



Número: **0814047-02.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA registrado(a) civilmente como ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76567218	25/07/2023 11:27	Petição	Petição
76567220	25/07/2023 11:27	2823989_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
76567222	25/07/2023 11:27	2823989_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/07/2023 11:27:40

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072511274019100000072116022>

Número do documento: 23072511274019100000072116022

Num. 76567220 - Pág. 1



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





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 contato 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.

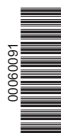
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00181/00182 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13607230





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.br** 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

Carta nº 13607761

Pag. 01723/01724 - carta_01 - INVALIDEZ





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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/07/2023 11:27:40

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072511274019100000072116022>

Número do documento: 23072511274019100000072116022

Num. 76567220 - Pág. 5



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



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 físico: Paciente com marcha claudicante, déficit 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 0-110°), tornozelo com déficit de dorsiflexão (0-15°), flexão plantar (0-25°). Atrofia de coxa direita e edema crônico de perna direita ++/+++.

Resultados terapêuticos: Paciente com história 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 há 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 físico: 06/02/2019

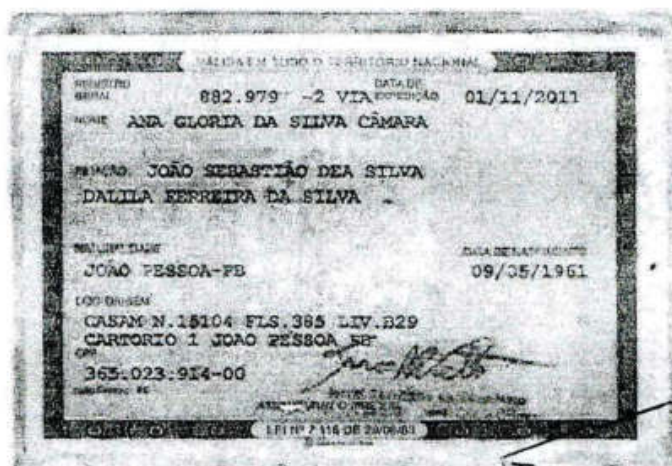
Conduta mantida:

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





PROTOCOLADO
21 MAR 2018
AG. JOÃO PESSOA

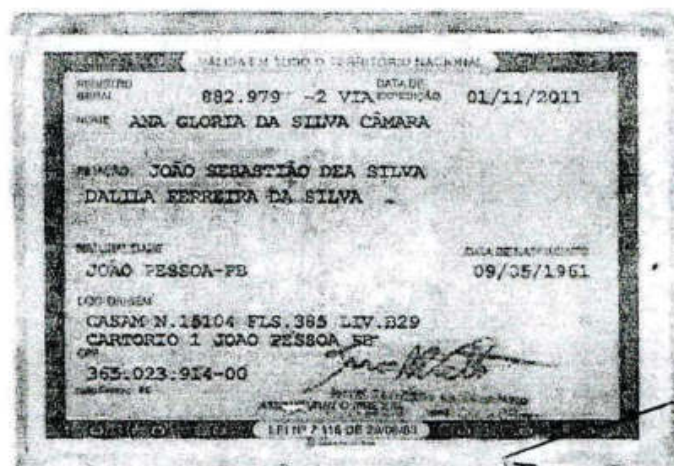




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.493.356 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	25/04/2012
NOME	PAULO PEREIRA DA SILVA
FILIAÇÃO	PEDRO PEREIRA DA SILVA CREUZA CAZELE DE MOURA
NATURALIDADE	ITAMBE-PE
DATA DE NASCIMENTO	01/06/1965
DOC. ORIGEM	NASC.N.7608 FLS.234V LIV.39A CARTORIO ITAMBE-PE
CNPJ	964.416.744-91
Assinatura do Titular	<i>Paulo Pereira da Silva</i>
Assinatura do Diretor	<i>Israel Amador</i>
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83	

COPIA PRECISA
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PROTOCOLADO
21 MAR 2018
AG. JOÃO PESSOA



**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, déficit 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 0-110°), tornozelo com déficit de dorsiflexão (0-15°), flexão plantar (0-25°). 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?

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente com história 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)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente com marcha claudicante, déficit 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 0-110°), tornozelo com déficit de dorsiflexão (0-15°), flexão plantar (0-25°). 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



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

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

() "Sem sequelas permanentes" (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 às 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 Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB





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, af, 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 ES, 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.

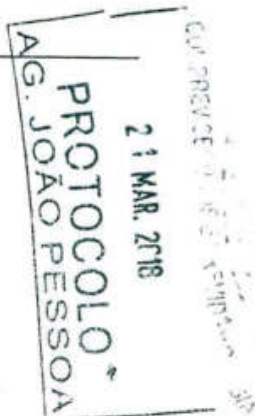
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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 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

CPF: 964.416.744-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/10/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DA SILVA

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

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
CPF: 365.023.914-00

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

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 Cláudia da Silva
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: viúva
Identidade: 882.779
CPF: 265.023.914-00
Profissão: do lar
Endereço: R. da República, nº 390
CEP: 58010-180
Telefone: 83 98873-0311

AG. JOÃO PESSOA
21 MAR. 2018
PROTOCOLADO

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 perícia médica e solicitar reexame, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato e fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: Paulo Pereira da Silva

João Pessoa, 07/03/2018

Local e data

Paulo Pereira da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



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 Cláudia da Silva
Nacionalidade: brasileira
Estado Civil: viúva
Identidade: 882.779
CPF: 265.023.914-00
Profissão: do lar
Endereço: R. da República, nº 390
CEP: 58010-180
Telefone: 83 98873-0311

21 MAR. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO

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 perícia médica e solicitar reexame, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato e fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: Paulo Pereira da Silva

João Pessoa, 07/03/2018
Local e data

Paulo Pereira da Silva
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411323/18

Número do Sinistro: 3180532875

Vítima: PAULO PEREIRA DA SILVA

CPF: 964.416.744-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/10/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Dedaração 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

Data da entrega: 20/12/2018
Nome: ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
CPF: 365.023.914-00

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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
	CEP	Telefone (DDD)
Email		18318616-2893

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

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
4913	00003734		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pereira da Silva de 03 de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

PROTOCOLADO
21 MAR. 2018
JOÃO PEREIRA DA SILVA





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
	CEP	CEP
Email	Telefone (DDD)	
	18318616-2893	

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

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

4913

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

00003734

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

DIV

CONTA

NRO.

DIV

(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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Paulo Pereira da Silva de 03 de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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, af, por volta 11h:15min, compareceu a **PESSOA** a seguir qualificada:

PAULO PEREIRA DA SILVA, brasileiro, convivente em união estável, vigilante, natural de Itambe/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 ES, 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.

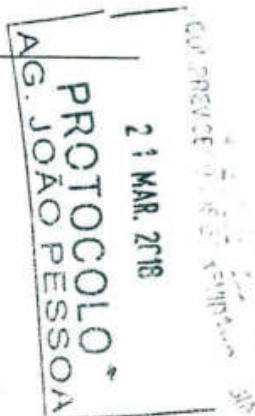
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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





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, af, 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 ES, 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.

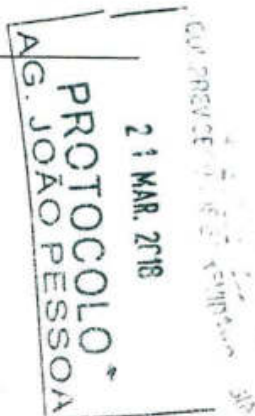
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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



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 Paulo Pereira do Silva CPF da Vítima 964.416.744-91 Data do Acidente 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:

- ☒ 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.

Pessoa de 07 de março de 2018
Local e Data

Suelio Moreira Torres
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

PROTOCOLADO
21 MAR. 2018
AG. JOÃO PÉ



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: Paulo Pereira do Silva CPF da Vítima: 964.416.744-91 Data do Acidente: 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:

- ☒ 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.

ferrera 07 de março de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

PROTOCOLADO
21 MAR. 2018
AG. JOÃO PÉ





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SUS

6644996

CGC/CNPJ: 08.778.268/0049-05

6644996

CGC/CNPJ: 08.778.268/0049-05

HOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

IND.: AVENIDA DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 01

11

ITABAIANA

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

1. 6644996

2. 08.778.268/0049-05

3. 11

4. ITABAIANA

5. PARAIBA

6. 25

Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARD

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: Nº: 0

Endereço: RUA REQJETADA

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790

CADASTRO

Telefone para contato (00) 0000-0000

CNS: 706101042059260

Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35

PA: _____

TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de moto, hoje.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/07/2023 11:27:40
https://pje.tipb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072511274019100000072116022
Número do documento: 23072511274019100000072116022
Num. 76567220 - Pág. 26



SUS				ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE			
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL							
CÓDIGO DA UNIDADE: 6644996		CGC/CNPJ: 08.778.268/0049-05					
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA							
END.: AVENIDA DEPUTADO ADAUTO PEREIRA DE LIMA, 01							
MUNICÍPIO: ITABAIANA		ESTADO: PARAIBA		UF: 25			
Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA							
Nome: PAULO PEREIRA DA SILVA							
Raça/Cor: PARD							
Dt Nasc: 01/06/1965		Idade: 51 ano(s)		mês(es) de Idade		Sexo: M	
Mãe: CREUZA CAZE DE MOURA							
Profissão: VIGILANTE				Documento: Nº: 0			
Endereço: RUA REQJETADA							
Bairro: CENTRO							
Município-UF - CEP - IBGE: JURUPIRANGA - PB - 58330000 - 250790							
Telefone para contato (00) 0000-0000				CNS: 706101042059260			
Data e Hora: 12/10/2016 22:55:35				SSVV			
PESO: _____		PA: _____		TEMP.: _____			
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)							
Queda de moto, braço.							
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)							
RESULTADOS							
RECEPCIONISTA: VALERIA MARIA							

1. Traumatismo de membros superiores e inferiores, EV.		2. Varizes de membros superiores e inferiores, EV.		3.		4.	
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: CURTIDOR		21 MAR 2019		PROTOCOLO: 23072511274019100000072116022	
Fratura da tibia e fíbula do pé direito		CID-10: _____		ENCAMINHAMENTO:		MEDICAÇÃO:	
1. PRESCRITA		2. APLICADA		OBSERVAÇÃO		RESIDÊNCIA	
OUTRO HOSPITAL		ÓBITO		INTERNAÇÃO		OUTROS	
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:		1. 02010406000916		2. 02010406000518		3.	
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)		MÉDICO RESPONSÁVEL		CBO		ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	
ASS. DO REVISOR TÉCNICO		CARIMBO		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO		CARIMBO	



ENERGISA PB...



ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 350 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica

Roteiro: 007-0001-409-3140

Nº do Medidor: 00008162616

Referência: FEV/18

Emissão: 14/02/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Grupo Refeitor - João Pessoa/PB - CEP 58011-000
CNPJ 09.895.183 / 0001-40 Ins. Tal. 16.015.823-8

Nota Fiscal/Carteira de Energia Elétrica
NF-002.108.856

Atendimento ao Cliente: ENERGISA
Na ligação, informe o nome da conta.

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesso: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade		12/2017	Conjunto	Índice do Sapo
LIMITE DA ANEL		APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)	
DAC MENSAL	4,95	0,00	NOMINAL	220
DAC TRIMESTRAL	9,91		CONTRATADA	
DAC ANUAL	19,82		LIMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,23	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	6,47			
FIC ANUAL	12,9			
DIST	2,77	0,00		
DISTO	12,27			

UC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DAC: diferença, em horas, da maior interrupção de energia no período. DIST: Duração da interrupção de energia. DISTO: soma das interrupções de energia no período. FIC: diferença, em horas, da maior interrupção de energia no período. FIC: diferença, em horas, da maior interrupção de energia no período. FIC: diferença, em horas, da maior interrupção de energia no período.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 350

JOAO PESSOA

CEP 58010-180

CEP 58010-180

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	207,000	214,18

CONTA REFERENTE A

FEV/18

APRESENTAÇÃO

19/02/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LECTURA

14/03/2018

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI Descrição	Quantidade	Tarifa C/ Tributos	Kcal Total	Base Calc. ICMS (R\$)	Alto ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	PIS (R\$)	Base Calc. COFINS (R\$)	COFINS (R\$)
0601 Consumo em kWh	207,000	0,741830	198,07	198,07	27	53,47	198,07	2,23	10,29	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607 CONTRIB. SERV. ELÉTR. PÚBLICA			8,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0604 JUROS DE MORA 2/2018			6,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0605 MULTA 01/2018			3,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0603 J. V. CANCELADO 01/2018			2,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0606 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,29	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)

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

Reservado ao FISCO

d406.da28.daf2.5cd.2271.ade4.sc92.4089



Paraíba

ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83640000002-9 14180140000-6 02800122018-6 02200001019-3



VENCIMENTO
26/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 214,18

MATRICULA
280012-0218-03-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/07/2023 11:27:40

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072511274019100000072116022>

Número do documento: 23072511274019100000072116022

Num. 76567220 - Pág. 28

PAULO PEREIRA DA SILVA
RUA RIO GRANDE DO NORTE, S/N - RESIDENCIAL - CENTRO
J. R. PIRANGA / PB CEP: 58330000 (AG: 113)
Emissão: 17/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-23E Km25 - Cid. Repetitor: João Pessoa / PB - CEP: 58071-980
Rotômetro: 9-117-780-3926 Nº medidor: 30308223954

Energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.985.182/0001-40 Insc. Est. 18.015.923-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 0012.466.811
Cód. para Dct. Automático: 0091800291

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista de próxima leitura	CNPJ / CNPJ / RAN
Set / 2018	17/09/2018	17/10/2018	064.416.744-01
			Insc. Est.

UF (UF do cliente): 51/1885028-1

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/09/18	Leitura 5788	Data 17/09/18	Leitura 5813	
			1	175
				51
Demonstrativo				
Consumo em kWh				
0601	175,000	0,798020	139,78	139,78
0601	Adc. B Vermeja	12,77	12,77	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607	CONTRIB. LIT. PÚBLICA	8,28	0,00	0
0604	JUROS DE A DRA 08/2018	0,34	0,00	0
0605	MULTA 08/2018	2,88	0,00	0
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,11	0,00	0

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 182,06 152,53 41,18 152,53 1,23 5,88

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
26/09/2018 R\$ 162,05

Histórico de Consumo (kWh)
126 | 182 | 156 | 155 | 177 | 124 | 132 | 106 | 109 | 190 | 140 | 177
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

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

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	7,28	0,00	Serviços de Dist. de Energia/PB	34,08	21,03
DIG TRIMESTRAL	14,59		Companhia de Energia	57,07	35,18
OP. CIVIL	28,88		Serviço de Transmissão	9,30	5,74
FC MENSAL	3,42		Encargos Setoriais	8,06	4,97
FC TRIMESTRAL	8,25		Impostos Diretos e Encargos	57,49	35,54
FC ANUAL	13,79		Outros Serviços	0,00	0,00
DIG	4,14				
DIG	12,22				
			Total	162,06	100,00

ATENÇÃO
- AVISO: Permanecendo em posse de energia, o cliente deve pagar a taxa de consumo e a taxa de manutenção da rede elétrica. O não pagamento pode acarretar a suspensão momentânea e definitiva do serviço de energia elétrica.
Valor do EUSD (R\$) 7/2018: R\$ 47,18
Jul/18 155,39

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





ENERGISA PB...



ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 350 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica

Roteiro: 007-0001-409-3140

Nº do Medidor: 00008162616

Referência: FEV/18

Emissão: 14/02/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Grupo Refeitor - João Pessoa/PB - CEP 58011-000
CNPJ 03.895.183 / 0001-40 Ins. Tal. 16.015.823-8

Nota Fiscal/Carteira de Energia Elétrica
NF-002.108.856

Atendimento ao Cliente: ENERGISA
Na ligação, informe o código de acesso.

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesso: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade		12/2017	Conjunto	Limite do Bepo
CÍMITE DA ANEEL	APURADO			
DIQ MENSAL	4,95	0,00	NOMINAL	220
DIQ TRIMESTRAL	9,91		CONTRATADA	
DIQ ANUAL	19,82		LIMITE INFERIOR	202
FIQ MENSAL	3,23	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
FIQ TRIMESTRAL	6,47			
FIQ ANUAL	12,93			
DIQCT	2,77	0,00		
DIQCT3	12,22			

DIQ: nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIQ: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DIQCT: diferença, em horas, da maior interrupção de energia no período. DIQCT3: diferença da maior interrupção de energia no período de 3 meses. FIQCT: número de vezes que o cliente ficou sem energia no período. FIQCT3: número de vezes que o cliente ficou sem energia no período de 3 meses. A aplicação das penalidades de qualidade é feita de acordo com o índice de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 350

JOAO PESSOA

CEP 58010-180

CEP 58010-180

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR	%
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00
ENERGIA DE ILUMINAÇÃO	10,00	10,00	10,00

CONTA REFERENTE A

FEV/18

APRESENTAÇÃO

19/02/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LECTURA

14/03/2018

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI Descrição	Quantidade	Tarifa C/ Tributos	Kcal Total	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	PIS (R\$)	Base Calc. COFINS (R\$)	COFINS (R\$)
0601 Consumo em kWh	267,000	0,741830	198,07	198,07	27	53,47	198,07	2,23	10,29	10,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			8,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604 JUROS DE MORA 2/2018			6,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605 MULTA 01/2018			3,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0603 1ª VIA CANCELADO 01/2018			2,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0606 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,29	0,00	0	0,00	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	10,29

ATENÇÃO

Média últimos meses (kWh)

248

VENCIMENTO

26/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 214,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

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

Reservado ao FISCO

d406.da28.daf2.5cd.2271.ade4.sc92.4089



Paraíba

ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

8364000002-9 14180140000-6 02800122018-6 02200001019-3



VENCIMENTO 26/02/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 214,18

MATRICULA 280012-0218-03-2





ENERGISA PB...



ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 350 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica

Roteiro: 007-0001-409-3140

Nº do Medidor: 00008162616

Referência: FEV/18

Emissão: 14/02/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Grupo Refeitor - João Pessoa/PB - CEP 58011-000
CNPJ 03.895.183 / 0001-40 Ins. Tal. 16.015.823-8

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica

Nº 002.108.856

Atendimento ao Cliente: ENERGISA
Na ligação, informe o código de acesso.

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesso: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

CANAL DE CONTATO

- Levoa choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não esqueça a fazer seguro. De 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.

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Conjunto - Iha do Bapo			
CÍMITE DA ANEL	APURADO	LÍMITE DE TENSÃO (V)	
DIC MENSAL	4,99	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	9,91	CONTRATADA	
DIC ANUAL	19,82	LÍMITE INFERIOR	202
FIC MENSAL	3,23	LÍMITE SUPERIOR	231
FIC TRIMESTRAL	6,47		
FIC ANUAL	12,9		
DIC	2,77		
DIC	12,22		

UC: nº de horas que o cliente ficou sem energia. DIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DTC: Duração da interrupção de energia no decorrer do ano em horas. Pondera: valores trimestrais ajustados sobre os períodos de análise para obtenção de indicadores de qualidade e compensação. F: fator de consumo médio anual e qualquer tempo, a aplicação dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 350

JOAO PESSOA

CEP 58010-180

CEP 58010-180

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
TERMINAL DE TRANSFORMADOR ENERGIA	KVA	220,00
CORRETA DE ENERGIA	KVA	220,00
SEMI-CONJUNTO DE TRANSFORMADOR	KVA	220,00
ENCARGOS DE ENERGIA	KVA	220,00
ENCARGOS DE ENERGIA	KVA	220,00
ENCARGOS DE ENERGIA	KVA	220,00
ENCARGOS DE ENERGIA	KVA	220,00
TOTAL	KVA	220,00

CONTA REFERENTE A

FEV/18

APRESENTAÇÃO

19/02/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LECTURA

14/03/2018

FATURAS EM ATRASO

DEMONSTRATIVO

CCI Descrição	Quantidade	Tarifa C/ Tributos	Kcal Total	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	PIS (R\$)	Base Calc. COFINS (R\$)	COFINS (R\$)
0601 Consumo em kWh	267,000	0,741830	198,07	198,07	27	53,47	198,07	2,23	10,29	10,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607 CONTRIB. SERV. LIM. PÚBLICA			8,91	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604 JUROS DE MORA 2/2018			6,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605 MULTA 01/2018			3,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0603 1ª VIA CANCELADO 01/2018			2,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0606 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			6,29	0,00	0	0,00	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)

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

Reservado ao FISCO

d406.da28.daf2.5cd.2271.ade4.sc92.4089



Paraíba

ANA GLÓRIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83640000002-9 14180140000-6 02800122018-6 02200001019-3



VENCIMENTO

26/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 214,18

MATRICULA

280012-0218-03-2



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo, exposto, eu Ana Glória do Silo Câmara inscrita (a) no CPF/CNPJ 365023.914/00 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 incapacidade 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:

☒ Recuso informar

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

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

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

João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

Ana Glória do Silo Câmara
Assinatura do Declarante



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo, exposto, eu Ana Glória do Silveira Câmara inscrita (a) no CPF/CNPJ 365023.914/00 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 incapacidade 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:

☒ Recuso informar

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

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

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

João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

Ana Glória do Silveira Câmara
Assinatura do Declarante





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, af, por volta 11h:15min, compareceu a **PESSOA** a seguir qualificada:

PAULO PEREIRA DA SILVA, brasileiro, convivente em união estável, vigilante, natural de Itambe/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 ES, 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.

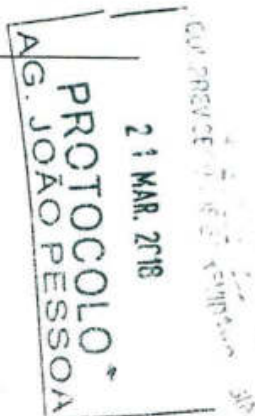
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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



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 099.063.234-73, 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 do Silva, cujo o condutor era
Paulo Pereira do Silva.

Veículo: Motor Honda
Modelo: NXR 150 BROX ES
Ano: 2011
Placa: PFI 5538
Chassi: 9CRKD0550BR035570
Data do Acidente: 12/10/2018
Local e Data: Timbóba, 18/12/2018


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 Timbóba - em ANTONIO ALVARO RODRIGUES AGUIAR - Titular
TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE PROTESTOS - ANTONIO ALVARO RODRIGUES AGUIAR DE LIMA - Substituto
Rua Manoel Pereira Lima, 58 - Timbóba - Pernambuco (CEP: 53010-000) - Fone: (081) 3201-1000 - E-mail: antonioalvarorodrigues@timbo.ba.br

Reconheço, por AUTENTICIDADE a firma de MAYLSON JUSTINO DE ARAÚJO,
Timbóba/PE, 18/12/2018 10:13:22, o referido é verdadeiro. Dou fé,
Emolumentos: R\$ 3,50 TSE: R\$ 0,90 Total: 4,40. -4049419-8

Maria José Rodrigues Aguiar de Lima - Substituta
Selo digital: 0150730.JR/11201801.01996
Consulte a autenticidade em: saa.tjpe.jus.br/selodigital





FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data:	12/10/16
Paciente:	Paulo Pereira da Silva, 51 anos		
Origem:			
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente vítima de queda de moto, hoje.
Anuza de dor em M.I.D.

Raio X: Fratura completa de tíbia e
fíbula D.

Solicitado avaliação e conduto

COLEPREV DECI 166 10/11/16
21 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PE

Medicação administrada

11 Tramadol Olamp.
21 Nauseban Olamp.

Encaminhamento para:

Orto pedos

Serviço Social

Orta. Agma Arizade L. de Queiroz Sousa
Médica
CRM - 8201-PB







**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 tibia distal.

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







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 às 00H46min, paciente vítima 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, Rosângela 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 à Saúde

CRM/PB 3883





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

End: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

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, SNº SUS 706101042059260

Bairro: CENTRO Cidade: JURUPIRANGA UF: PB

Pai: PEDRO PEREIRA DA SILVA

Mae: CREUZA CAZELE DE MOURA

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Estado: ESPOSA/MARIA

Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Temperatura: IMC:

Pulso: O2%:

Queixa Principal

aposta fratura de tíbia e fêmur (D)

Pct referenciado de Itabaitana cl provável fratura fechada dos ossos da perna br.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx perna br. Apep.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Ficha Nr: 895057

Atd: Nao Regular

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Talya Contassor
tec. de enfermagem
COREN: 771.333

AG. JOAO PESSOA
PROTOCOLO
21 MAR 2016

DR. JOAO PESSOA
Cirurgião Geral
CRM 10.202.434/0001-28





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Paulo Pereira de S. S. Data da Admissão: 13/10/16
Prontuário: _____ Idade: 52a Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1/
Escolaridade: _____

QPD: Pct com dor idetormidade na perna an: para ter
HDA: traumatismo contuso - Afirma ter se ferido qued
de motocicleta.

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 Pescoco: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea
☐ 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-reposu ☐ Deformid
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Paulo Pereira de Silva</u>				Registro: <u>2016.10.001188</u>	
Idade: <u>51 anos</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>Ortopedia</u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>24/10/2016</u>	Cirurgião: <u>Dr. Umberto Jansen</u>			1º Assistente: <u>Dr. Roman</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Francisco Telio</u>		3º Assistente: <u></u>		Instrumentador: <u>Marcia Maria</u>	
Anestesista: <u>Dr. Anibal</u>		Tipo Anestesia: <u>Rapida</u>		Horário: <u>I:</u>	<u>T:</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura de ossos da perna direita</u>				<u>S82.9</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura de ossos da perna direita</u>				<u>S82.9</u>	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Osteossíntese de fratura de ossos da perna direita</u>					
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					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data:	12/10/16
Paciente:	Paulo Pereira da Silva, 51 anos		
Origem:			
Solicitante:		Clinica:	

Motivos do Encaminhamento

Paciente vítima de queda de moto, hoje.
Anuza de dor em M.I.D.

Raio X: Fratura completa de tíbia e
fíbula D.

Solicitado avaliação e conduto

COMPREENDIDO
21 MAR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PE

Medicação administrada

11 Tramadol Olamp.
21 Nauseban Olamp.

Encaminhamento para:

Orto pedos

Serviço Social

Dr. Agnir Arizade L. de Queiroz Sousa
Médico
CRM - 8201-PB







**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 tibia distal.

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







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 às 00H46min, paciente vítima 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, Rosângela 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 à Saúde

CRM/PB 3883





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

End: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

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, SNº SUS 706101042059260

Bairro: CENTRO Cidade: JURUPIRANGA UF: PB

Pai: PEDRO PEREIRA DA SILVA

Mae: CREUZA CAZELE DE MOURA

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Estado: ESPOSA/MARIA

Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Temperatura: IMC:

Pulso: O2%:

Queixa Principal

aposta fratura de tíbia e fíbula (D)

Pct referenciado de Itabaitana cl provável fratura fechada dos ossos da perna br.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx perna br. Apep.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Ficha Nr: 895057

Atd: Nao Regular

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Talya Contassor
tec. de enfermagem
COREN: 771.333

AG. JOAO PESSOA
PROTOCOLO
21 MAR 2016

DR. JOAO PESSOA
Cirurgião Geral
CRM 10.202.434/0001-28





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Paulo Pereira de S. S. Data da Admissão: 13/10/16
Prontuário: _____ Idade: 52a Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1/
Escolaridade: _____

QPD: Pct com dor idiomática na perna an. para fazer
HDA: traumatismo contuso - Afirmação de fratura que
de motocicleta.

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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náusea
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

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

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidade
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Paulo Pereira de Silva</u>				Registro: <u>2016.10.001188</u>	
Idade: <u>51 anos</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>Ortopedia</u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>24/10/2016</u>	Cirurgião: <u>Dr. Umberto Jensen</u>			1º Assistente: <u>Dr. Roman</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Francisco Teles</u>	3º Assistente: <u></u>			Instrumentador: <u>Marcia Maria</u>	
Anestesista: <u>Dr. Anibal</u>	Tipo Anestesia: <u>Rapida</u>			Horário: <u>I:</u>	<u>T:</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura de ossos da perna direita</u>				<u>S82.9</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura de ossos da perna direita</u>				<u>S82.9</u>	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Osteossíntese de fratura de ossos da perna direita</u>					
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					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Paula Pereira Silva</u>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>53 anos</u>	SEXO: <u>MASC</u>	CIVIL: <u>solteira</u>	LEITO: <u>422</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>05.07.18</u>	DATA DE ALTA: <u>12.09.18</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Amc Tuber (D)</u>		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Ex Perce A + HC + URS + PCR</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Retirada material de sintoma + limpeza</u>			
TERAPIA MEDICAMENTOSA			
ANÁLISE PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
EVOLUÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			

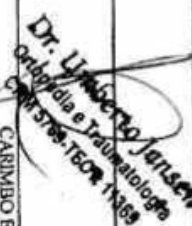
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPIA COMPLICAÇÕES
<u>Paciente com Amc Tuber (D); s-6 metida</u>	
<u>a 772 injec com limpeza +</u>	
<u>retirada material sintoma.</u>	

DIETA: <u>livre</u>		REV FREQÜÊNCIAS 31 JAN. 2019 PROTÓCOLO ESPRESSO
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>30</u> dias Retorno às atividades sem esforço físico em <u>45</u> dias Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>60</u> dias e com esforço maior em <u>60</u> dias	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>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.</u>		
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>aplicação</u>		

RETORNO	Ao posto de saúde em <u>30 dias</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório de <u>Dr. Jansen</u> em <u>30 dias</u> para revisão.
---------	---

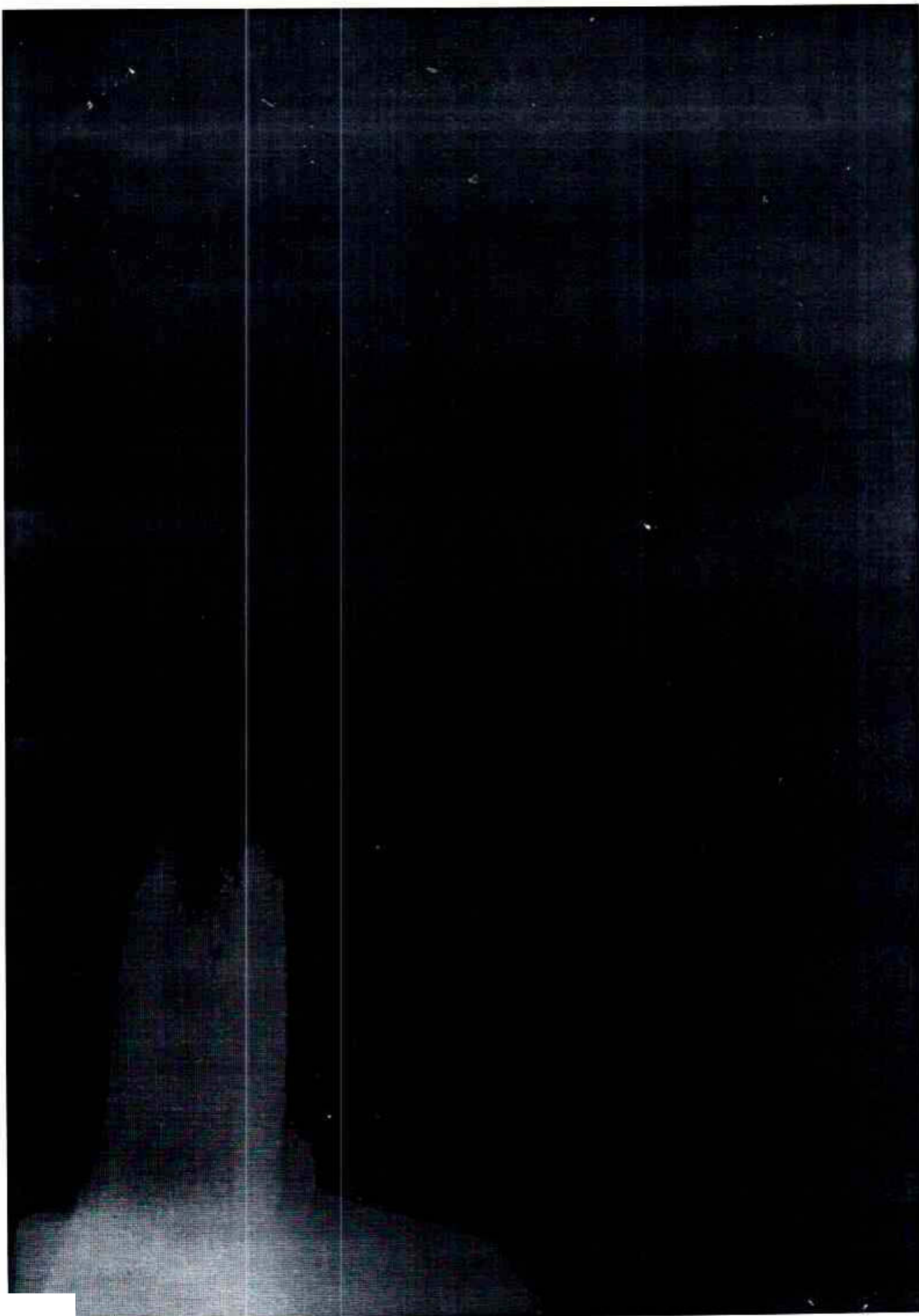
DATA: <u>12.09.18</u>	ASSINATURA: <u>[assinatura]</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



  															
REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS															
NÚMERO DO CADASTRO:	<table border="1"> <tr> <td>2</td><td>3</td><td>9</td><td>9</td><td>6</td><td>2</td><td>8</td> </tr> </table>	2	3	9	9	6	2	8							
2	3	9	9	6	2	8									
L-CPF	2														
2-CGC	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td><td>4</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td> </tr> </table>	1	0	2	0	2	4	3	4	0	0	0	1	2	8
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: <i>Paulo Roberto da Silva</i>	IDENTIDADE														
ENDEREÇO	ORIGEM														
BAIRRO	<table border="1"> <tr> <td>PAM</td><td></td> </tr> <tr> <td>SES</td><td></td> </tr> <tr> <td>SSM</td><td></td> </tr> </table>	PAM		SES		SSM									
PAM															
SES															
SSM															
ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE															
DADOS CLÍNICOS															
MATERIAL A EXAMINAR															
EXAMES SOLICITADOS															
DATA: <i>01/10/18</i>	 Dr. Umberto Jansen <i>Oftalmologista e Oftalmologista</i> <i>CRM 5785-1604-11369</i>														
CARIMBO E ASSINATURA															

SUPREVISÃO PREVIDENCIÁRIA
 31 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AO PESSOA







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	ITAMBE-PE
CNPJ	964.416.744-91
Assinatura do Titular	<i>Paulo Pereira da Silva</i>
Assinatura do Diretor	<i>Israel Amador</i>
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83	

COPIA PRECISA
21 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08140470220198152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PAULO PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de julho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/07/2023 11:27:41
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072511274097600000072116024>
Número do documento: 23072511274097600000072116024

Num. 76567222 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/07/2023 11:27:41
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072511274097600000072116024>
Número do documento: 23072511274097600000072116024

Num. 76567222 - Pág. 3