

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 ABDUTORA 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 TÍBIA 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

Edilvânio Batista Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Edilvânio Batista Brito		CPF titular da conta 706.079.634-22	Profissão Recusou
Endereço Sítio Pau Branco		Número S/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade São José do Bonfim	Estado Paraíba	CEP 58725-000
Email		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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 043 D/V ☐ CONTA NRO. 186237 D/V 1
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D/V 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.

Ratos-PB, 04 de outubro de 2018

Local e Data

05 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Edilvânio Batista Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESPECIALISTA EM ORTOPEdia, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

03 JAN 2019

Genio Guy W. Araujo
CRM 13257 CBO 223146
Ortopedia/Traumatologia
CNS 256700107-10000

Rua Bossuet Wanderley, 433
Centro - Patos-PB.

CARTA A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

Patos/PB,

15 de janeiro de 2019.

Sis-DPVAT: **3180470667**

INVALIDEZ

VÍTIMA: **VALDIVAN BATISTA BRITO**

CPF: **706.079.614-22**

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 perícia 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

CPF: **706.079.614-22**



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

07 NOV 2018

RESULTADOS

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TPQS)

AVANÇADO EXAME FÍSICO (TPQS)

PESO

DATA (TPQS)

CPF

CNS

COISA

BAIXA

SITIO PAU DAIACO

ESTADANTE

VALDIVIAN BATISTA BRITO

ACIDENTE DE TRANSPORTE (MOTO)

CIDADE

ESTADO

INSCRIÇÃO

REGISTRO

CPF

DATA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ESTADO DA PARADA - EXCEL TABELA DE SAUDE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARACTER DO ATENDIMENTO

PROCEDIMENTO DESCRITO

DIAGNOSTICO

MEDICACAO

ENCAMINHAMENTO

SERVICOS REALIZADOS CUIDADO / PROCEDIMENTO

REVISADO

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - LERNO

ASS. REVISOR TECNICO - GABRIEL

ASS. REVISOR GERAL - DAYENE LOBATO

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. JANDUIH CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Valdineia Zúñiga Bate</u>	
DA CLÍNICA <u>Cirurgia</u>	ENFERMARIA <u>92</u>
A CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	LEITO <u>06</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <small>(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO CONDIÇÃO)</small>	
DATA: <u>07 NOV 2018</u>	
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER: <u>Paciente sem queixas Cardíacas</u> <u>Mapa Caminho do</u> <u>Pa 110 x 70 mm</u> <u>ECG = Normal</u> <u>Risco Cirúrgico = Baixo Risco</u>	
DATA: <u>18/09/17</u>	
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

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

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

[illegible]



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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome	Jandúhy Carneiro		Nº prontuário	103591
Data da Cirurgia	Enf.	Leito		
Cirurgião	D. José Sousa		1º Auxiliar	A. Wagner Tavares
Anestesiologista	D. Gerson			
Diagnóstico Pré-Operatório	Fim da fase pré-operatória			
Tipo de Cirurgia	Ligadura de vasos + fístula			
Diagnóstico Pós-Operatório	DM 35			
Resumo imediato do Patologista				
Exame Radiológico no Ato				
Acontece Durante a Cirurgia	cas. G. G. Infortunado			

07 NOV. 2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Táticas e Técnicas - Ligaduras - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1. Pat. mi. 83 G. G. Infortunado
2. Ligadura + fístula + fístula
3. Ligadura + fístula + fístula
4. Ligadura + fístula + fístula
5. Ligadura + fístula + fístula



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOGUEIRA, S/N
PATOS PARAIBA (53)3423-2741

Prontuário: 100091

Data/Hora: 17/9/2017 08:49:28

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Servidor do Dr:

Paciente: VALDIVAN BATISTA BRITO

Idade: 18 Sexo: M

Pai: JOAO BATISTA DOS SANTOS
Mãe: MARIA DAS GRACAS BRITO

Endereço: SAO JOSE DO BONFIM - PB - 58725-000 - 2514602
Cidade: SITIO PAL DARGO N:
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: SAO JOSE DO BONFIM - PB
Fonte: 82981629806

Documentos:
NIS: 705-0005-6141-3457
Identidade: 4190405 SSPPB
CPF:
Log. Nome:

Informações pessoais:
Nascimento: 02/10/98
Cor: PARDADA
Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: *[assinatura]*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Últimos episódios de tontura

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

Dois exames importantes + Defecções

Van @

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratório)

07 NOV. 2018

RX Van @

Fórmula Van @

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saneado (x) Melhorado () Falecido () Transferido Em: 22/09/17

Recepcionista: ISRAEL



HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Atendimento: 014
Prontuário: 25

Cód. Intern. 31279

Data/Hora 26/6/2018 08:57:03

Prontuário: 100581
Ocorrência: DOR NA PERNA
Classif. Risco: VERDE Transporte: TRANSPORTE PAGO
Origem: PRÓPRIA RESIDÊNCIA

Reg. N. Enc. N.

Servidor do Dr.:

Paciente VALDIVAN BATISTA BRITO

Idade: 19 Gênero: HOMEM C/S

Filiação I: MARIA DAS GRACAS BRITO
Filiação II: JOAO BATISTA DOS SANTOS

Endereço:
Cidade: SÃO JOSE DO BONFIM - PB - 58725-000 - 2514602
Endereço: SÍTIO PAU DARCO
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: SÃO JOSE DO BONFIM - PB
Fone: (83)98113-2147

Documentos:
CNS: 705-0006-6541-8457
Identidade: 4190405 3SPPB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações pessoais:
Nascimento: 4/2/1999
Cor: PARÇA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: ESTUDANTE

Responsável: Maria gente Batista Brito

ANAMNESE/História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários

Último 25 dias de dor na perna (Hx)
09 meses

EXAMES OBJETIVOS: (inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Dor + limitação funcional Perna (E)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: Pseudo tumor (E)

CID:

DADOS DA SAÍDA

Data: 07/07/2018

Hora: H Min

Motivo: () Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfêrência () Evasão () Óbito

Médico/CRM

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Valmar R. R. F.	Nº prontuário
Data da Cirurgia: 05/07/18	Enf.
Cirurgião: Dr. João	1º Auxiliar: Dr. Paulo
Anestesiista: Dr. Tris	Tipo de Anestesia: Geral
Diagnóstico Pré-Operatório	
Fratura do fêmur	
Tipo de Cirurgia: (Pseudoartrose)	
Diagnóstico Pós-Operatório	
H. comp.	
Relatório Imediato do Patologista	
Exame Radiológico no Ato	
Acidente Durante a Cirurgia	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
1) Ponto de acesso
2) Anestesia + infiltração
3) Incisão e exposição
4) Fixação da placa + parafusos
5) Sutura e curativo

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

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

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

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

REQUISIÇÃO DE PARECER

Unidade

NOME:	Vitorino Batista Brito	
DA CLÍNICA	Orto Par	ENFERMARIA
A CLÍNICA	Cirurgia Vascular	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E RELATAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
Edema + limbo + fístula MS @, após a cirurgia. Pós-operatório 12 @ 05/07/18		
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER:	OBS: Notificado a direção, às 11:35h, a qual, a quem informou que os dados não estavam, pois a paciente estava de férias e de fato entregou a mesma. Rafael Medeiros CRM 90311-5	
08:30h - Médica que deu a alta hospitalar esta ciente, deste parecer. Rafael Medeiros		
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

NOME: <u>Valdivano Brito Brito</u>		GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE	
CL: <u>3º</u>	DATA: <u>03</u>	DIAGNÓSTICO: <u>Sus</u>	REGISTRO: <u>100594</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Manoel de Jesus</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Manoel</u>	
HISTÓRIA: <u>Reuma</u>		HISTÓRIA: <u>(1)</u>	
NOTA DE SALA: <u>Tubo</u>	DATA: <u>23/04/14</u>	DE: <u>U. 2º</u>	PR: <u>SL</u>

HOSPITAL REGIONAL
DEPARTAMENTO JARDIM

MATERIAL		MATERIAL	
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de torçometalizador	1	Equip. p/ foto e raios
	TX. Capelógrafo		Equip.
	TX. Bomba de infusão	1	Linha Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sonda		Linha de Sonda
1	TX. Monitor Cardíaco-Respiratório		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação E. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oximetro de Pulso		Eletródios desc.
	Aspirador	1	Atadura de Crepom 10cm
	Holter		Atadura de Crepom 20cm
	Trincheira		Atadura Oxiada 10cm
	Coque		Sonda Unidistal
	Parafuso		Sonda Necrogástrica
	Esponja		Car. Sulfúrico
	Perf. Sonda		Drain. Pericoma
	Xilocaína a 5%		Drain. Bistão
	Alcool		Drain. de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodolac		Algodão 100%
	Ketalar		Algodão 70%
	Polioxalona 8.8%		PVP 100%
	Clorox		Gaze
	Linha 0.5ml		Algodão 100%
	NPR-1		Algodão 100%
	Perf. Sonda		Algodão 100%
	Guante		Algodão 100%
	Clorox		Algodão 100%
1	Água destilada 10ml		Algodão 100%
	Protetor		Algodão 100%
	Alcool		Algodão 100%
	Adrenalina		Algodão 100%
	Etil		Algodão 100%
1	Cetona 10g		Algodão 100%
1	Clorox		Algodão 100%
	Plast		Algodão 100%
	Dipirona		Algodão 100%
	Esponja 500 VI		Algodão 100%
	Tirol		Algodão 100%
	Amoxicilina 500mg		Algodão 100%
1	Agulha de Raque Descartável		Algodão 100%
	Alcool 30 e 32		Algodão 100%
	Polycot 0 n/ agulha		Algodão 100%
	Polycot 2-0 n/ agulha		Algodão 100%
	Polycot 3-0 n/ agulha		Algodão 100%
	Polycot 4-0 n/ agulha		Algodão 100%

L. mylen 2.0

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

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

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

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



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

JANDUILMA GUEDES DE F. RODRIGUES

Escrivã de Polícia Civil

Mat. 139.419-3

DOCUMENTO ORIGINAL

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 Saldivan Batista Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 306.079.614/22, do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Saldivan Batista Brito, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 <u>Rua Santa Luzia</u>		Número <u>51N</u>	Complemento <u>Box 05</u>
Bairro <u>Belo Horizonte</u>	Cidade <u>Ratos</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58704-250</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(83)9.9382-8362</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)9.9611-2684</u>

Ratos - PA, 04 de Outubro de 2018

Local e Data

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

Gustavo Melo Gonçalves

Assinatura do Declarante

SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 3005473 CNPJ: 08.776.209/000179
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
 ENDEREÇO: RUA HORACIO NORRIEGA, S/N
 CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: VALDIVAN BATISTA BRITO
 Mãe: MARIA DAS GRACAS BRITO
 Nascimento: 4/2/1980 Idade: 18 Sexo: M
 Profissão: ESTUDANTE
 Endereço: SÍTIO PAU BARCO
 Bairro: ZONA RURAL
 Cidade: SÃO JOSÉ DO BONFIM - PB - 58725-000 - 2514-02
 CNE: 705-0006-6641-8457 Identidade:
 CPF: Reg. 6.556.1
 Data / Hora: 17/09/2017 09:13:16 Recreio: ALANE
 Ficha Número: 222493

PESO: PA: TEMP: 100591

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

LISTA DE MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

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

04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES OU MEIOS QUÍMICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNOSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ 1 - PRESCRITA
☐ 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO
☐ INTERAGIÇÃO

SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1	✓	3	✓	6	✓	1	✓	1	✓	1	✓	7	✓	2	✓
2															
3															

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbo

Médico / Com / Cns

FRANCISCA DONALLY MELO SANTOS - 7184 - 123-4567-8910-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Valdivan Batista Brito
 ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

REVISADO

EM 1/10/2017
Poder Judiciário

23 OUT. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALDECI BATISTA BRITO,
RG nº 3.988.518, data de expedição 30/08/2017,
Órgão SSP, portador do CPF nº 701.020.604.01, com
domicílio na cidade de SÃO JOSÉ DO BONFIM, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SIT. PAU D'ARCO, S/N, ARCA 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 VALDIVAN BATISTA BRITO, cujo o condutor era
VALDIVAN BATISTA BRITO.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS
Ano: 2009
Placa: NPW 0286/PB
Chassi: 9C2FC41109R072217
Data do Acidente: 17.09.2017
Local e Data: PAU/PB 02.10.2018

Valdeci Batista Brito
Assinatura do Declarante

VALDIVAN 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, _____ dou fé

São José do Bonfim-PB 02/10/2018

Afonso Medeiros da Silva
Tabellão

Selo Digital: AG036327-5 TNI
Consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:48

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:48

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB Nº 012896415213	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	COD. RENAVAM
1	0015247765-9
00/00000000 2017	
NOME	
VALDECI BFTISTA BRITO	
CPF / CNPJ	PLACA
70102060401	NPW0286/PB
PLACA ANT. / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2JC41109R072217
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS	2009 2009
CAP. POT. / CL	CATEGORIA
2 P/124 /CI	PARTIC
COTA UNICA	VENIC. COTA UNICA
00/00/0000	1º
FAXA UNICA	PAR. PLACAMENTO / COTAS
0	2º
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)
*****	0
PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SECURE P A G O 22/02/2017
SEM RESERVA DE DOMINIO	
NAO VAL. PARA TRANSFERENCIA	
0	
SAO JOSE DO BONFIN-PB	
14303	24/02/2017
3885	

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:48

ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:48

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

Saldivan Batista Brito

CPF da Vítima

706.079.614-22

Data do Acidente

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

Saldivan Batista Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SUS - ESTADO DA PARANÁ - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CRM: 305475 CNPJ: 05.776.209/00.079
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUARY GARNIERO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARANÁ

ACIDENTADO ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Nome: VALDIVAN BATISTA BRITO

Nº: MARIA DAS GRACAS BRITO

Data de Nascimento: 12/10/89 Sexo: M

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: SÍTIO PAU BARCO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SÃO JOSÉ DO BONFIM - PR - 58.725-000

CNPJ: 705.0806-6441-6457

CPF: 17092017 09.13.16

Data de Emissão: 17/05/2017 09.13.16

Tempo: PA

PESO: 67 kg

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Medicamentos e outros

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

Caracter do atendimento

23 OUT. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALDIVAN BATISTA BRITO, brasileiro(a),
estado civil SOLTEIRO, profissão RECURSOU, CI RG nº
4.190.405, CPF/MF nº 706.079.614-22, residente e domiciliado(a)
à Rua STI. PAU D'ARCO, S/N, ÁREA RURAL, Cidade de
SÃO JOSÉ DO BONFIM, Estado PARAÍBA, CEP:
59.725.000, telefone (83) 9.9611.2687, (83) 9.9382.8362.

OUTORGADO: GUSTAVO HENRI GONÇALVES,
CNPJ/CPF 629.732.153-15
sob o nº 200.300.201/9847, com endereço profissional à
Rua: SANTA LUZIA, BOX 05, BELO HORIZONTE, na cidade de
PATOS, Estado do PARAÍBA.

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

VALDIVAN BATISTA BRITO.

— / — / — dou fé

Em atesto da verdade.

São José do Bonfim-PB

10/10/2018

Afonso Medeiros da Silva
Tabellão

Selo Digital: AGO 36326-LXGR

Consulte autenticidade em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

PATOS. PB, 01 de Outubro de 20 18.

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

VALDIVAN BATISTA BRITO
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdivan Batista Brito,

RG nº 4.390.405, data de expedição 17/09/2013 Órgão 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)	<u>Sítio Pau D'Alho</u>
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>São José do Bonfim</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58725-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9382-8362 / (83) 9.9611-2684</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos - PB 04.10.2018

Assinatura do Declarante: Valdivan Batista Brito

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gustavo Melo Gonçalves,

RG nº 3003002019847, 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) 9.9611-2684</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ratos - PB 04.10.2018

Assinatura do Declarante: GUSTAVO MELO GONCALVES

DOCUMENTO ORIGINAL

05 OUT. 2018

ANGELMO QUEIROZ VILAR
RUA SANTA LUCIA, 1961 BOX 65 - BELA HORIZONTE
PATOS/PB CEP: 5304250 (AQ: 119)
Emissão: 21/09/2018 Referência: Set/2018
Classe/Usuário: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Pósto: 13 - 118 - 330 - 5320 HP medidor: 00001235430

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
RZ30, Km 25 - Crista Redentora - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ: 06.182.000/0001-40 Insc. Est. 18.016.620-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 013.738.671
Cód. para Deb. Automático: 00012354374

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Set / 2016 21/09/2018 23/10/2018 371.634.697-72
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1268637-4

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/08/18	10184	21/09/18	10192	29

Demonstrativo									
Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Custo	Alíq. (R\$/kWh)	Base Calc. (R\$)	Valor (R\$)	Parcela (R\$)	Valor (R\$)
080 Custo de Otimização			27,72	21,72	1,8	3,90	21,72	0,18	5,80
090 Adic. B. Vermeha			1,93	1,93	0,30	1,93	0,01	0,01	0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
080 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			3,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
090 COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMC 07/2018			-0,46	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

COI Cédulo de Cotação de Energia TOTAL 26,31 23,85 4,20 23,85 0,18 0,87

Média Últimos meses (kWh) 101
VENCIMENTO 28/09/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 26,31

Histórico de Consumo (kWh)

55	259	195	82	101	73	153	183	183	187	133	72
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

93e9 5610.0868.4d4b.1ba0.8ab0.f940.8e9f.

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Patos

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCM ANUAL	6,00	4,20	NOMINAL 220
DCI TRIMESTRAL	12,06		
DCI ANUAL	24,12		
FCI ANUAL	2,42	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 330
FCI TRIMESTRAL	6,05		
FCI ANUAL	12,10		
DMC	7,54	4,20	
DCI	11,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Cálculo e Engenharia	5,38	22,37
Compra de Energia	10,01	37,89
Serviços de Transmissão	0,82	3,11
Encargos Setoriais	1,42	5,36
Encargos Distribuição e Encargos	9,45	35,84
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	26,79	100,00

Valor em Euros (Ref 7/2018) - R\$ 56,25

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Res. Inter Tarifário - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.435 - Bateria Tarifária 15,41% Médio
Res. Inter Tarifário - Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.435 - Alta Tensão 19,75% Médio
- Lançamento em atraso

Faturas em atraso

Jun/18 158,08

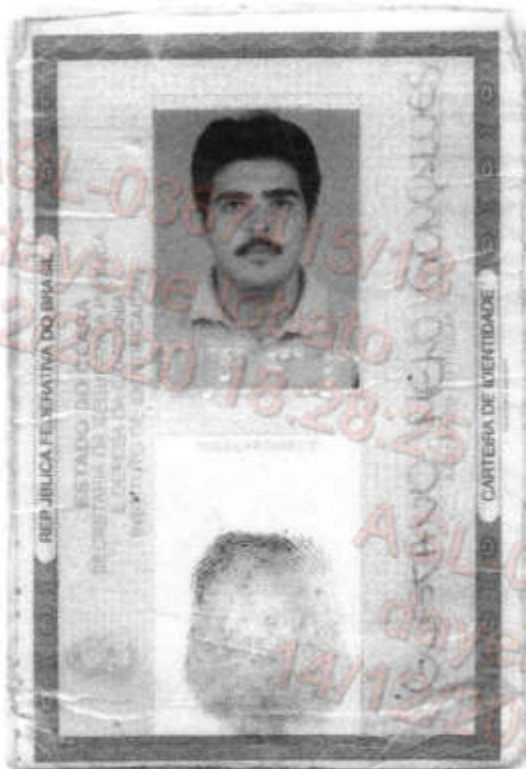
PARAIBA

Res. Inter 13 - 118 - 330 - 5320 VENCIMENTO 28/09/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 26,31
Mat. f. 1268637-2018-09-5

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



05 OUT. 2018



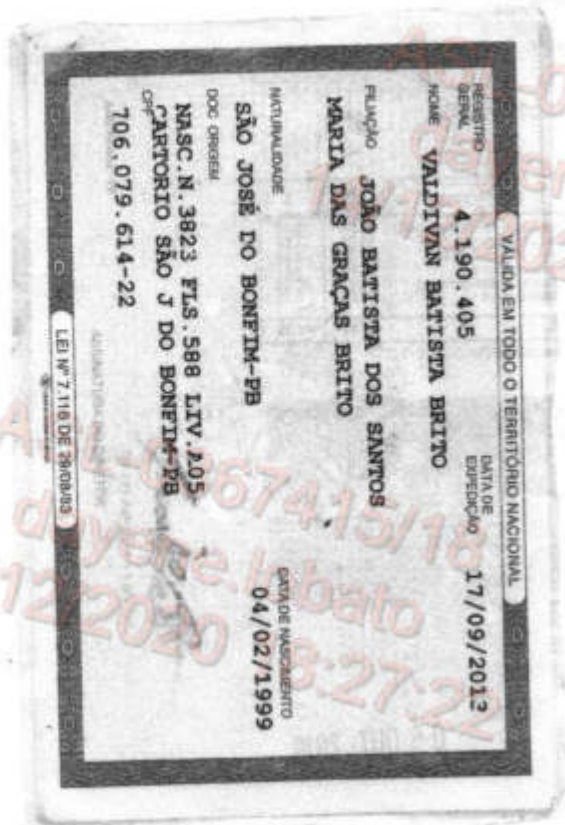


ASL-0367415/18
dayene.lobato
14/12/2020 18:27:22

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

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

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