

---

**Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190597205**

**Vítima: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA**

**Data do Acidente: 15/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JUAREZ ANASTACIO DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597205

Vítima: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000095075-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.937.374-01 4 - Nome completo da vítima: Guariz Anastácio de Lima

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

5 - Nome completo: Guariz Anastácio de Lima 6 - CPF: 055.937.374-01  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Daniel Toscano 9 - Número: 578 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Maratara 13 - Estado: PR 14 - CEP: 57282-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 9 86634900

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0044 ☐ CONTA: 95075 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 22/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CAIXA**

POUPANÇA



603689 0010 54536 0679

UAREZ ANASTACIO DE LIMA

0044 013 00095075-2 12/20

MasterCard

débito







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 11825.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11825.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:27 horas do dia 10 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Juarez Anastacio de Lima**, CPF nº 055.937.374-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Creuza Maria da Conceição e Joaquim Anastacio de Lima, natural de Mataraca/PB, nascido(a) em 14/08/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Daniel Toscano, Nº 578, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Mataraca/PB, telefone(s) para contato (83) 98872-0085.

**Dados do(s) Fatos:**

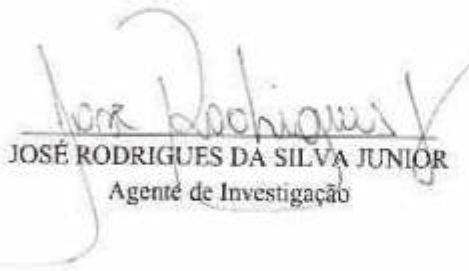
Local: Rodovia Pb 065, Mataraca/pb, Mataraca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/06/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

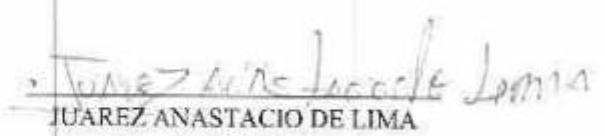
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

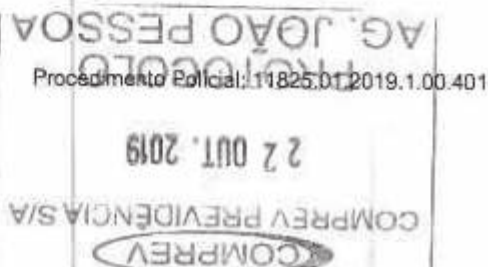
QUE NO DIA 15/06/2019, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR PRETA, ANO 2004, PLACA MMY-9653/PB, CHASSI 9C2KC08504R002904, NA RODOVIA PB 065, ALTURA DA CIDADE DE MATARACA/PB, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO SAIU DE UMA VIA VICINAL E CRUZOU EM FRENTE A ESTE NOTIFICANTE, VINDO A PROVOCAR UMA COLISÃO; QUE FOI SOCORRIDO AO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUITA ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE CHEGOU NO DIA 16/06/2019, POR VOLTA DAS 06:29, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 16/06/2019, CONFORME CERTIDÃO 1564/2019 ASSINADO PELA MEDICA ROSSANA DE FATIMA ARAUJO BARBOSA.

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

João Pessoa/PB, 10 de outubro de 2019.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
JUAREZ ANASTACIO DE LIMA  
Noticiante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 055.937.374-01 4 - Nome completo da vítima: Guariz Anastácio de Lima

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

5 - Nome completo: Guariz Anastácio de Lima 6 - CPF: 055.937.374-01  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Daniel Toscano 9 - Número: 578 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Maratara 13 - Estado: PR 14 - CEP: 57282-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (43) 986634900

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0044 ☐ CONTA: 95075 ☐ AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 22/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CAIXA**

POUPANÇA



603689 0010 54536 0679

UAREZ ANASTACIO DE LIMA

0044 013 00095075-2 12/20



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
22 OUT. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## CERTIDÃO

Nº. 1564/2019

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº237879 e Prontuário Nº 2019.06.1709 pertencentes ao paciente **JUAREZ ANASTACIO DE LIMA** foi atendido dia 16/06/2019 às 06h29min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros inferior esquerdo.

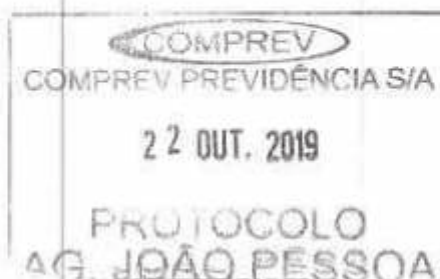
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/06/2019. Com alta médica dia 29/06/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica de Vigilância à Saúde  
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533





# 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: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000095075-2

---

Nr. da Autenticação E14A7F8A3663A75C

CREUZA MARIA DA CONCEIÇÃO  
RUA DANIEL TOSCANO 875 - CENTRO  
MATARAZO / PB CEP: 58222-010 (91, 14)

Ligação MONOFÁSICA  
Cte/Soc. RES. V.C.B. / RESIDENCIAL  
Referência Set/2019  
Med. em 03/09/2019

**energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230 Km 25 - Distrito Recreio - João Pessoa / PB - CEP 58271-800  
CNPJ 08.095.182/0001-40 - Fone: 3163-5210

Nota Fiscal/Contador: Energia Elétrica Ativa: 020381  
Cod. para Def. Autenticação: 000230048

Atendimento ao cliente ENERGISA 0800 083 0196 [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Controle referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | EM/ CNPJ/ RANL               |
|----------------------|--------------|----------------------------------|------------------------------|
| Set/2019             | 13/09/2019   | 15/10/2019                       | 760.026.754-34<br>Insc. Est. |

UC (Unidade Consumidora): 6/293004-8

Canal de contato

JUNTAR O MOVIMENTO VACINA BRASIL, seja mais em saúde. 32V 31V 30V 29V 28V 27V 26V 25V 24V 23V 22V 21V 20V 19V 18V 17V 16V 15V 14V 13V 12V 11V 10V 9V 8V 7V 6V 5V 4V 3V 2V 1V

| Anterior         | Atual           | Constante        | Consumo         | Dias |
|------------------|-----------------|------------------|-----------------|------|
| Data<br>14/09/19 | Leitura<br>5492 | Data<br>13/09/19 | Leitura<br>5539 | 50   |

| Demonstrativo                        |                           |                |       |       |      |       |       |      |      |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------|-------|-------|------|-------|-------|------|------|
| Código Descrição                     |                           |                |       |       |      |       |       |      |      |
| Tributos Totais (R\$) ICMS/ST/ ICMSS |                           |                |       |       |      |       |       |      |      |
| Fixo/Var (R\$) Diferença (R\$) Paga  |                           |                |       |       |      |       |       |      |      |
| 0601                                 | Contribuição Imp          | 50.000.000.000 | 40,00 | 40,00 | 25   | 13,02 | 40,00 | 0,59 | 1,89 |
| 0601                                 | Adic. S. Variação         | 2,88           | 2,88  | 25    | 0,72 | 2,88  | 0,00  | 0,00 | 8,13 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS               |                           |                |       |       |      |       |       |      |      |
| 0607                                 | CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA | 3,00           | 0,00  | 0     | 0,00 | 0,00  | 0,00  | 0,00 | 2,00 |

CCI: Cotação Classificação do item: TOTAL 51,97 42,92 10,74 42,92 0,42 1,98  
Tarifa de Trechos 0,500000

Media últimos meses (kWh) 59  
**VENCIMENTO 20/09/2019**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 51,97**

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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 SUSEP 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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

Jose Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ

455.536.024/91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fuarez Anastacio de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.937.374/01

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Fuarez Anastacio de Lima

inscrito (a) no CPF sob o Nº

055.937.374/01

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 Agente Fiscal Jose B. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Angabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

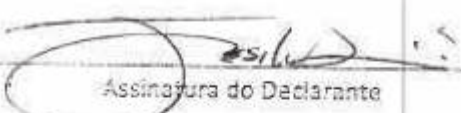
E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 9186634900

Local e Data:

João Pessoa - PB 22/10/19

  
Assinatura do Declarante



Ficha Nr: 237879      Atd: Nao Regul.  
Data: 16/06/2019  
Hora: 06:29:37  
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATO  
Clinica: ORTOPEdia

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.001709

Natural: MATARACA/PB      Data Nasc.: 14/08/1985      Id: 33 ano(s)

Bairro: CENTRO Cidade: MATARACA UF : PR

Mae: CREUZA MARIA DA CONCEICAO

Pai: JOAQUIM ANASTACIO DE LIMA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: TRABALHADOR BRACAL SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resc.: ESPOSA - TEREZA REGINA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL SENADOR H. LUCENA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO/CONDUTOR - 15/06 - 22H

Vitima de violência por: RODOVIA 065 - PX. HOSPITAL DE MATARACA

[ ] Caso Policial

RE-CONSULTA

**Tipo de Classificação de Risco:** VERDE

PA: ER:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado      ☐ Convulsao

Peso:                      Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IVC.

[ ] Diarrhea ☒ Aggravado  
[ ] Regular ☐ Chocoso S/A

Circ. Abd: 028:

[ ] Regular

[ ] Vemito

Queixa Principal

Observação

LISAO MGTO X CARRO. TRAUMA EM MIE

PACIENTE ENCAMINHADO DO NEETSHL, CONFORME  
PACTUACAO

Historia Exame Físico - (hora de atendimento médico)

\* Paciente chegou ao Hosp. de Trauma 2<sup>a</sup> vez  
com fratura da tíbia no 2<sup>a</sup> ter.  
(C) Chegou ao Hospital de Trauma antes AS

Diagnostic 22:00h. & 50' Face <sup>circumference</sup> 42 20 A 0530  
service H000 AS 06:29 L. 1, 1000 500g 1000g

[illegible]



~~\*ORTOPEDIA\*~~

\*08:44: L. O PAU... NO BLOCO CIRURGICO DA OUT

AGUARDANDO, ANESTESISTA CHEF

FOI FEITO COMPARO COM O ANESTESISTA

QUE ESTA NO HOSP. DR. EVERTON AN

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

QUE SE ENCONTRA NO HOSP, O =

DIZIA QUE "ESTA DESDE O QUE TEM

HOSPITAL (DA NOITE) E NAO VEM FAZ

PROCEDIMENTO, POR ESTA AGUARDANDO

RENDENDO CHEGAR, AINDA NAO CHE

E DR. EVERTON DIZIA QUE NAO

FAZER A ANESTESIA POR ESTA AGU

O SEU PROBLEMA; ESPERANDO COM

AGUARDANDO DAS 07:30 L

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

O PAU...

Temístocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 76187 / RQE 5245

Temístocles de A. R. Filho  
CRM 7618

~~\*ORTOPEDIA\*~~ 09:30L

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

O DR. EVERTON MULLI-

PROCEDIMENTO REALIZADO

P/ ANESTESIA O PAU...  
COMPARO FEITO NO  
ANESTESIA DO PAC

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria [ ] SVO [ ]

Temístocles de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 76187 / RQE 5245

\*Tereza Regina de Araujo Leite

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                             |                 |                                  |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Nome: _____                                                                                                                                                                                 |                 | Data da Admissão: ____/____/____ |                                   |
| Prontuário: _____                                                                                                                                                                           | Idade: _____    | Enfermaria: _____                | Leito: _____                      |
| Nome da Mãe: _____                                                                                                                                                                          |                 | Bairro: _____                    |                                   |
| Endereço: _____                                                                                                                                                                             | Cidade: _____   | Estado: _____                    | Fone: _____                       |
| Sexo: F ( ) M ( )                                                                                                                                                                           | Cor: _____      | Estado Civil: _____              | Profissão: _____                  |
| Escolaridade: _____                                                                                                                                                                         | Religião: _____ |                                  | Data de Nascimento ____/____/____ |
| QPD: _____                                                                                                                                                                                  | HDA: _____      |                                  |                                   |
| Medicações em uso: _____                                                                                                                                                                    |                 |                                  |                                   |
| Interrogatório Sintomatológico:                                                                                                                                                             |                 |                                  |                                   |
| Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso [ ] Prurido [ ] Sudorese<br>[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____           |                 |                                  |                                   |
| Pele: _____                                                                                                                                                                                 |                 |                                  |                                   |
| Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe<br>[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____          |                 |                                  |                                   |
| AR e ACV: [ ] Dor [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise<br>[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema [ ] Outros: _____                                              |                 |                                  |                                   |
| ABD: [ ] Dor [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas<br>[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume |                 |                                  |                                   |
| AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria<br>[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____                                     |                 |                                  |                                   |
| SME: [ ] Dor [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades<br>[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos                                   |                 |                                  |                                   |
| SN e PSQ: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade<br>[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor                                                                     |                 |                                  |                                   |



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------|----------|-----------------|-------|
| Nome: <i>Lucy Fortes de Lima</i>                                                              |                                |                 |          | Registro:       |       |
| Idade:                                                                                        | Sexo:                          | Cor:            | Clínica: | EMP:            | LR:   |
| Data: <i>16/06/19</i>                                                                         | Cirurgião: <i>Dr. Tarcísio</i> |                 |          | 1º Assistente:  |       |
| 2º Assistente:                                                                                |                                | 3º Assistente:  |          | Instrumentador: |       |
| Anestesista:                                                                                  |                                | Tipo Anestesia: |          | Horário:        | I: T: |
| <b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>                                                         |                                |                 |          | <b>CID</b>      |       |
| <i>Px. exportar de ossos da</i><br><i>perna (6)</i>                                           |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
| <b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>                                                         |                                |                 |          | <b>CID</b>      |       |
| <i>O mesmo</i>                                                                                |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
| <b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>                                                         |                                |                 |          | <b>CÓDIGO</b>   |       |
| <i>Tto. urgência de Px. exportar de</i><br><i>ossos da perna (6)</i>                          |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
|                                                                                               |                                |                 |          |                 |       |
| Acidente durante Ato Cirúrgico                                                                |                                | 1 ( ) Sim       |          | Descreva:       |       |
|                                                                                               |                                | 2 (x) Não       |          |                 |       |
| Biópsia de Congelação:                                                                        |                                | 1 ( ) Sim       |          |                 |       |
|                                                                                               |                                | 2 (x) Não       |          |                 |       |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:                                                |                                |                 |          |                 |       |
| 1 (x) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |                                |                 |          |                 |       |



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

**Incisão:**

**Achados:**

**Conduta:**

**Fechamento:**

**OBS:**

**Data:** 16/06/13

Temístocles de A. R. E.  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO  
CRM-PB 7618-1/OT 15747/RO  
**MEDICO/CI**



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                  |      |              |         |                                                           |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|---------|-----------------------------------------------------------|-------|
| NOME                                                                                                                                                                             |      |              |         | PRONTUÁRIO Nº                                             |       |
| IDADE                                                                                                                                                                            | SEXO | COR          | CLÍNICA | ENF.                                                      | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                 |      | DATA DE ALTA |         | TEMPO DE PERMANÊNCIA                                      |       |
|                                                                                                                                                                                  |      | 23/06/19     |         |                                                           |       |
| DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                                                              |      |              |         | CID                                                       |       |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO                                                                                                                                                           |      |              |         |                                                           |       |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                              |      |              |         |                                                           |       |
| PRINCIPAIS EXAMES                                                                                                                                                                |      |              |         |                                                           |       |
| PROCEDIMENTO REALIZADO                                                                                                                                                           |      |              |         |                                                           |       |
| TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA                                                                                                                                                        |      |              |         |                                                           |       |
| ANATOMIA PATOLÓGICA                                                                                                                                                              |      |              |         |                                                           |       |
| INFECÇÃO F.O.                                                                                                                                                                    |      |              |         | COLETA DE MATERIAL                                        |       |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                        |      |              |         | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |       |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA                                                                                                                                                          |      |              |         |                                                           |       |
| CONDIÇÕES DE ALTA                                                                                                                                                                |      |              |         |                                                           |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO |      |              |         |                                                           |       |

|                                                                                                                                      |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| RESUMO CLÍNICO                                                                                                                       | HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES |
| Paciente com fratura de omoplata direita em tórax com fratura extensa. Otimizada por cirurgia e fixada com o fixador anatomicamente. |                                               |

|                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                        |                      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| DIETA: <u>líquida</u>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        | ORIENTAÇÕES PÓS ALTA |  |
| REPOUSO:                                                                                                                                                                                                    | Relativo em casa por <u>30</u> dias.                                                                   |                      |  |
|                                                                                                                                                                                                             | Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias.                                            |                      |  |
|                                                                                                                                                                                                             | Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>60</u> dias e com esforço maior em <u>90</u> dias. |                      |  |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. |                                                                                                        |                      |  |
| MEDICAÇÕES PARA CASA:                                                                                                                                                                                       |                                                                                                        |                      |  |

|          |                                                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| RETORNO: | Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.                       |
|          | Ao Ambulatório do <u>Dr. Tereza Rocha</u> em <u>30</u> dias para revisão. |

|                                                                                        |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| DATA                                                                                   | ASS. MÉDICO/CRM |
| 23/06/19                                                                               |                 |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.                     |                 |
| Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. |                 |

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
- 22 OUT. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
22 OUT. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2818650 DATA DE EXPEDIENTE 19 SET 2000

ANASTACIO DE LIMA

Anastacio de Lima  
Eunice Maria da Conceição

Mataraca PB 14.08.1985

Cert. Nasc. 3078-Fls. 168, Liv. 06.

ASSINATURA DO EMPLEADO

22 OUT 2019

AG. JOÃO PESSOA



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
22 OUT. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES<br>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO<br>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| NOME<br>JOSE EDUARDO DA SILVA                                                                                                     |                                                               |
|                                                 | DOC. IDENTIFIC. - DATA EXPIRAÇÃO<br>1054562      RSP      20  |
|                                                                                                                                   | CID      DATA DE NASCIMENTO<br>455.535.024-91      02/04/1967 |
|                                                                                                                                   | TÍTULO<br>JOSEFA GERVASIO DA SILVA                            |
| PERMITE<br>1054562                                                                                                                | ACC<br>1054562                                                |
| Nº de Registro<br>0572453183                                                                                                      | Data de Emissão<br>10/11/2019                                 |
| Data de Validade<br>06/04/1999                                                                                                    |                                                               |
| CATEGORIA<br>A 1                                                                                                                  |                                                               |
| Assinatura do Titular                                                                                                             |                                                               |
| Assinatura do Autorizador                                                                                                         |                                                               |
| UF<br>PIAUÍ                                                                                                                       | DATA EMISSÃO<br>11/11/2019                                    |
| Nome do Autorizador<br>Roberto Carneiro                                                                                           | Nº de Registro<br>60378988483<br>PRO23945809                  |

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9521781977

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 0082384289-4 00/00000000 2014

NOME

JOSE ANASTACIO DE LIMA

CPF / CNPJ

02816206440

PLACA

MMY9653/PB

PLACA ANT / UF

NOVO

PB

9C2KC08504R002904

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB

2004

ANO MOD

2004

CAP / POT / OIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA UNICA

IPVA PAGO EM

VENC. COTA UNICA

27/02/2014

VENC. COTAS

1º

FAIXA / PVA

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

0

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

\*\*\*\*\*

PREMIO TOTAL (R\$)

\*\*\*\*\*

DATA DE PAGAMENTO

27/02/2014

OBSERVAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTARIO

DOCUMENTO DE FORTALEÇA OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

0

MATARA

367



28/02/2014

2143

PB Nº 9521781977

BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ANASTACIO DE LIMA

EXERCICIO

CPF / CNPJ

PLACA

02816206440

MMY9653/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014-02-28/02/2014

PB Nº 9521781977

JOSE ANASTACIO DE LIMA

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

ANO FAB

1

CIT. TAR

02816206440

Nº CHASSI

MMY9653/PB

0082384289-4 PREMIO TARIFARIO

150 TITAN E

PNS (R\$)

2004

DENATRAM (R\$)

9

CUSTO DO SEGURO (R\$)

9C2KC08504R002904

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

\*\*\*\*\*

TOTAL SERVIDOR DE SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

PAGAMENTO SEGURO

P. ADO

\*\*\*\*\*

COTA UNICA

PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

2143-0516549-20140228

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

22 OUT. 2019

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA



- DE VIA TERRESTRE, LITRUM QUE CUBRA A PASSAGEM INDICADA PARA O RUA.
- O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 2.194 DE 19.12.1974.
- NA EVENTUALIDADE DE SINISTRO, DIRIGIR-SE A UMA SEGURADORA CONSORCIADA.
- LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA:**
- | MORTE             | INVALIDEZ PERMANENTE | DANOS            |
|-------------------|----------------------|------------------|
| ATÉ R\$ 13.000,00 | ATÉ R\$ 13.000,00    | ATÉ R\$ 2.700,00 |
- DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:**
- MORTE:** REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO E PROVA DA QUALIDADE DE SINISTRO.
- INVALIDEZ PERMANENTE:** LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA JURISDIÇÃO DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PORCENTUAIS DA TABELA, CONSTATADA OCORRÊNCIA À LEI 6.194/74, E REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE.
- DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES - DANOS:** PROVA DAS DESPESAS MÉDICAS EFETIVAS, PROVA DE QUE AS DESPESAS FORAM DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DO ACIDENTE ENVOLVIDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE. E REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, DO QUAL DEVERÁ CONSTAR, OBRIGATORIAMENTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATÓRIO, OU MEDICO ASSISTENTE QUE TIVER PRESTADO O SERVIÇO ATENDIMENTO À VÍTIMA.
- AS SEGURADORAS PODERÃO SOLICITAR DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ARTIGO 20 DO ANEXO À RESOLUÇÃO CDB Nº 194, DE 04 DE DEZEMBRO DE 2006.
- PRAZO PARA LIQUIDACÃO DE SINISTRO:** TRINTA DIAS CONTADOS DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.
- CENTRAL DE ATENDIMENTO DOS CONSORCIOS - DPVAT:** TEL. 0800-0221704.
- SUSEP - ATENDIMENTO AO PÚBLICO:** TEL. 0800-0219464.
- SITE PARA ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DPVAT:** <http://www.dpvatseguro.com.br>

#### OBSERVAÇÕES:

PARA CÁLCULO DO TOTAL A PAGAR DA RUA:

- 1. APLICAR O PORCENTUAL DO IOP SOBRE O PRÊMIO TAFARIADO ACRESCIDO DO CUSTO DO SINISTRO
- 2. O PRÊMIO TOTAL A PAGAR É IGUAL À SOMA DO PRÊMIO TAFARIADO + CUSTO DO SINISTRO + IOP

O SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A RESERVA TRANSPORTADA OU NÃO - DPVAT É PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

INIQUE O SEU SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA COTA OU QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA. O VENCIMENTO DO SINISTRO E DO SEGURO COORREN SEMPRE NA MESMA DATA.

É IMPORTANTE RESSALTAR QUE, SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO, O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO (ART. 10 RESOLUÇÃO CONTRAN 101/00).

9% COINCIDENTE E CINCO POR CIENTO DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO, É REMESSADO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 27 DA LEI 6.194/74, ALTERADO PELO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 7º DA LEI 8.906).

9% COINCIDENTE DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO É REMESSADO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 7º DA LEI Nº 6.194 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

**Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A**

**CNPJ: 09.248.608/0001-04**

**Rua Senador Dantas, 74 - 5º andar**

**Centro - Rio de Janeiro**

**[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190597205 **Cidade:** Mataraca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUAREZ ANASTACIO DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 5/7\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado     | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%         | R\$ 2.362,50          |
|                                                       |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>17,5 %</b> | <b>R\$ 2.362,50</b>   |



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Juarez Anastácio de Lima, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão trabalhador rural residente e domiciliado à Rua Daniel Toscano, nº 578, bairro centro, Município de Mataraca, Estado de(o) PB, Cep: 58.292-000, portador(a) do Rg nº 9818650, SSP/PB e CPF nº 055.937.374-01.

**Outorgado:** João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal José Duarte, nº 157, bairro Mamãoeiro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 3054562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Juarez Anastácio de Lima, ocorrido em 15/06/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Mataraca, 29 de Julho de 2019.

 JUAREZ ANASTÁCIO DE LIMA  
Outorgante  
CPF Nº 055.937.374-01

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE MATARACA/PB  
RUA DANIEL TOSCANO, 234 - CENTRO

RECONHEÇO, por Autenticidade a Firma de;  
JUAREZ ANASTÁCIO DE LIMA  
Em test. Maria José do Nascimento, Mataraca, 29/07/2019  
Titular: Maria José do Nascimento  
Selo Digital AIW18877-KJNN



Assinatura autenticada em livro de Autenticidade Pública.

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367997/19

**Vítima:** JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

**CPF:** 055.937.374-01

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 15/06/2019

**Titular do CPF:** JUAREZ ANASTACIO DE LIMA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### JUAREZ ANASTACIO DE LIMA : 055.937.374-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA