:

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180532875

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 12/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00469/00470 - carta_02 - INVALIDEZ

00020235

Carta nº 13891849

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180532875 **Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 12/10/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: **PAULO PEREIRA DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000004913**
Conta: **000003734-2**
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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00013/00014 - carta_15R - INVALIDEZ
00040007

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180532875
Vítima: **PAULO PEREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **12/10/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA GLORIA DA SILVA CAMARA**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento
Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00181/00182 - carta_03 - INVALIDEZ
00060091
Carta nº 13607230

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **PAULO PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180532875**
Vítima: **PAULO PEREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **12/10/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANA GLORIA DA SILVA CAMARA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180532875.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01723/01724 - carta_01 - INVALIDEZ
00020862
Carta nº 13607761

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180532875
Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 12/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00449/00450 - carta_03 - INVALIDEZ
00050225

Carta nº 13761295

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180532875
Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 12/10/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01639/01640 - carta_03 - INVALIDEZ
00040820

Carta nº 13786992

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000003734-2

Nr. da Autenticação C9F8179D034766D3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180532875 **Cidade:** Juripiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura dos ossos da perna direita.

Descrição do exame fisico: Paciente com marcha claudicante, deficit de força de membro inferior direito grau 4, extensa retração cicatricial na perna direita sobre incisão cirúrgica (cerca de 30 cm), parestesia perna direita, mobilidade diminuída joelho direito (flexão 0-110º), tornozelo com deficit de dorsiflexão (0-15º), flexão plantar (0-25º). Atrofia de coxa direita e edema crônico de perna direita ++/++.

Resultados terapêuticos: Paciente com historia de fratura dos ossos da perna direita, submetido a tratamento cirúrgico (redução e fixação interna com placa e parafusos em 24/10/2016). Evoluiu com osteomielite crônica de tibia direita e ha cerca de 6 meses retirou placa e parafusos tendo evoluído sem recidiva de infecção até o momento.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

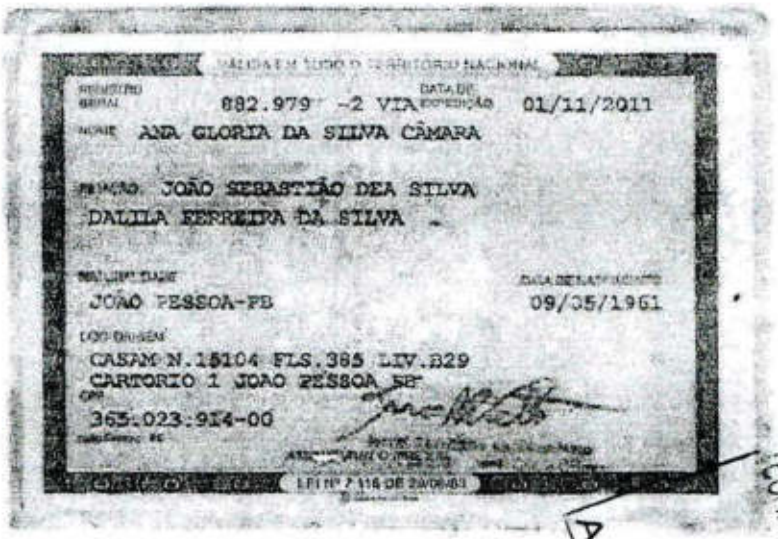
Data do exame fisico: 06/02/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador (dano funcional leve em joelho e moderado em tornozelo direitos).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

DANOS

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


882.979 -2 VIA 01/11/2011
ANA GLORIA DA SILVA CÂMARA
JOÃO SEBASTIÃO DEA SILVA
DALILA FERREIRA DA SILVA
JOÃO PESSOA-PB
09/05/1961
CASAM N.15104 FLS.385 LIV.B29
CARTORIO 1 JOAO PESSOA PB
365.023.914-00

21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.493.356 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2012

NOME PAULO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO PEDRO PEREIRA DA SILVA
CREUZA CAZELE DE MOURA

NATURALIDADE ITAMBE-PE

DATA DE NASCIMENTO 01/06/1965

DOC ORIGEM NASC.N.7608 FLS.234V LIV.39A
CARTORIO ITAMBÉ-PE

CPF 964.416.744-91

João Pessoa - PB

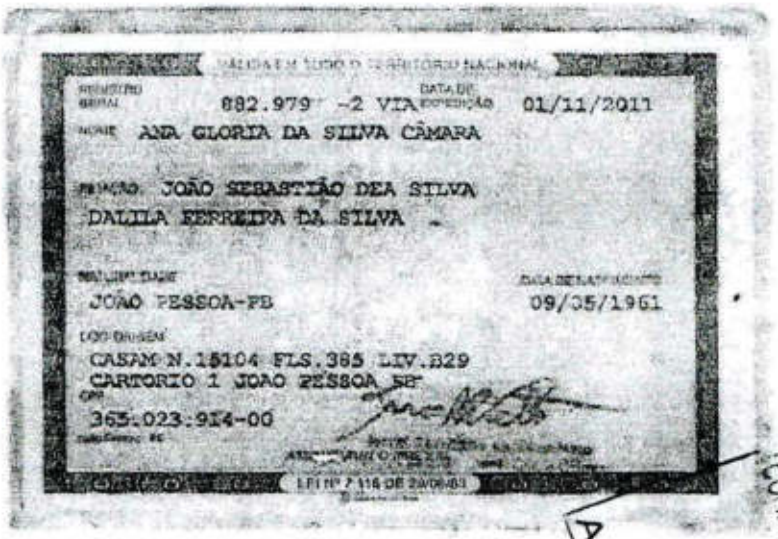
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CONFERE COM O ORIGINAL

21 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA


882.979 -2 VIA 01/11/2011
ANA GLORIA DA SILVA CÂMARA
JOÃO SEBASTIÃO DEA SILVA
DALILA FERREIRA DA SILVA
JOÃO PESSOA-PB
09/05/1961
CASAM N.15104 FLS.385 LIV.B29
CARTORIO 1 JOAO PESSOA PB
365.023.914-00

21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: ***3180532875***

Nome do(a) Examinado(a): ***PAULO PEREIRA DA SILVA***

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA RIO GRANDE DO NORTE, SN, RESIDENCIAL - CENTRO - Juripiranga - PB - CEP 58330-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSDS /PB***] ***3493356***

Data e local do acidente: [***12/10/2016***] ***Juripiranga, próximo a lotérica paraíba. BR***

Data e local do exame: [***06/02/2019***] ***João Pessoa*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura dos ossos da perna direita

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente com marcha claudicante, deficit de força de membro inferior direito grau 4, extensa retração cicatricial na perna direita sobre incisão cirúrgica (cerca de 30 cm), parestesai perna direita, mobilidade diminuída joelho direito (flexão 0-110º), tornozelo com deficit de dorsiflexão (0-15º), flexão plantar (0-25º). Atrofia de coxa direita e edema crônico de perna direita ++/++.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[***X***] Sim [ ] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Paciente com historia de fratura dos ossos da perna direita, submetido a tratamento cirúrgico (redução e fixação interna com placa e parafusos em 24/10/2016). Evoluiu com osteomielite crônica de tibia direita e ha cerca de 6 meses retirou placa e parafusos tendo evoluído sem recidiva de infecção até o momento.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[***X***] Sim [ ] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Paciente com marcha claudicante, deficit de força de membro inferior direito grau 4, extensa retração cicatricial na perna direita sobre incisão cirúrgica (cerca de 30 cm), parestesai perna direita, mobilidade diminuída joelho direito (flexão 0-110º), tornozelo com deficit de dorsiflexão (0-15º), flexão plantar (0-25º). Atrofia de coxa direita e edema crônico de perna direita ++/++.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve (X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Douglas Teixeira

Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
9ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Juripiranga/PB

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº.007/2017

Aos 10 (dez) dias de Janeiro de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de Juripiranga/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. **LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão ad hoc Ryzemberg G. de Lima Santos, aí, por volta 11h:15min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

PAULO PEREIRA DA SILVA, brasileiro, convivente em união estável, vigilante, natural de Itambé/PE, afirma só saber assinar o próprio nome, com 51 anos de idade, nascido aos 01.06.1965, filho de Pedro Pereira da Silva e Creuza Cazele da Silva, residente na Rua Projetada H, s/nº – Juripiranga/PB, RG. 3.493.356 – 2ª via SSDS/PB, CPF 964.416.744-91, telefone: (83) 98890-8649.

A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) Natureza do fato: queda de motocicleta;
2) data do fato: 12 de outubro de 2016;
3) Horário do fato: por volta das 22:00horas;
4) Local do fato: Avenida Brasil, Juripiranga/PB.

5) Breve resumo do fato:

O noticiante relata que transitava com sua motocicleta pela Avenida Brasil, Centro de Juripiranga/PB, quando o pneu da moto "derrapou", ocasionando a queda do noticiante; QUE, foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital de Traumas de João Pessoa/PB, ficando internado por cerca de 21 (vinte e um) dias; QUE, a motocicleta é um HONDA/NXR150 BROX E5, COR PRETA, PLACA PFI5538, CHASSI 9C2KD0550BR035570, ANO/MODELO 2011/2011, CRLV EM NOME DE RAFAELA MARTINS SOARES DOS SANTOS.

6) Testemunhas

Não consta.

7) Noticiado

Não consta.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Certidão válida por 30 dias.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão ad hoc que digitei.

PAULO PEREIRA DA SILVA
Comunicante

Escrivão/Agente
Matrícula nº 156.463-3

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411323/18

Número do Sinistro: 3180532875

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 12/10/2016

CPF: 964.416.744-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 02/01/2019	Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA	Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 365.023.914-00	CPF: 708.601.964-02
ANA GLORIA DA SILVA CAMARA	MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:
Nome: Paulo Pereira da Silva
Nacionalidade: brasileiro
Estado Civil: solteiro
Identidade: 3493.356
CPF: 964.416.744-91
Profissão: vigilante
Endereço: R.
CEP:
Telefone: (83) 98616-2893 / 98640-6370

OUTORGADO:
Nome: Ana Glória da Silva
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: viuva
Identidade: 882.779
CPF: 365.023.914-00
Profissão: do lar
Endereço: R. da República, nº 390
CEP: 58010-180
Telefone: (83) 98873-0311

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Paulo Pereira da Silva

João Pessoa, 07/03/2018
Local e data

Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO M. DA FRANCA

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 3º Ofício
Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas: PAULO PEREIRA DA SILVA
Em test.da verdade. Joao Pessoa-PB 07/03/2018 11:38:30
Vilma Maria da Silva - Escrevente
[2018-011574]EMOL:R$ 9,48 TARPEN:R$ 0,28 FEPJ:R$ 0,47
SELO DIGITAL: AGL54573-82YX
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DA FRANCA SERVIÇOS NOTARIAL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:
Nome: Paulo Pereira da Silva
Nacionalidade: brasileiro
Estado Civil: solteiro
Identidade: 3493.356
CPF: 964.416.744-91
Profissão: vigilante
Endereço: R.
CEP:
Telefone: (83) 98616-2893 / 98640-6370

OUTORGADO:
Nome: Ana Glória da Silva
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: viuva
Identidade: 882.779
CPF: 365.023.914-00
Profissão: do lar
Endereço: R. da República, nº 390
CEP: 58010-180
Telefone: (83) 98873-0311

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Paulo Pereira da Silva

João Pessoa, 07/03/2018
Local e data

Assinatura do OUTORGANTE
(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO M. DA FRANCA

CARTÓRIO MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 3º Ofício
Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas: PAULO PEREIRA DA SILVA
Em test.da verdade. Joao Pessoa-PB 07/03/2018 11:38:30
Vilma Maria da Silva - Escrevente
[2018-011574]EMOL:R$ 9,48 TARPEN:R$ 0,28 FEPJ:R$ 0,47
SELO DIGITAL: AGL54573-82YX
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DA FRANCA SERVIÇOS NOTARIAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411323/18

Número do Sinistro: 3180532875

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2016

CPF: 964.416.744-91 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** PAULO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA : 365.023.914-00

Comprovante de residência

PAULO PEREIRA DA SILVA : 964.416.744-91

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 20/12/2018	Data do cadastramento: 20/12/2018
Nome: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA	Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 365.023.914-00	CPF: 105.999.304-03
ANA GLORIA DA SILVA CAMARA	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Seguradora **LÍDER** Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	964.416.744-91	Paulo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Paulo Pereira da Silva		CPF titular da conta: 964.416.744-91	Profissão: vigilante
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado PB	CEP
Email			Telefone (DDD) (83) 8616-2893

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 4913 D/V ___ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 00003734 D/V 2 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome ___ NRO ___
AGÊNCIA NRO. ___ D/V ___ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. ___ D/V ___ (Informar dígito se existir)

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

PROTOCOLO JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

João Pessoa 12 de 03 de 2018
Local e Data

[signature]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	964.416.744-91	Paulo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Paulo Pereira da Silva		964.416.744-91	vigilante
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado PB	CEP
Email			Telefone (DDD) (83)8616-2893

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 4913 D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 00003734 D/V 2 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

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

PROTOCOLO JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

João Pessoa 12 de 03 de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	964.416.744-91	Paulo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Paulo Pereira da Silva		964.416.744-91	vigilante
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado PB	CEP
Email			Telefone (DDD) (83) 8616-2893

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

[X] RECUSO INFORMAR [ ] SEM RENDA [ ] ATÉ R$ 1.000,00 [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
[ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00 [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[X] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] BRADESCO (237) [ ] BANCO DO BRASIL (001) [ ] ITAÚ (341)
[X] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA NRO. 4913 D/V
CONTA NRO. 00003734 D/V 2
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

PROTOCOLO JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

João Pessoa 12 de 03 de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
9ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Juripiranga/PB

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº.007/2017

Aos 10 (dez) dias de Janeiro de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de Juripiranga/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. **LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão ad hoc Ryzemberg G. de Lima Santos, aí, por volta 11h:15min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

PAULO PEREIRA DA SILVA, brasileiro, convivente em união estável, vigilante, natural de Itambé/PE, afirma só saber assinar o próprio nome, com 51 anos de idade, nascido aos 01.06.1965, filho de Pedro Pereira da Silva e Creuza Cazele da Silva, residente na Rua Projetada H, s/nº – Juripiranga/PB, RG. 3.493.356 – 2ª via SSDS/PB, CPF 964.416.744-91, telefone: (83) 98890-8649.

A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) Natureza do fato: queda de motocicleta;
2) data do fato: 12 de outubro de 2016;
3) Horário do fato: por volta das 22:00horas;
4) Local do fato: Avenida Brasil, Juripiranga/PB.

5) Breve resumo do fato:

O noticiante relata que transitava com sua motocicleta pela Avenida Brasil, Centro de Juripiranga/PB, quando o pneu da moto "derrapou", ocasionando a queda do noticiante; QUE, foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital de Traumas de João Pessoa/PB, ficando internado por cerca de 21 (vinte e um) dias; QUE, a motocicleta é um HONDA/NXR150 BROX E5, COR PRETA, PLACA PFI5538, CHASSI 9C2KD0550BR035570, ANO/MODELO 2011/2011, CRLV EM NOME DE RAFAELA MARTINS SOARES DOS SANTOS.

6) Testemunhas

Não consta.

7) Noticiado

Não consta.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Certidão válida por 30 dias.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão ad hoc que digitei.

PAULO PEREIRA DA SILVA
Comunicante

Escrivão/Agente
Matrícula nº 156.463-3

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018

Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
9ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Juripiranga/PB

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº.007/2017

Aos 10 (dez) dias de Janeiro de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de Juripiranga/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. **LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão ad hoc Ryzemberg G. de Lima Santos, aí, por volta 11h:15min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

PAULO PEREIRA DA SILVA, brasileiro, convivente em união estável, vigilante, natural de Itambé/PE, afirma só saber assinar o próprio nome, com 51 anos de idade, nascido aos 01.06.1965, filho de Pedro Pereira da Silva e Creuza Cazele da Silva, residente na Rua Projetada H, s/nº – Juripiranga/PB, RG. 3.493.356 – 2ª via SSDS/PB, CPF 964.416.744-91, telefone: (83) 98890-8649.

A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) Natureza do fato: queda de motocicleta;
2) data do fato: 12 de outubro de 2016;
3) Horário do fato: por volta das 22:00horas;
4) Local do fato: Avenida Brasil, Juripiranga/PB.

5) Breve resumo do fato:

O noticiante relata que transitava com sua motocicleta pela Avenida Brasil, Centro de Juripiranga/PB, quando o pneu da moto "derrapou", ocasionando a queda do noticiante; QUE, foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital de Traumas de João Pessoa/PB, ficando internado por cerca de 21 (vinte e um) dias; QUE, a motocicleta é um HONDA/NXR150 BROX E5, COR PRETA, PLACA PFI5538, CHASSI 9C2KD0550BR035570, ANO/MODELO 2011/2011, CRLV EM NOME DE RAFAELA MARTINS SOARES DOS SANTOS.

6) Testemunhas

Não consta.

7) Noticiado

Não consta.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Certidão válida por 30 dias.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão ad hoc que digitei.

PAULO PEREIRA DA SILVA
Comunicante

Escrivão/Agente
Matrícula nº 156.463-3

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Paulo Pereira da Silva	964.416.744-91	12/10/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

João Pessoa, 07 de março de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Paulo Pereira da Silva	964.416.744-91	12/10/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

João Pessoa, 07 de março de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

[redacted]

SUS

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 6644996 CGC/CPF: 08.778.268/0049-05
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA
END.: AVENIDA DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 01
MUNICÍPIO: ITABAIANA ESTADO: PARAÍBA UF: 25
Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

17/11.

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA
Raça/Cor: PARDA
Dt Nasc: 01/06/1965 Idade: 51 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M
Mãe: CREUZA CAZE DE MOURA
Profissão: VIGILANTE Documento:
Endereço: RUA REOJETADA Nº: 0
Bairro: CENTRO
Município-UF - CEP - IBGE: JURIPIRANGA - PB - 58330000 - 250790
Telefone para contato (00) 0000-0000 CNS: 706101042059260 CADASTRO 2097240895
Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35
SSVV

PESO: ____ PA: ____ TEMP.: ____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
1. Tramal 01 amp + 100 ml SF 0,9% EV.
2. Nausedron 01 amp + AD, EV.
3.
4.

CARÁTER DO ATENDIMENTO
- [ ] 01 - ELETIVO
- [ ] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

21 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DIAGNÓSTICO: Fratura de tíbia e fíbula

CID-10:

MEDICAÇÃO:
- [ ] 1. PRESCRITA
- [ ] 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
- [ ] OBSERVAÇÃO
- [x] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:
1- 0301060096
2- 0204060158
3-

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

MÉDICO / CNS / CRM CBO

CRM: 8201-PB

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

3:35 OK

SUS

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 6644996 CGC/CPF: 08.778.268/0049-05
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA
END.: AVENIDA DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 01
MUNICÍPIO: ITABAIANA ESTADO: PARAÍBA UF: 25
Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

17/11.

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA
Raça/Cor: PARDA
Dt Nasc: 01/06/1965 Idade: 51 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M
Mãe: CREUZA CAZE DE MOURA
Profissão: VIGILANTE Documento:
Endereço: RUA REOJETADA Nº: 0
Bairro: CENTRO
Município-UF - CEP - IBGE: JURIPIRANGA - PB - 58330000 - 250790
Telefone para contato (00) 0000-0000 CNS: 706101042059260 CADASTRO 2097240895
Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

SSVV

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
1. Tramal 01 amp + 100 ml SF 0,9%. EV.
2. Nausedron 01 amp + AD, EV.
3.
4.

CARÁTER DO ATENDIMENTO
- [ ] 01 - ELETIVO
- [ ] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

21 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DIAGNÓSTICO: Fratura de tíbia e fíbula

CID-10:

MEDICAÇÃO:
- [ ] 1. PRESCRITA
- [ ] 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
- [ ] OBSERVAÇÃO
- [x] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:
1 - 0301060096
2 - 0204060158
3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

MÉDICO / CNS / CRM CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

3:35 OK

ENERGISAPB...

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
[illegible]

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140 0
Nº do Medidor: 00008162616
Referência: FEV/18
Emissão: 14/02/2018

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
1 Nº 002.198.656

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

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Conjunto Ilha do Bispo

	LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)	
DIC MENSAL	4,95	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	9,91		CONTRATADA	
DIC ANUAL	19,82		LIMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,23	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	6,47			
FIC ANUAL	13,0			
DMIC	2,77	0,00		
DICRI	12,22			

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração em horas, da maior interrupção de energia no período. DICRI: [illegible]

CANAL DE CONTATO

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

COMPREVE [illegible]
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA
[illegible]
[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA PB	[illegible]	[illegible]
COMPRA DE ENERGIA	[illegible]	[illegible]
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	[illegible]	[illegible]
ENCARGOS SETORIAIS	[illegible]	[illegible]
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	[illegible]	[illegible]
OUTROS SERVIÇOS	[illegible]	[illegible]
TOTAL	214,18	100,00

[illegible]

CONTA REFERENTE A

FEV/18

ANTERIOR		ATUAL				
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO	DIAS
[illegible]	4951	[illegible]	5218	1	267	28

APRESENTAÇÃO

19/02/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

14/03/2018

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R$)	Base Calc. ICMS (R$)	Alíq. ICMS	ICMS (R$)	Base Calc. Pis/Cofins (R$)	PIS (R$) (1,1288%)	COFINS (R$) (5,1994%)
0601	Consumo em kWh	267,000	0,741830	198,07	198,07	27	53,47	198,07	2,23	10,29
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV.ILUM.PUBLICA			8,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018			3,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0603	2ª VIA C/REAVISO 01/2018			2,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	CCI: Código de Classificação do Item — Total:			214,18	198,07		53,47	198,07	2,23	10,29

ATENÇÃO

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
248	26/02/2018	R$ 214,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

JAN/18	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17
257	263	132	113	171	221	212	244	364	404	420	153

Reservado ao FISCO

d496.da28.daf2.5cdb.2271.ade4.ac92.4989

energisa

Paraíba

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/02/2018	R$ 214,18	280012-2018-02-2

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
Roteiro: 007-0001-409-3140
83640000002-9 14180149000-6 02800122018-6 02200001019-3

PAULO PEREIRA DA SILVA
RUA RIO GRANDE DO NORTE, S/N / RESIDENCIAL - CENTRO
JURIPIRANGA / PB CEP: 58330000 (AG: 113)

Emissão 17/09/2018 Referência Set / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 9 - 117 - 780 - 3926 Nº medidor: 0000822384

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012.469.611
Cód. para Déb. Automático: 00916880291

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	17/09/2018	17/10/2018	964.416.744-91 Insc. Est.:

UC [illegible] 6/1685028-1

Canal de contato

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
17/08/18	5768	17/09/18	5943	1	175	31

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Total / Tributos Total(R$)	Base Cálc ICMS(R$)	Alíq ICMS	ICMS(R$)	Base Cálc Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (0,006%)	Cofins(R$) (0,7164%)
0601	Consumo em kWh	175,000	0,798820	139,78	139,78	27	37,73	139,78	1,13	5,19
0601	Adic. B Vermelha			12,77	12,77	27	3,45	12,77	0,10	0,47
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB ILUM PUBLICA			5,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			2,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI Código de Classificação do Item	TOTAL			162,06	152,53		41,18	152,53	1,23	5,66

[illegible]	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
188	26/09/2018	R$ 162,05

Histórico de Consumo (kWh)

Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18
129	183	156	155	177	134	132	196	198	190	170	177

RESERVADO AO FISCO
a498.e08e.7ea2.0031.9400.e935.4309.4756.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	7,28	0,00		
DIC TRIMESTRAL	14,59		NOMINAL	220
DIC ANUAL	26,86			
FIC MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	8,85		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	13,70		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	4,14	0,00		
DICRI	12,22			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	34,06	21,03
Compra de Energia	57,02	35,19
Serviço de Transmissão	5,30	3,27
Encargos Setoriais	8,06	4,97
Impostos Diretos e Encargos	57,58	35,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**162,06**	**100,00**

Valor do EUSD (Ref 7/2018): R$47,18

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DÉBITOS ANTERIORES [illegible]

Faturas em atraso	
Jul/18	156,39

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSO

ENERGISAPB...

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140 0
Nº do Medidor: 00008162616

Referência: FEV/18
Emissão: 14/02/2018

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
1 Nº 002.198.856

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

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Conjunto: Ilha do Bispo

	LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)	
DIC MENSAL	4,95	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	9,91		CONTRATADA	
DIC ANUAL	19,82		LIMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,23	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	6,47			
FIC ANUAL	12,9			
DMIC	2,77	0,00		
DICRI	12,22			

DIC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC: duração em horas, da maior interrupção de energia no período. DICRI: Duração da interrupção [illegible] crítico. [illegible]

CANAL DE CONTATO

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA
[illegible]
[illegible]

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	[illegible]	[illegible]
COMPRA DE ENERGIA	[illegible]	[illegible]
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	[illegible]	[illegible]
ENCARGOS SETORIAIS	[illegible]	[illegible]
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	[illegible]	[illegible]
OUTROS SERVIÇOS	[illegible]	[illegible]
TOTAL	214,18	100,00

[illegible]

CONTA REFERENTE A

FEV/18

ANTERIOR		ATUAL				
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO	DIAS
12/01/2018	4951	09/02/2018	5218	1	267	28

APRESENTAÇÃO

19/02/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

14/03/2018

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R$)	Base Calc. ICMS (R$)	Alíq. ICMS	ICMS (R$)	Base Calc. Pis/Cofins (R$)	PIS (R$) (1,1282%)	COFINS (R$) (5,1934%)
0601	Consumo em kWh	267,000	0,741830	198,07	198,07	27	53,48	198,07	2,23	10,29
	LANCAMENTOS E SERVICOS									
0807	CONTRIB SERV.ILUM.PUBLICA			8,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018			3,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0603	2ª VIA C/REAVISO 01/2018			2,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2018			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	CCI: Código de Classificação do Item — Total:			214,18	198,07		53,47	198,07	2,23	10,29

COMPREVE... PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

ATENÇÃO

Média últimos meses (kWh)

248

VENCIMENTO

26/02/2018

TOTAL A PAGAR

R$ 214,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

JAN/18	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17
257	263	132	153	171	221	212	244	354	404	420	153

Reservado ao FISCO

d496.da28.daf2.5cdb.2271.ade4.ac92.4989

energisa

Paraíba

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/02/2018	R$ 214,18	280012-2018-02-2

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
Roteiro: 007-0001-409-3140
83640000002-9 14180149000-6 02800122018-6 02200001019-3

ENERGISAPB...

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140 0
Nº do Medidor: 00008162616
Referência: FEV/18
Emissão: 14/02/2018

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
Nº 002.198.856

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

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Conjunto Ilha do Bispo

	LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)	
DIC MENSAL	4,95	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	9,91		CONTRATADA	
DIC ANUAL	19,82		LIMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,23	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	6,47			
FIC ANUAL	12,9			
DMIC	2,77	0,00		
DICRI	12,22			

CANAL DE CONTATO

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

COMPREVE... 21 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA PB	[illegible]	[illegible]
COMPRA DE ENERGIA	[illegible]	[illegible]
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	[illegible]	[illegible]
ENCARGOS SETORIAIS	[illegible]	[illegible]
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	[illegible]	[illegible]
OUTROS SERVIÇOS	[illegible]	[illegible]
TOTAL	214,18	100,00

CONTA REFERENTE A

FEV/18

ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	CONSTANTE	CONSUMO	DIAS
12/01/2018	4951	09/02/2018	5218	1	267	28

APRESENTAÇÃO

19/02/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

14/03/2018

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R$)	Base Calc. ICMS (R$)	Alíq. ICMS	ICMS (R$)	Base Calc. Pis/Cofins (R$)	PIS (R$) (1,1282%)	COFINS (R$) (5,19945...)
0601	Consumo em kWh	267,000	0,741830	198,07	198,07	27	53,47	198,07	2,23	10,29
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIB SERV.ILUM.PUBLICA			8,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 01/2018			0,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 01/2018			3,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0603	2ª VIA C/REAVISO 01/2018			2,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI: Código de Classificação do Item	Total:			214,18	198,07		53,47	198,07	2,23	10,29

ATENÇÃO

Média últimos meses (kWh)

248

VENCIMENTO

26/02/2018

TOTAL A PAGAR

R$ 214,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

JAN/18	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAI/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17
257	263	132	113	171	221	212	244	354	404	420	153

Reservado ao FISCO

d496.da28.daf2.5cdb.2271.ade4.ac92.4989

energisa

Paraíba

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
Roteiro: 007-0001-409-3140
83640000002-9 14180149000-6 02800122018-6 02200001019-3

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/02/2018	R$ 214,18	280012-2018-02-2

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ana Glória da Silva Câmara inscrito (a) no CPF/CNPJ 365.023.914-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.416.744-91, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Paulo Pereira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.416.744-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

X 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.

PROTOCOLO 21 MAR 2018 AG. JOÃO PESSOA

Endereço		Número	Complemento
R. da República		390	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	João Pessoa	PB	58010-180
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

J. Pessoa, 13 de 03 de 2018
Local e Data

Ana Glória da Silva Câmara
Assinatura do Declarante

DLDRL 001 V001/2017

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ana Glória da Silva Câmara inscrito (a) no CPF/CNPJ 365.023.914-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.416.744-91, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Paulo Pereira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 964.416.744-91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

X 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.

PROTOCOLO 21 MAR 2018 AG. JOÃO PESSOA

Endereço		Número	Complemento
R. da República		390	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	João Pessoa	PB	58010-180
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

J. Pessoa, 13 de 03 de 2018
Local e Data

Ana Glória da Silva Câmara
Assinatura do Declarante

DLDRL 001 V001/2017

Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
9ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Juripiranga/PB

GOVERNO DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº.007/2017

Aos 10 (dez) dias de Janeiro de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de Juripiranga/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Dr. **LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo, escrivão ad hoc Ryzemberg G. de Lima Santos, aí, por volta 11h:15min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

PAULO PEREIRA DA SILVA, brasileiro, convivente em união estável, vigilante, natural de Itambé/PE, afirma só saber assinar o próprio nome, com 51 anos de idade, nascido aos 01.06.1965, filho de Pedro Pereira da Silva e Creuza Cazele da Silva, residente na Rua Projetada H, s/nº – Juripiranga/PB, RG. 3.493.356 – 2ª via SSDS/PB, CPF 964.416.744-91, telefone: (83) 98890-8649.

A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) Natureza do fato: queda de motocicleta;
2) data do fato: 12 de outubro de 2016;
3) Horário do fato: por volta das 22:00horas;
4) Local do fato: Avenida Brasil, Juripiranga/PB.

5) Breve resumo do fato:

O noticiante relata que transitava com sua motocicleta pela Avenida Brasil, Centro de Juripiranga/PB, quando o pneu da moto "derrapou", ocasionando a queda do noticiante; QUE, foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital de Traumas de João Pessoa/PB, ficando internado por cerca de 21 (vinte e um) dias; QUE, a motocicleta é um HONDA/NXR150 BROX E5, COR PRETA, PLACA PFI5538, CHASSI 9C2KD0550BR035570, ANO/MODELO 2011/2011, CRLV EM NOME DE RAFAELA MARTINS SOARES DOS SANTOS.

6) Testemunhas

Não consta.

7) Noticiado

Não consta.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Certidão válida por 30 dias.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão ad hoc que digitei.

PAULO PEREIRA DA SILVA
Comunicante

Escrivão/Agente
Matrícula nº 156.463-3

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MAYLSON JUSTINO DE ARAÚJO,

RG nº 8.329.273, data de expedição 03/07/2007

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 097.063.234-73, com domicílio na cidade de CONDADO, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA LORIVAL LIMA, nº 57,

complemento ____________, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Paulo Pereira da Silva, cujo o condutor era Paulo Pereira da Silva.

Veículo: Moto Honda
Modelo: NXR 150 BROX ES
Ano: 2011
Placa: PFI5538
Chassi: 9C2KD0550BR035570
Data do Acidente: 12/10/2018
Local e Data: Timbaúba, 18/12/2018

OFÍCIO

Maylson Justino de Araújo
Assinatura do Declarante

____

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

2º Serviço Notarial e Registral de Timbaúba
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de MAYLSON JUSTINO DE ARAÚJO. Timbaúba/PE, 18/12/2018 10:13:22, o referido é verdade. Dou fé. Emolumentos: R$ 3,59 TSNR: R$ 0,80 Total: 4,79. -HCA9419-B

Maria José Rodrigues Aguiar de Lima - Substituta
Selo digital: 0150730.JRV11201801.01996
Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA
Sem efeito

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº		Data:	12/10/16
Paciente:	Paulo Pereira da Silva, 51 anos		
Origem:			
Solicitante:		Clínica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente vítima de queda de moto, hoje.
Queixa de dor em MID.
Raio X: Fratura completa de tíbia e fíbula D.

Solicito avaliação e conduta

COMPREV SECU[illegible]
21 MAR. 2016
PROTOCO[illegible]
AG. JOÃO PE[illegible]

Medicação administrada

1) Tramal 01 amp.
2) Nausedron 01 amp.

Dra. Agna Aricléle Leal de Queiroz Sousa
Médica
CRM: 8201-PB

Encaminhamento para:	Ortopedia
Serviço Social	

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: PAULO PEREIRA DA SILVA
Idade: 51A
Data do exame: 12-10-2016

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Fratura da fíbula proximal e tíbia distal.

COMPREV SECRETARIA ... 21 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Dr. Methódio M. Pereira Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB
CEP: 58.360-000
Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0907/2017

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CÂMARA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento Nº 895057 e prontuário nº 2016.10.001188 pertencente a **PAULO PEREIRA DA SILVA** que foi atendido dia 13/10/2016 ás 00H46min, paciente vitima de queda de moto, apresentando deformidade em perna direita.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 1/3 distal da tíbia e de colo da fíbula direita. Realizado cirurgia dia 24/10/16 e alta medica dia 26/10/16.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de julho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3883

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018

Ficha Nr: 895057 Atd: Nao Regula

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
... FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
...-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: (83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Data: 13/10/2016
Hora: 00:46:13
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SER
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.10.001188

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3493356 Fone: 988908649
Natural: ITAMBE/PE Data Nasc.: 01/06/1965 Id: 51 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, SNºSUS 706101042059260
Bairro: CENTRO Cidade: JURIPIRANGA UF :PB
Pai: PEDRO PEREIRA DA SILVA
Mae: CREUZA CAZELE DE MOURA
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Acomp.: ESPOSA/MARIA
...Docum. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:
FC:	TP:
Peso:	Altura:
Glicemia:	IMC:
Abd:	O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem	[ ] Grave
[ ] Politraumatizado	[ ] Convulsao
[ ] Hemorragia	[ ] Dispineia
[ ] Diarreia	[ ] Agitado
[ ] Regular	[ ] Chocado
[ ] Vomito	

Observacao

Talyta Confessor
Tec. de Enfermagem
COREN: 771.333

Queixa Principal
- suposta fratura de tíbia e fíbula (D)
Pct referenciado de Itabaiana c/ provável fratura fechada dos ossos da perna D.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx perna D AP+P.

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicação

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018

Dr. ...
ORTOPEDIA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM ...

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13 / 10 / 16

Nome: Paulo Pereira da Silva. Idade: 52a Enfermaria: ______ Leito: ______
Prontuário: ______
Nome da Mãe: ______ Bairro: ______
Endereço: ______ Fone: ______ Profissão: ______
Cidade: ______ Estado: ______ Estado Civil: ______ Religião: ______
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: ______ Data de Nascimento __/__/__
Escolaridade: ______

QPD: Pct com dor + deformidade na perna D; teve
HDA: traumatismo contuso - Afirma ter sofrido queda de motocicleta.

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 21 MAR. 2016

Medicações em uso: ______

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ]Prurido [ ]Sudor [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: ______

Pele: ______

Cabeça e Pescoço: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: ______ Visão: ______

AR e ACV: [ ]Dor ______ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema ______ Outros: ______

ABD: [ ]Dor ______ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náu [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volun

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: ______

SME: [ ]Dor ______ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]Deformid [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade ______ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TAMIZIO BURITY

JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Paulo Pereira da Silva				Registro: 2016.10.001188	
Idade: 51 anos	Sexo: M	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 24/10/2016	Cirurgião: Dr. Umberto Jonsen			1º Assistente: Dr. Renan	
2º Assistente: Dr. Francisco Tulio		3º Assistente:		Instrumentador: Marina Maria	
Anestesista: Dr. Aníbal		Tipo Anestesia: Raqui		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura de ossos de perna direita	S82.9

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
Fratura de ossos da perna direita	S82.9

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Osteossíntese de fratura de ossos da perna direita	

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha Nº:

Data: 12/10/16

Paciente: Paulo Pereira da Silva, 51 anos

Origem:

Solicitante:

Clínica:

Motivos do Encaminhamento

Paciente vítima de queda de moto, hoje.
Queixa de dor em MID.
Raio X: Fratura completa de tíbia e fíbula D.

Solicito avaliação e conduta.

COMPREV SECU...
21 MAR. 2016
PROTOCO...
AG. JOÃO PE...

Medicação administrada

1) Tramal 01 amp.
2) Nausedron 01 amp.

Dra. Agna Aricélia Leal de Queiroz Sousa
Médica
CRM 8201-PB

Encaminhamento para: Ortopedia

Serviço Social

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HRI - HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Paciente: PAULO PEREIRA DA SILVA
Idade: 51A
Data do exame: 12-10-2016

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Fratura da fíbula proximal e tíbia distal.

COMPREV SECRETARIA ... 21 MAR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Dr. Methódio M. Pereira Diniz Filho CRM: 5730

Endereço: Avenida Deputado Adauto Pereira de Lima, s/n
Loteamento Nova Itabaiana – Itabaiana/PB
CEP: 58.360-000
Tel.: (83) 3281-2640 / Tel./Fax: (83) 3281-2156

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0907/2017

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CÂMARA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento Nº 895057 e prontuário nº 2016.10.001188 pertencente a **PAULO PEREIRA DA SILVA** que foi atendido dia 13/10/2016 ás 00H46min, paciente vitima de queda de moto, apresentando deformidade em perna direita.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 1/3 distal da tíbia e de colo da fíbula direita. Realizado cirurgia dia 24/10/16 e alta medica dia 26/10/16.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de julho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância á Saúde
CRM/PB 3883

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018

Ficha Nr: 895057 Atd: Nao Regula

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
... FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N
...-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Data: 13/10/2016
Hora: 00:46:13
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SER
Clinica: TRAUMATOLOGICA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.10.001188

DADOS DO PACIENTE
Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3493356 Fone: 988908649
Natural: ITAMBE/PE Data Nasc.: 01/06/1965 Id: 51 ano(s)
End.: RUA PROJETADA,SNºSUS 706101042059260
Bairro: CENTRO Cidade: JURIPIRANGA UF :PB
Pai: PEDRO PEREIRA DA SILVA
Mae: CREUZA CAZELE DE MOURA
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
...: ESPOSA/MARIA
...Resp. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:
FC:	TP:
Peso:	Altura:
...emia:	IMC:
...Abd:	O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia
[ ] Diarreia [ ] Agitado
[ ] Regular [ ] Chocado
[ ] Vomito

Observacao

Tallyta Confessor Tec. de Enfermagem COREN: 771.333

Queixa Principal
- suposta fratura de tíbia e fíbula (D)
Pct referenciado de Itabaiana c/ provável fratura fechada dos ossos da perna D.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx perna D ... APP.

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicação

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018

Dr. ... ORTOPEDIA CIRURGIA DA COLUNA CRM ...

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 13/10/16

Nome: Paulo Pereira da Silva. **Idade:** 52a **Enfermaria:** ______ **Leito:** ______
Prontuário: ______
Nome da Mãe: ______ **Bairro:** ______
Endereço: ______ **Estado:** ______ **Fone:** ______ **Profissão:** ______
Cidade: ______ **Estado Civil:** ______ **Religião:** ______
Sexo: F ( ) M ( ) **Cor:** ______ **Data de Nascimento** __/__/__
Escolaridade: ______

QPD: Pct com dor [e] deformidade na perna dir; ~~tem~~ teve
HDA: traumatismo contuso - Afirma ter sofrido queda de motocicleta.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2016

Medicações em uso: ______

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ]Prurido [ ]Sudor
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: ______

Pele: ______

Cabeça e Pescoço: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: ______ Visão: ______

AR e ACV: [ ]Dor ______ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise
[ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema ______ Outros: ______

ABD: [ ]Dor ______ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náu
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volun

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: ______

SME: [ ]Dor ______ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]Deformid
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade ______
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TAMIZIO BURITY

JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Paulo Pereira da Silva				Registro: 2016.10.001188	
Idade: 51 anos	Sexo: M	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 24/10/2016	Cirurgião: Dr. Umberto Jonsen			1º Assistente: Dr. Renan	
2º Assistente: Dr. Francisco Tulio		3º Assistente:		Instrumentador: Marina Maria	
Anestesista: Dr. Aníbal		Tipo Anestesia: Raqui		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura de ossos de perna direita	S82.9

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
Fratura de ossos da perna direita	S82.9

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Osteossíntese de fratura de ossos da perna direita	

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 21 MAR. 2018

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Paula Pereira Silva				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 53 anos	SEXO: Masc	CNS	CLÍNICA: ORTOPEDICA	ENF: 28	LEITO: 422
DATA DE ADMISSÃO: 05.09.18		DATA DE ALTA: 12.09.18		TEMPO DE PERMANÊNCIA	

DIAGNÓSTICO INICIAL: AMC Tíbia (D) — CID:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: RX Perna D + HC + URS + PCR.

PROCEDIMENTO REALIZADO: Retirada material de síntese + Limpeza cirúrgica.

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O. [ ] SIM [X] NÃO — COLETA DE MATERIAL [ ] SIM [X] NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA: [X] MELHORADO [ ] REMOVIDO [ ] A PEDIDO [ ] CURADO [ ] ÓBITO

RESUMO CLÍNICO — HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES:
Paciente com AMC Tíbia D; submetido a RTO cirúrgica com limpeza + retirada material síntese.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Via VO

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 45 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em ___ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina.

PREV PREVIDÊNCIA S.A. 31 JAN. 2019 PROTOCOLO PESSOAL

RETORNO
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr Jonson em 30 dias para revisão.

12.09.18
DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS

NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8 | 1-CPF 2-CGC: 2 | 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.

BAIRRO: MANGABEIRA II MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

PACIENTE Paulo Pereira da Silva

ENDEREÇO

BAIRRO

IDENTIDADE | IDADE

ORIGEM

PAM
SES
SSM

DADOS CLÍNICOS

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

Rao X Mão para AP e Perfil

EXAMES SOLICITADOS

01 / 10 / 18
DATA

Dr. Umberto Jansen
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5765 TEOT 11163

CARIMBO E ASSSINATURA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
31 JAN. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.493.356 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2012

NOME PAULO PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO PEDRO PEREIRA DA SILVA
CREUZA CAZELE DE MOURA

NATURALIDADE ITAMBE-PE

DATA DE NASCIMENTO 01/06/1965

DOC ORIGEM NASC.N.7608 FLS.234V LIV.39A
CARTORIO ITAMBÉ-PE

CPF 964.416.744-91

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CONFERE COM O ORIGINAL

21 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA