi 9C2JC41109R072217, licenciada em nome de Valdeci Batista Brito, quando na entrada da cidade de Mãe D'Água/PB, foi atingido por outra motocicleta que trafegava na contra mão; QUE com o impacto o noticiante foi lançado no calçamento e perdeu os sentidos, só os recobrando quando já se encontrava no Hospital Regional de Patos/PB; QUE sofreu fratura exposta na perna esquerda e fratura na clavícula esquerda; QUE não sabe informar quem colidiu com o noticiante em virtude do condutor da outra motocicleta ter fugido do local sem prestar socorro ao noticiante. E nada mais foi registrado. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco anos).-

Mãe D'Água-PB, 03 de outubro de 2018.

NOTICIANTE: Valdivan Batista Brito

14/12/2020 18:26:07
JANDUILMA GUEDES DE F. RODRIGUES

Escrivão de Polícia Civil
Mat. 139.419-3

DOCUMENTO ORIGINAL

14/12/2020 18:26:07
05 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Gustavo Melo Gonçalves inscrito (a) no CPF/CNPJ 629.732.153/15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edlidian Batista Brito inscrito (a) no CPF sob o N° 306.079.614/22, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Edlidian Batista Brito, inscrito (a) no CPF sob o N° 306.079.614/22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Santa Luzia	Número	5/N	Complemento
Bairro	Belo Horizonte	Cidade	Ratos	Box 05
Email	0	Telefone comercial (DDD)	(83)9.9382-8362	Telefone celular (DDD) (83)9.9611-2684

Ratos - PB de 04 de Outubro de 2018

Local e Data

05 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Gustavo Melo Gonçalves

Assinatura do Declarante

SUS	ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE	
CNES:	300473 CNPJ: 08.776.202/0001-79	
NOOME:	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDIÚHY CARMÉLIO	
ENDEREÇO:	RUA HORACIO NORRÉGAA, S/N	
CIDADE:	PATOS	
	ESTADO: PARAÍBA	
	DE: 25	
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
PAUTA:	VALDIVAN BATISTA BRITO	
MUN:	MARIA DAS GRACAS BRITO	
Ano:	1/2/1980 Idade: 18	
Profissão:	ESTUDANTE	
Endereço:	SITIO PAU BARCO	
Bairro:	ZONA RURAL	
Cidade:	SAO JOSE DO BONFIM - PB - 58725-000	
CNS:	705-000-6641-8457	
CPF:	Reg. FASEC	
Data / Hora:	17/9/2017 09:13:16	
PESO:	PA:	TEMP:
ANAMINSE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)		
Paroxismo de dor abdominal constante duração 10 dias, intensa, apertante, retrostomachal. febre, fadiga, anorexia, constipação		
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)		
RESULTADOS		

23 OUT. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdeci Batista Brito

RG nº 3.1988.518, data de expedição 30/08/2017

Órgão SSP, portador do CPF nº 30102060401, com

domicílio na cidade de SÃO JOSÉ DO BONFIM, no Estado de

PACARIBA

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SIT PÂU D'ARCO, S/N, Área Rural, 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

Valdeci Batista Brito, cujo o condutor era

Valdeci Batista Brito

Veículo: Moto

Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS

Ano: 2009

Placa: NFW 0286/DB

Chassi: 9G2FC41109R072217

Data do Acidente: 17/09/2017

Local e Data: Porto/PB 02.10.2018

Valdeci Batista Brito

Assinatura do Declarante

Valdeci Batista Brito

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

Reconheço por AUTENTICIDADE(S) a firma(s) de

Valdeci Batista Brito.

Em atesto da verdade,

São José do Bonfim-PB 21/10/2018

Afonso Medeiros da Silva
Tabellão

Selo Digital: AGO 3627 - 5 TN I
Consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tjpj.jus.br>

05 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

DENATRAN

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE
DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: COD. REN. PRT 20170000059300
1 · 0015247765-9 00/00000000 2017

Nº 012896415213

VALDECI BATISTA BRITO

CPF/CNPJ

70102060401

PLACA

NPW0286/PB

PLACA ANTO/UF

NOVO - PB

CHASSI

9G2JC41109R072217

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS / MOTOCICLE / NÃO APLIC

GASOLINA

MARCA MODELO

ANO FAB. - ANO MOD.

HONDA/CG 125 FAN KS

2009 2009

CAP / POT / CIL.

2 P/124 /CI

CATEGORIA

COR PREDEFINIDA/INTERNA

PARTIC

PRETA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC. COTAS

FAXA LIVRA

PAR. PAGAMENTO / COTAS

A

00/00/0000

1°

0

2°

0

3°

PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$)

ICF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

***** SECUR P A G 022/02/2017

LESEN VACOS

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

DATA

24/02/2017

3885

SAO JOSE DO BONFIN - PB

14303



05 OUT. 2018

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Eduardo Batista Brito</i>	706.079.614-22	17.09.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

Patos - PB, 04 de Outubro de 2018

Local e Data

Eduardo Batista Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROCURACÃO

OUTORGANTE: VANESSA BATISTA BEIRO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão REDAZOU, CI RG nº
4.190.405, CPF/MF nº 706.079.614-22, residente e domiciliado(a)
à Rua SIT. Pau D'aco, s/n, Área Rural, Cidade de
São José do Bonfim, Estado Piauí, CEP:
59725-000, telefone (83) 9.9611.2684, (83) 9.9382.8362.

OUTORGADO: Gustavo Henrique Guimarães CNPJ/CPF 62.973.153-15
sob o n.^o 200.300.261/9847, com endereço profissional à
Rua Santa Lúcia, Box 05, Belo Horizonte, na cidade de
Patos, Estado do Pará.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Reconheço por AUTENTICIDADE(S) a firma(s) de
VALDIREN BRUNA BRITO

Em atesto da verdade

São José do Bonfim-PB 02/10/2018

Amphibolite

Selo Digital: AGO 36326-1 XGR
Consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Afonso Medeiros da Silva
Tabellão

Prov. Pb, 01 de Agosto de 2018.

DOCUMENTO ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dayene Batista Brito

RG nº 4.190.405, data de expedição 17/09/2013 Orgão SSP,

CPF nº 706.079.634-22, 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)	Sítio Pau D'arco
Número	51/N
Apto / Complemento	
Bairro	Área Rural
Cidade	São José do Bonfim
Estado	Paraíba
CEP	58725-000
Telefone de Contato	(83) 9.9382-8362 / (83) 9.9611-2684
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ratos - PB 04.10.2018

Assinatura do Declarante: Dayene Batista Brito

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gustavo Melo Gonçalves,

RG nº 30300002019347, data de expedição 21/01/2003 Órgão SSP,

CPF nº 629.732.553-35, 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 Santa Luzia</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>Box 05</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Ratos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58704-250</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9382-8362 / (83) 9.9651-0684</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ratos - PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Gustavo Melo Gonçalves

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

ANGELINO QUEIROZ VILAR
RUA SANTA LUZA, 8911 BOX 05 - BELO HORIZONTE
PATOS / PB CEP: 53704250 (AQ: 118)

Entrega: 21/09/2018 Referência Set/2018
Classe/Síntese: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Potência: 13 - 110 - 5320 Nf medidor: 00001235430

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58021-620
CNPJ/GB 056 113-0001-45 - Inscrição Estadual: 14.016.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrica N° 012.798.671
Cód. para Data Automática: 00012345678

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

Conta referente a Apresentação
Set / 2018 21/09/2018

Data prevista da
próxima leitura
23/10/2018

CPF/ CNPJ/ RANI
371.834.697-72
nsc Est

UC (Unidade Consumidora):

5/1268637-4

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
23/08/18	10.94	21/09/18	10.92	29
Demonstrativo				
Consumo (kWh) - Valor (R\$) - Taxa (R\$) - Taxa Corr. (R\$) - Coeficiente				
880: Custo de Distribuidade		21,72	21,72	19
889: Adm. B. Vermelha		1,93	1,93	19
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
888: CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	3,14	0,00	0	0,00
889: COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC 01/2018	-0,48	0,00	0	0,00

CCO: Código de Classificação do Ativo TOTAL: 28,31 23,85 4,21 23,20 0,19 0,87

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
28/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 26,31

Histórico de Consumo (kWh)
55 | 269 | 196 | 62 | 101 | 73 | 183 | 183 | 183 | 187 | 133 | 12
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

93e9.5610.0668.4d4b.1baf.8ab0.f940.8e9f.

Indicadores de Qualidade 7/2018-Publ

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCM/MINSA	6,25	4,20
DIC TRIMESTRAL	12,06	NOMINAL
DIC ANUAL	14,12	220
FE MENSAL	2,42	1,00
FE TRIMESTRAL	6,85	CONTRATADA
FE ANUAL	12,70	LIMITE INFERIOR
DMC	2,94	LIMITE SUPERIOR
GCR	2,22	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Gravatas de Cofre da Energisa/PB	5,98	22,27
Compra de Energia	10,01	37,35
serv. 1 de Transmissão	0,82	3,14
Encargos Serviços	1,42	5,20
Impostos Diretos e Encargos	0,45	1,68
Outras Serviços	0,00	0,00
Total	26,78	100,00

Valor da Fatura (Ref 7/2018): R\$ 26,78

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a manutenção, a suspensão ou fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Res. 0363-Branco-Av. placa 28/08/18-Rcs ANEEL nº 2.435-Branco Tensão 15,41% Médio
Res. 0363-Branco-Av. placa 28/08/18-Rcs ANEEL nº 2.436-Alta Tensão 16,79% Médio
- Levar à identificação

Faturas em atraso

Jun/18 158,06

PARADA

Rodízio: 13 - 110 - 030 - 5320
Matrícula: 1268637-2018-09-5

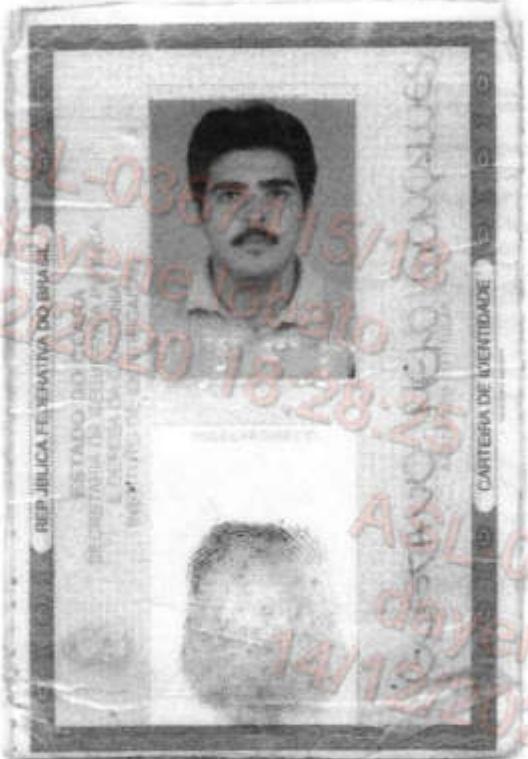
VENCIMENTO
28/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 26,31

83630000000-4 26310054000-8 12686372018-4 09500118019-9



05 OUT. 2018



ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:28:25



ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22

05 OUT. 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIVAN BATISTA BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000186237-1

Nr. da Autenticação 6E0280D33EBFDA41