
Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190690953

Vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO

Data do Acidente: 03/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SWILTON TAVARES BERNARDO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190690953

Vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO

Data do Acidente: 03/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SWILTON TAVARES BERNARDO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **SWILTON TAVARES BERNARDO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000003439-8**

Conta: **000009130-8**

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



Exclua (de) tipo(s) de cobertura: DANOS (EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE(S)) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 029.109.774-11 4 - Nome completo da vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (DÍTIMA, BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 462/2002

5 - Nome completo: SWILTON TAVARES BERNARDO 6 - CPF: 029.109.774-11
 7 - Profissão: TRABALHADOR 8 - Endereço: RUA JOSE DO ALMEIDA CONTINHO 9 - Número: 786 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: MANGUEIRA 12 - Cidade: J. PASSO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56259286
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 121.3926.339

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO PAI, CURADOR/TUTOR

CONTA POUPEMANÇA (destinada para os fins acima. Anote o nome e o CPF)
 Banco (237) Itaú (243)
 Banco do Brasil (202) Caixa Econômica Federal (304)
 AGENCIA: 3439 CONTA: 9130 8
(Informe o dígito no caixa) (Informe o dígito no caixa)

CONTA CORRENTE (bancos e bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGENCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito no caixa) (Informe o dígito no caixa)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia conciliação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PRESERVAÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Viúvo(a) Separado(a) Outros _____
 25 - Quanto Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima possui companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima tem filhos? Sim Não 29 - Se tenha filhos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 30 - Vítima possui netos? Sim Não 31 - Vítima tem irmãos? Sim Não 32 - Se tenha irmãos, informar Vivos: _____ Fallecidos: _____ 33 - Vítima possui outros parentes? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não assistido

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1º | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura do testemunha

39 - 2º | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, J. Passos 10/12/2019
Swilton Tavares Bernardo
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00320.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00320.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:18 horas do dia 09 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Swilton Tavares Bernardo**, CPF nº 095.109.774-11, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Suely Bernardo da Silva e Isaias Tavares da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/05/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José de Almeida Coutinho, Nº 268, complemento CASA, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho Pague Menos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99651-2876.

Dados do(s) Fatos:

Local: Joaquim Pires Ferreira, Shopping Sebrai, Shopping, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Estados; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/02/18 11:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com a motocicleta, marca e modelo HONDA CG/125 FAN KS, ano e modelo:2013 de cor preta, placa:OGB 7447/PB,chassi :9C2JC4110DR421922,registrado em nome de Isaias Tavares da Silva, CPF: 277.160.234-20,(pai do notificante);QUE seguia normalmente em sua mão quando veio a colidir em uma bicicleta, e que devido ao impacto veio a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1134/2019, EXPEDIDO PELA DRª ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA , CRM/PB 3883, DATADO DE 08/08/2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro ; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar

ADENDO(S):

Que na data 09/12/2019, à(s) 12:43 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: a onde se ler 03/02/201/ é para se ler 08/02/2018 data do acidente. Adendo registrado por: José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Policia Civil
1ª Superintendência Regional de Policia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veiculos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 09 de dezembro de 2019.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

SWILTON TAVARES BERNARDO
Noticiante

Exclua (de) tipo(s) de cobertura: DANOS (EMPRESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENTE(S)) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 029.109.774-11 4 - Nome completo da vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (DÍTIKA, BENEFICÁRIO/BENEFICIÁRIA LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 042/2002

5 - Nome completo: SWILTON TAVARES BERNARDO 6 - CPF: 029.109.774-11
 7 - Profissão: TRABALHADOR 8 - Endereço: RUA JOSE DE ALMEIDA CONTINHO 9 - Número: 786 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: MANCANGUA 12 - Cidade: J. PASSO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56259786
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 121.3926.339

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INDENIZAÇÃO PAI, CURADOR/TUTOR

CONTA POUPEMANÇA (destinada para os bancos abaixo. Anote o nome e o código)
 Banco (237) Itaú (243)
 Banco do Brasil (002) Caixa Econômica Federal (304)
 AGENCIA: 3439 CONTA: 9130
(Informe o dígito no caixa) (Informe o dígito no caixa)

CONTA CORRENTE (bancos e bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGENCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito no caixa) (Informe o dígito no caixa)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia conciliação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICÁRIO - PRESERVAÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado de residência: Bahia Ceará Espírito Santo Goiás Maranhão Mato Grosso Mato Grosso do Sul Minas Gerais Pará Paraíba Pernambuco Piauí Rio de Janeiro Rio Grande do Norte Rio Grande do Sul Sergipe Tocantins

25 - Quanto ao tempo de residência: Sim Não Não sabe

26 - Vítima possui companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima tem filhos? Sim Não Não sabe

29 - Se tiver filhos, informar nome, idade e filiação: _____

30 - Vítima possui outros dependentes? Sim Não Não sabe

31 - Vítima tem irmãos? Sim Não Não sabe

32 - Se tiver irmãos, informar nome, idade e filiação: _____

33 - Vítima possui outros parentes? Sim Não Não sabe

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não assistido

35 - Nome legal de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF legal de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura do testemunha

39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura do testemunha

40 - Local e Data, J. Passos 10/12/2019
Swilton Tavares Bernardo
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



CERTIDÃO

Nº. 1134/2019

Atendendo solicitação de **SWILTON TAVARES BERNARDO** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 101441 e Prontuário Nº 2018.02.002060 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 08/02/2018 às 18h55min, vítima de colisão moto x bicicleta, apresentando trauma em antebraço direito.

Retornou dia 15/02/2018 às 13h25min com ficha Nº102888, apresentando fratura de rádio distal direito.

Realizado procedimento cirúrgico dia 27/02/2018 com alta médica dia 01/03/2018.

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

João Pessoa, 08 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

319069095301

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SWILTON TAVARES BERNARDO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03439

CONTA: 000000009130

Número da Autenticação

Local: MONOFÁSICO
 C/Out: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA PINDA
 Atende: 5 - 1 - 352 - 150 Referência: Out / 2019
 Medidor: 9000088647 Sincroniz: 10/10/2019

Nota Fiscal: Controladora de Energia S.A. N000181894
 Cód. por DCE: Automático: 0001049408

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

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/CNPJ/RANT**
 Out / 2019 10/10/2019 08/11/2019 277.160.254-00
 por Est

UC (Unidade Consumidora): **5/1040945-6**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Lei nº 13.438, de 28 de abril de 2012.
 C. Unimed e Energia On? O nosso serviço de atendimento é feito através de uma central de atendimento e a fatura é enviada para o endereço eletrônico. Não é necessário pagar a fatura, apenas confirmar o recebimento por e-mail ou pelo telefone. Não é necessário pagar a fatura, apenas confirmar o recebimento por e-mail ou pelo telefone. Não é necessário pagar a fatura, apenas confirmar o recebimento por e-mail ou pelo telefone.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/09/19	9442	10/10/19	9508	
Demonstrativo				
CC1 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor
090 Contrato Abr 20 kWh BP	33,000	0,19080	6,276	6,276
090 Contrato - 31 x 100 kWh - BP	39,000	0,23284	9,082	9,082
090 Adr: B Venâncio	0,00	1,00	0,00	0,00
090 Adr: B Amaral	0,00	1,00	0,00	0,00
0911 Subsídio	0,00	3,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
090 CONTRIB SERV LUM PUBLICA	0,00	3,00	0,00	0,00
090 J. POS DE HORA 09/2019	0,00	3,00	0,00	0,00
090 MULTA 09/2019	0,00	3,00	0,00	0,00
090 RENT BARRA AMAR RESIDENCIAL 09/2019	0,00	3,00	0,00	0,00
090 Devolução Subsídio	0,00	3,00	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do Item: TOTAL 19,40 0,00 0,00 19,40 0,00 19,40
 Tarifa de Transmissão: 0,19080 kWh 0,19080 kWh 0,19080 kWh

Adição Cobrança: meses (0/00) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
 R\$ **17/10/2019** **R\$ 19,40**

Histórico de Consumo (kWh)

40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200
Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20	Set/20	Out/20	Nov/20	Dez/20	Jan/21	Fev/21

Scdf.033f.f4ac.0aca.12f5.46e7.c884.de5a.

Indicadores de Qualidade

Índice	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCE ANUAL	5,37	2,47	NORMAL
DCE TRIMESTRAL	15,18		
DCE ANUAL	20,20		
FC ANUAL	3,23	1,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	8,47		LIMITE SUPERIOR
FC ANUAL	13,24		LIMITE SUPERIOR
DCE	12,44	2,22	
DCE	12,44		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Contribuição de Energia Elétrica	6,28	32,37
Contribuição de Energia Elétrica	2,80	14,38
Contribuição de Energia Elétrica	0,00	0,00
Contribuição de Energia Elétrica	0,00	0,00
Contribuição de Energia Elétrica	0,00	0,00
Contribuição de Energia Elétrica	0,00	0,00
Total	19,40	100,00

ATENÇÃO

- Esta unidade foi faturada como Barra Pinda, tendo em vista o endereço de faturação.
 - Leitura informada pelo Cliente

Problemas em atraso

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 102888 Atd: Nao Regula
Data: 15/02/2018
Hora: 13:25:33
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: SWILTON TAVARES BERNARDO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.02.002060

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987184310

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/06/1992 Id: 25 ano(s)

End.: RUA 15 DE JANEIRO, 0

Bairro: TRINCHEIRAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SUELY BERNARDO DA SILVA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ASSISTENTE SOCIAL- KEITE

T. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: PRESIDIO SILVIO PORTO

Transporte utilizado: ESCOLTA DA UNIDADE

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: VERDE

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE RETORNO DA ORTOPEdia

Por a fratura os ossos do antebraço

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

com laços de gesso

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 15/02/18

Nome: Swilton Tavares Bezerra
 Prontuário: _____ Idade: 75a Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento 1/1

OPD: Dist. diferenciada em cutânea (Purior) após queda.

HDA: paciente com fratura em pulso, apresentando
fratura de rádio distal montado de Hb Dupico.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

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

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

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] 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-reposo [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx evid. fratura de rádio d. d. d.

Hipóteses Diagnósticas: Fract. de rádio d. d. d.

Conduta: Intervenção para fixação

Dr. Tiago Bruno F. P.
 Médico
 CRM 15875-PB

RIT
 D. Pezube

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1) Paciente em RN sob anestesia
2) limpeza pré-operatória + antisséptico
3) aplicação de Estrepto-antibio

Incisão:

1) Incisão de Hargy em membro D.

Achados:

1) Adesão fibrosa processo anterior ao dígito
2) Lesões de tendão distal D.

Conduta:

1) Ressecção de tecido + fratura interna de patela via
cava distal D com 1 placa met. 3x4 furos + 6 parafusos
com fio subcutâneo

2) Sutura de reparo com fio poliéster a 0,9%

Fechamento:

1) Sutura de pele epineurica por planos autônoma
2) curativo com gaze esteril
por ~~curativo~~ ~~curativo~~ de gaze

OBS:

1) Retirar o curativo de curativo

Data: 22/02/18

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 10703-PB

MÉDICO/CRM

Dr. João Paulo
Pereira

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1631722447

NOME
WILTON TAVARES BERNARDO



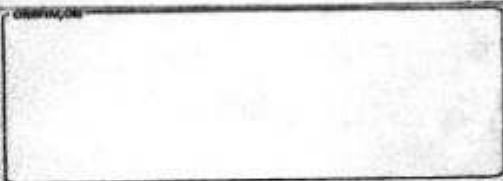
DOC. IDENTIFICAD. / OUT. REGISTRO Nº
3682044 SDDS PB

UF
095.109.774-11 DATA NASCIMENTO
22/05/1992

FILIAÇÃO
ISAIAS TAVARES DA
SILVA
SUELY BERNARDO DA
SILVA

RESERVAÇÃO ACE CATEG.
RESERVAÇÃO 3B

Nº RENOV. 093.533.275-04
VALIDADEZ 18/12/2042
1ª EMISSÃO 02/02/2011



S. M. T. B. C. 1000

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631722447

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
18/12/2017

81488440979
PBO35931060

PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 015099853025
 2013-0000335509-00
 VIA 1 0055603964-5 00/00000000 2019

ISAIAS TAVARES DA SILVA
 27716023420 OGB7447/PB

NOVO PB 9C2JC4110DR421922 OGB7447/PB

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2013 2013

CAP 2 P/124 /CI PARTIC PRETA

COZA UNICA 00/00/0000*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000*

PREMIO TARIFARIO 00/00/0000*

DETRAN

CONTRON



A.F. BCO PANAMERICANO SA
 JOAO PESSOA - PB
 11805 31/07/2013 90967

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO, SE GURO DPVAT

PE Nº 015099853025 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1304

VIA 1 27716023420 2019 31/07/20

00556039645 HONDA/CG 125 FAN KS OGB7447/PB

ANO 2013 9 9C2JC4110DR421922

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CEP 08.344.805/0001-24

909670-1128011-20190 731

DATA DE VENCIMENTO 30/07/2019

P A G O

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190690953

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO

Data do acidente: 03/02/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. PG2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190690953

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SWILTON TAVARES BERNARDO

Data do acidente: 03/02/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. PG2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144638/21

Número do Sinistro: 3210184037

Vítima: JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA

CPF: 066.302.394-74

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 01/12/2019

Titular do CPF: JOSEILDO GUIMARAES
FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSEILDO GUIMARAES FERREIRA : 066.302.394-74

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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