

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2016

Carta nº: 9398741

A/C: ANDERSON PONCIANO DIAS

Sinistro: 3160434617 ASL-0962579/16
Vitima: ANDERSON PONCIANO DIAS
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FIDEL FEITOSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2016

Carta nº: 9448391

A/C: ANDERSON PONCIANO DIAS

Sinistro: 3160434617 ASL-0962579/16
Vitima: ANDERSON PONCIANO DIAS
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FIDEL FEITOSA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA S.

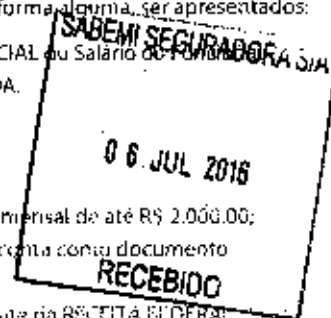
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Anderson Ponciano Dias
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.229.027 EXPEDIDO POR SSP/PR EM 21/02/14
 CPF 125500534-86 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Anderson Ponciano Dias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário do Trabalhador ou SIA;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0559 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 063/35304-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SOUZA - PR, 11 de JUNHO de 2016 Anderson Ponciano Dias
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Secretaria da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
20ª Delegacia Seccional de Polícia
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE CAJAZEIRAS
DPVAT



GOVERNO
DA PARAÍBA

425/2016



Cajazeiras, 24 de Maio de 2016.

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRANSITO**

Data do fato: **30/04/2016 - horário: 11h, APROXIMADAMENTE.**

Notificante: **ANDERSON PONCIANO DIAS**, RG: 4.229.027/SSP-PB e CPF 125.501.574-86, brasileiro (a), natural de Sousa - PB, solteiro, data de nascimento 24/09/1998, agricultor, filho (a) de: Egberto Alves Dias e de Silvania Dolores Ponciano Garrido Alves, Residente no Sítio Jenipapeiro, Zona Rural, Sousa-PB.



Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **DELEGADO PLANTONISTA**

Vítima: O NOTIFICANTE

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que no dia 30/04/2016, o notificante afirma que estava conduzindo uma MOTO: HONDA NXR 150 BROS ES, ANO/MOD. 2013/2014, PLACA NQE0541/PB, CHASSI: 9C2KD0550ER313071, COR VERMELHA, LICENCIADA EM NOME DE: DE JUSSANDRO FERREIRA DA SILVA. O declarante (vítima) vinha conduzindo a moto da sua trafegava no centro da cidade de Marizópolis/PB, e ao ultrapassar um Caminhão, veio a colidir de frontalmente com um veículo do tipo **Siena de cor preta**, e devido ao impacto da colisão caiu e ficou inconsciente, sendo necessária a intervenção de uma equipe do SAMU, para socorrê-lo ao Hospital Regional de Sousa, onde recebeu os devidos cuidados medico. **QUE EM VIRTUDE DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. SEGUINDO DETERMINAÇÃO DA PORTARIA DE N.º 352/2013 DGERAL/SEDS - PB.** Onde determina que os boletins de ocorrência sejam registrados em qualquer delegacia deste estado. Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal pela declaração que deu origem a este registro, ficando ciente das penas cominadas no art. N.º 299 do CPB. Nada a mais a consignar.

Anderson Ponciano Dias



Notificante



Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Angela M. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155 719-0

COLEGAR
DIREITO

SABEMI SEGURADORA S/A

06 JUL 2016

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ANDERSON PAULIANO DIAS, portador da carteira de identidade nº 4.229.028 e inscrito no CPF/MF sob o nº 125.501.574-86, residente e domiciliado na SIT BENI-PAEIRO, S/N, AREA RURAL, Cidade SOUSA, Estado PARANÁ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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.

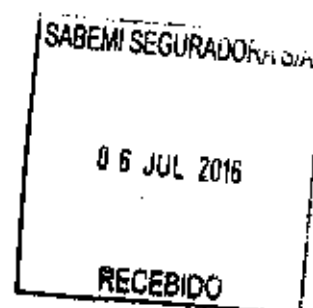
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Anderson Pauliano Dias

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SOUSA - PR, 16/06/16

Local e data



Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 02 de Junho de 2016

Ao Sr.(O)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 02 de Junho de 2016 passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0041

Vítima: Anderson Porciano Dias

Sexo: Masculino

Data: 30/04/2016

Local da Ocorrência: Via Pública de Marizópolis

Médico Intervencionista: ***

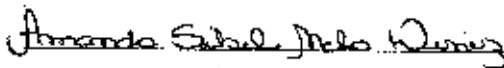
Viatura: USB02

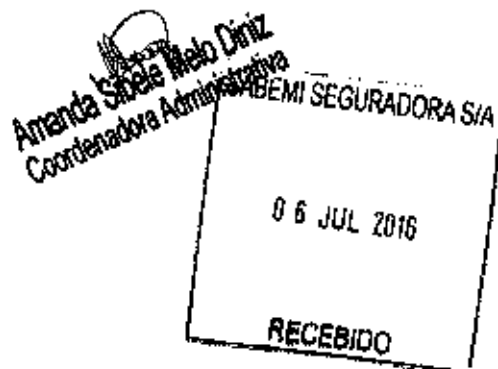
Condutor: Marciano

Téc. Enfermagem: Ângela

Enfermeira: Daniela

Natureza da Ocorrência: USB02 acionada para queda de moto encontrado vítima em decúbito dorsal, apresentando ferimento profundo com perda de cartilagem MIE, escoriações MSD, consciente, orientado e queixando-se de dor no local afetado, imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhando a HRS, sob regulação médica para avaliação.


Amanda Sibeles Melo Diniz
Coordenadora Administrativa



SAMU

192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: ☒ 2

TRAUMA

IDENTIFICACAO OCORRENCIA

30.04.16	0091	Paciente Único	Andersson Panciano Dias	Idade	17	Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino
Local de ocorrência		Via Pública Marizópolis		Bairro		Médico Regulador
Aplicação: ☐ 100% ☐ 75% ☐ 50% ☐ 25% ☐ 0% ☐ Resgate Boinhas ☐ Resgate - RF ☒ CPTAN ☐ SITRANS ☐ TRO.E ☐ Uno.						

DESTINO

LOC: HRS RESPONSÁVEL: _____ OBS: _____ ☐ SIM ☐ NÃO

TEMPO RESPOSTA - HORARIO: ANEXO: REICHA DA CENTRAL: ☐ SIM ☐ NÃO.

CINEMÁTICA / CAUSA: _____ TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA): _____

☐ QUEDA ☒ Queda de moto ☐ Queda de pedestre ☐ Queda de veículo ☐ Queda de objeto

☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO

☐ VOZ X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOIAMENTO ☐ SEV CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTROS:

☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL _____ CL DENTRO DO VEÍCULO _____ ANBAS NÃO ACOMODADO ☐ DIR ☐ ESC

☐ AFORÇAMENTO ORAL: _____ QUEIMADURA GRAU: _____ ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAQUMENTO ☐ FAB ☐ FAF

☐ OUTRO: _____

☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA

☐ INFLEXÃO EXAUSTÃO PRACA DE ☐ ESCOLAR ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ ARANHA

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: ☐ RECEBIDO LA: RAL ☐ DO: GAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTADO DE VEICULO ☐ FORA DE VEICULO ☐ DEAMBULANDO
EM QUAL POSIÇÃO: OUTRO:

Nível de Consciência: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ HALTUS ET LIG ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO
☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO:

Quem: ☐ DOR LOCAL ☐ PARO-INTERNA/LOCAL ☐ OUTRA:

LESÕES APRESENTADAS:

☒ LACERAÇÕES: LOCAL: NAZIF ALSD FRATURA INCOMPLETA/LOCAL: ☐
☒ LACER: LOCAL: MIC FRATURA COMPLETA/LOCAL: ☐
☐ PERFURAÇÃO/LOCAL: ☐ SUSPEITA DE FRATURA/LOCAL: ☐
☐ CONTUSÃO ARTICULAR/LOCAL: ☐ FRATURA EXPOSTA/LOCAL: ☐
☐ CONTUSÃO MUSCULAR/LOCAL: ☐ ENTORSE/LOCAL: ☐
☐ LUXAÇÃO/LOCAL: ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR/LOCAL: ☐
da MIC ☐ RUPTURA MUSCULAR/LOCAL: ☐
☐ CAÍBIRA/LOCAL: ☐
☐ DOR MUSCULAR/LOCAL: ☐
☐ EDEMA/LOCAL: ☐
☐ HEMATOMA/LOCAL: ☐
☐ EQUIMOSE/LOCAL: ☐
☐ OUTRO: ☐

DATA: VITALS

V.V.A. ☒ LIGER ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☒ R. IN. CIA. <u>115</u> ☐ 21 F. TALEZ ☐ 100 F. PULSO RADIAL ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE	
FC: SINAL ☐ 30pr FC: F. tal. ☐ 30pr PAS (mm Hg): ☐ > 80 ☒ < 80 <u>130/80</u> ☐ ☐	
PADRÃO RESPIRATORIO: ☐ REGULAR ☐ IRRÉGULAR / PERTEC. LEAN MMSS ☐ < 2 SEGUNDOS - MMH ☒ > 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO <u>99</u>	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico da Enfermagem no:

☐ CAPACIDADE ADAPTATIVA INT. MAN. VIDA DIMINUIDA	☐ RISCO PARA QUAQUET	☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	☐ INFESTROTEÇÃO INEFICAZ DAS VÍAS	☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
☐ CIRCULAÇÃO LOCAL	☐ D. S. S. E. F. E. I. A. A. U. T. O. N. O. M. I. A	☐ PERFUSÃO TISS. AN. CARD. PULMONAR INEFICAZ
☐ MOD. CARD. FÍSICA PREJUDICADA	☐ DOR AGUDA	☐ PERFUSÃO TISS. AN. CEREBRAL INEFICAZ
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO	☐ INTEGRIDADE DA P.E.C. PREJUDICADA	☐ TROCA DE GASES PREJUDICADA
	☐ INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	☐ VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

SABEM SEGUROS
06 JUL 2016

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒ COLAR CERVICAL COM: M ☒ FIOS (ABILIZADOR LATERAL DE CABBIA) ☒ FIMANTES ☐ PRANCHAS RÍGIDAS ☐ KEN ☐ TALAS DE EXTREIMIDADES

☐ ANTIPODODÁRMICA (F) ☐ MSE ☐ MSD (F) ☐ FSL ☐ M SE 0,9% ☐ SG ☐ M1 MEDICAÇÃO

(F) ☐ MASCARA COM RESER. ☐ CATETER NASAL ☐ IMOBILIZAÇÃO ☐ MSE ☐ MSD ☐ MIE ☐ M.O. ☐ MACA VÁCUO

☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALMADO ☐ EXTILIZAÇÃO ☐ CURA IVG ☐ COMPRESSIONE ☐ COMPRESSIONE ☐ SIMPLES ☐ IMOBILIZAÇÃO DOLAR LOCAL ☐ CILHO E

☐ OULHO ☐ VÍDEO ☐ SONDAS ☐ QUANTIFICAÇÃO DE ASPIRAÇÃO DAS VÍAS - OUTROS

☐ CÂMULA DE QUELDA ☐ CATETER NASAL ☐ FIO ☐ CÂMULA DE RESERVAÇÃO ☐ FIO ☐ L. DIAPHRAGM ☐ M. LARINGEA

☐ V. MEDIANSA ☐ CRICO ☐ PUNÇÃO ☐ CIRURGIA ☐ FENACETENES ☐ E ☐ F ☐ DILATAÇÃO TORÁCICA ☐ F ☐ J ☐ PERICARDIOTOMIA

☐ MONITORIAÇÃO ☐ ECG ☐ ETCO ☐ ROP ☐ MANUA ☐ AUTOPULS ☐ DESFIBILAÇÃO ☐ AUTOMÁTICO

FRASCOS PV ☐ FENTANIL ☐ mg ☐ SUCCINILCOLINA ☐ mg ☐ MIDAZOLAM ☐ mg ☐ DIAZEPAM ☐ mg ☐ OUTROS:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ESTADO DE PARANÁ
MUNICÍPIO DE PARANÁ
Cidade

[illegible]

DOCUMENTOS PESSOAIS: LG _____ CPF _____ TÍTULO DE ELEITOR _____ HABILITAÇÃO _____ PASSAPORTE _____ OUTROS _____

CELULAR (QUANTIDADE) _____ MARCA _____ MODELO _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD _____ VISA _____ AMERICAN EXPRESS _____ OTHER CARD _____ MARCA _____ MODELO _____

CARTÕES DE BANCO: 2 _____ 1 _____ NOME(S) DO(S) BANCO(S) _____ OUTRO _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR(R\$) _____

CALÇADO (MARCA) _____ RELÓGIO (MARCA) _____

BRINÇOS (QUANTIDADE) _____ PULSEIRAS (QUANTIDADE) _____ ANÉIS (QUANTIDADE) _____

OUTROS _____

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCENTES _____

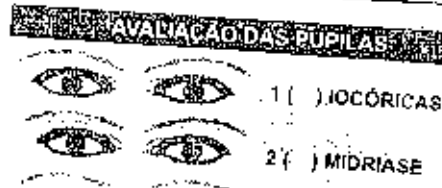
SETOR _____ FUNÇÃO _____

SIGNATURA DO RECEBEDOR _____

CARIMHO DO RECEBEDOR _____

MEDICAMENTOS _____

EVOLUÇÃO MÉDICA. Taganroda - percepção queda, motu, incentivado,
desoluto de sa, permanente profundo cap, forte card,
sa M + E, logar aca MS de var de lig do, A V P,
Con ante, in cent at, qu er an do de do no local,
af et ec, ch ar in ha do - PE S

[illegible]

SAMU
192

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 02 de Junho de 2016

Ao Sr.(O)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 02 de Junho de 2016 passa a informar o que se segue:

Nº da ocorrência: 0041

Vítima: Anderson Porciano Dias

Sexo: Masculino

Data: 30/04/2016

Local da Ocorrência: Via Pública de Marizópolis

Médico Intervencionista: ***

Viatura: USB02

Condutor: Marciano

Téc. Enfermagem: Ângela

Enfermeira: Daniela

Natureza da Ocorrência: USB02 acionada para queda de moto encontrado vítima em decúbito dorsal, apresentando ferimento profundo com perda de cartilagem MIE, escoriações MSD, consciente, orientado e queixando-se de dor no local afetado, imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhando a HRS, sob regulação médica para avaliação.

Amanda Sibeles Melo Diniz
Coordenadora Administrativa

Amanda Sibeles Melo Diniz
Coordenadora Administrativa

Marcos Aurelio Vidal

11 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Prefeitura Municipal de Sousa

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Samu 192 Regional Sousa

PREFEITURA DE
Sousa

AGORA É A VEZ DE TODOS

SAMU

192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

TRAUMA

Data: 30.04.16 Hora: 00:42 Paciente: Anderson Ponciano Dias Idade: 17 Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
Local de Ocorrência: Via Pública Marizópolis Bairro: Médico Registrador:
Tipo de Local: ☐ PM ☐ Residência / Comércio ☐ Rodovia / PRF ☒ CTRAN ☐ STYANS ☐ TROTE ☐ Outro:
Intestino:

Local: HRS RESPONSÁVEL: OBS: ☐ SIM ☐ NÃO

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA

☐ QÜEDA < 5m ☐ QÜEDA > 5m ☐ QÜEDA PRÓPRIA / ALTURA ☒ QÜEDA DE MOTO ☐ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO
☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO
☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO:
☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: OU DENTRO DO VEÍCULO: AIR BAG NÃO AÇIONADO ☐ DIR ☐ ESO
☐ AFOGAMENTO GRAU: ☐ QUEIMADURA GRAU: ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FIB ☐ FAF
☐ OUTRO:
☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA
☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA / PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ CÔBRA ☐ ARANHA
☐ ENVENENAMENTO POR:

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO ☐ FORA DE VEÍCULO ☐ DEAMBULANDO
EM CIMA DE: OUTRO:
Nível de Consciência: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ HÁLITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO
☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO:
Ongem: ☐ DOR LOCAL ☐ PARESTESIA LOCAL ☐ OUTRA:
LESÕES APRESENTADAS
☒ ESCORIAÇÕES / LOCAL: HMF + ASD ☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: ☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL:
☒ CORTE / LOCAL: HMF ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: ☐ CÁMBRIA / LOCAL:
☐ PERFURAÇÃO / LOCAL: ☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: ☐ DOR MUSCULAR / LOCAL:
☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: ☐ EDEMA / LOCAL:
☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: ☐ ENTORSE LOCAL: ☐ HEMATOMA / LOCAL:
☐ LUXAÇÃO / LOCAL: ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: ☐ EQUIMOSE / LOCAL:
☐ OUTRO:
da HMF

DADOS VITAIS

V.V.A.A.: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: FV INICIAL: 13 From Fimile From PULSO RADIAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE
FC INICIAL: bpm FC Final: bpm PAS (mmHg): ☐ > 90 ☐ < 90 130/80
PADRÃO RESPIRATORIO: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS: ☐ < 2 SEGUNDOS - MMH ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 99

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:
☐ CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA ☐ RISCO PARA CHOQUE ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA ☐ NEODISTINÇÃO INEFICAZ DAS VVAA ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
☐ CONFUSÃO AGUDA ☐ DISREFLEXIA AUTÔNOMA ☐ PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA ☐ LORRAGIA ☐ PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ☐ TROCA DE GÁS PREJUDICADA
☐ INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA ☐ VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒ COLAR CERVICAL TAM: M / ☒ ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA ☐ TIRANTES / ☐ PRANCHAS RÍGIDAS / ☐ KED / ☐ TALAS DE EXTREMIDADES
☐ A.V.P. COM ABCDATH Nº: MSE / MSD / SPS / mSF 0,9% / S3 / mI MEDICAÇÃO:
021min: ☐ MÁSCARA COM RESER. ☐ CATETER NASAL / ☐ IMOBILIZAÇÃO / MSE / MSD / MIS / MID / ☐ MÁSCARA VÁCUO /
☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / ☐ EXTRICAÇÃO / ☐ CURATIVO / ☐ COMPRESSIVO / ☐ COMPRESSIVO / ☐ SIMPLES ☐ IRRIGADOR OCULAR / LOCAL: ☐ OUTRO:
☐ ORLHO: ☐ VELPEAU / LOCAL: ☐ VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS:
☐ CÂMULA DE OQUEL Nº: CATETER NASAL: mm E / MÁSCARA CRESERVATORIC: mm / TRAQUEIA Nº: ☐ M. LARÍNGEA Nº:
☐ V. MECÂNICA / CRICO: ☐ PUNÇÃO / CIRÚRGICA - TORACOCENTESE ☐ E / D / ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ E / D / ☐ PERICARDIOCENTES
MONITORIZAÇÃO ☐ E.C.G. ☐ ETCO₂ - RCP: ☐ MANUAL / AUTOPULSO / DESFIBRILAÇÃO AUTOMÁTICA - MEDICAMENTOS EM AMPOLAS
FRASCOS EV ☐ FENTANIL: mg ☐ SUCCINILCOLINA: mg ☐ MIDAZOLAM: mg ☐ DIAZEPAM: mg ☐ OUTROS: 11 NOV. 2016

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Camela COREN: TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Marcos Aurelio Vidal
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

SAMU
192

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 02 de Junho de 2016

Ao Sr.(O)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 02 de Junho de 2016 passa a informar o que se segue:

Nº da ocorrência: 0041

Vítima: Anderson Porciano Dias

Sexo: Masculino

Data: 30/04/2016

Local da Ocorrência: Via Pública de Marizópolis

Médico Intervencionista: ***

Viatura: USB02

Condutor: Marciano

Téc. Enfermagem: Ângela

Enfermeira: Daniela

Natureza da Ocorrência: USB02 acionada para queda de moto encontrado vítima em decúbito dorsal, apresentando ferimento profundo com perda de cartilagem MIE, escoriações MSD, consciente, orientado e queixando-se de dor no local afetado, imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhando a HRS, sob regulação médica para avaliação.

Amanda Sibeles Melo Diniz
Coordenadora Administrativa

Amanda Sibeles Melo Diniz
Coordenadora Administrativa

Marcos Aurelio Vidal

11 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Prefeitura Municipal de Sousa

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Samu 192 Regional Sousa

PREFEITURA DE
Sousa

AGORA É A VEZ DE TODOS

SAMU

192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

TRAUMA

Data: 30.04.16 Hora: 00:42 Paciente: Anderson Ponciano Dias Idade: 17 Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
Local de Ocorrência: Rua Pública Marizópolis Bairro: Médico Registrador:
Tipo de Local: ☐ PM ☐ Residência / Comércio ☐ Rodovia / PRF ☒ CTRAN ☐ STYANS ☐ TROTE ☐ Outro:
Intestino:

Local: HRS RESPONSÁVEL: OBS: ☐ SIM ☐ NÃO

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA

☐ QÜEDA < 5m ☐ QÜEDA > 5m ☐ QÜEDA PRÓPRIA / ALTURA ☒ QÜEDA DE MOTO ☐ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO
☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO TRASEIRA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO
☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO:
☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: OU DENTRO DO VEÍCULO: AIR BAG NÃO AÇIONADO ☐ DIR ☐ ESO
☐ AFOGAMENTO GRAU: ☐ QUEIMADURA GRAU: ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FIB ☐ FAF
☐ OUTRO:
☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA
☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA / PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ CÔBRA ☐ ARANHA
☐ ENVENENAMENTO POR:

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO ☐ FORA DE VEÍCULO ☐ DEAMBULANDO
EM CIMA DE: OUTRO:
Nível de Consciência: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ HÁLITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO
☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO:
Ondas: ☐ DOR LOCAL ☐ PARESTESIA LOCAL ☐ OUTRA:
LESÕES APRESENTADAS
☒ ESCORIAÇÕES / LOCAL: HMF + ASD ☐ FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: ☐ RUPTURA MUSCULAR / LOCAL:
☒ CORTE / LOCAL: HMF ☐ FRATURA COMPLETA / LOCAL: ☐ CÁMBRIA / LOCAL:
☐ PERFURAÇÃO / LOCAL: ☐ SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: ☐ DOR MUSCULAR / LOCAL:
☐ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: ☐ FRATURA EXPOSTA / LOCAL: ☐ EDEMA / LOCAL:
☐ CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: ☐ ENTORSE LOCAL: ☐ HEMATOMA / LOCAL:
☐ LUXAÇÃO / LOCAL: ☐ ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: ☐ EQUIMOSE / LOCAL:
☐ OUTRO:
da HMF

DADOS VITAIS

V.V.A.A.: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: FV INICIAL: 13 From Fimite: From PULSO RADIAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE
FC INICIAL: bpm FC Final: bpm PAS (mmHg): ☐ > 90 ☐ < 90 130/80
PADRÃO RESPIRATORIO: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS: ☐ < 2 SEGUNDOS - MMH ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 99

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:
☐ CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA ☐ RISCO PARA CHOQUE ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA ☐ HESOSUSTENÇÃO INEFICAZ DAS VVVA ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
☐ CONFUSÃO AGUDA ☐ DISREFLEXIA AUTÔNOMA ☐ PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA ☐ LORRAGIA ☐ PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
☐ DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA ☐ TROCA DE GÁS PREJUDICADA
☐ INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA ☐ VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒ COLAR CERVICAL TAM: M / ☒ ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA ☐ TIRANTES / ☐ PRANCHAS RÍGIDAS / ☐ KED / ☐ TALAS DE EXTREMIDADES
☐ A.V.P. COM ABCDATH Nº: MSE / MSD / SPS / mSF 0,9% / S3 / m MEDICAÇÃO:
021min: ☐ MÁSCARA COM RESER. ☐ CATETER NASAL / ☐ IMOBILIZAÇÃO / MSE / MSD / MIS / MID / ☐ MÁSCARA VÁCUO /
☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / ☐ EXTRICAÇÃO / ☐ CURATIVO / ☐ COMPRESSIVO / ☐ COMPRESSIVO / ☐ SIMPLES ☐ IRRIGADOR OCULAR / LOCAL: ☐ OUTRO:
☐ ORLHO: ☐ VELPEAU / LOCAL: ☐ VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVVA / OUTROS:
☐ CÂMULA DE OQUEL Nº: CATETER NASAL: mm E / MÁSCARA CRESERVATORIC: mm / TRAQUEIA Nº: ☐ M. LARÍNGEA Nº:
☐ V. MECÂNICA / CRICO: ☐ PUNÇÃO / CIRÚRGICA - TORACOCENTESE ☐ E / D / ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ E / D / ☐ PERICARDIOCENTES
MONITORIZAÇÃO ☐ E.C.G. ☐ ETCO₂ - RCP: ☐ MANUAL / AUTOPULSO / DESFIBRILAÇÃO AUTOMÁTICA - MEDICAMENTOS EM AMPOLAS
FRASCOS EV ☐ FENTANIL: mg ☐ SUCCINILCOLINA: mg ☐ MIDAZOLAM: mg ☐ DIAZEPAM: mg ☐ OUTROS: 11 NOV. 2016

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Camela COREN: TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Marcos Aurelio Vidal
CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, ANDERSON RONCIANO DIAS

RG nº 4.229.024, data de expedição 21/02/14, Órgão SSP/PB

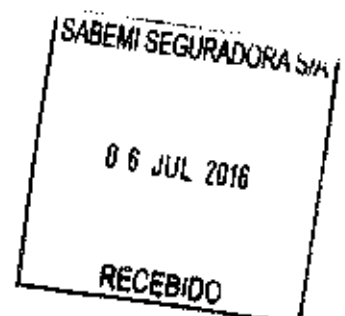
CPF nº 125.501.574-81, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SIT GENIPAGEIRO</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>11</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>SOUSA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.800 - 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99080-9410</u>
E-mail	<u>11</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SOUSA PB, 11/06/16

Assinatura do Declarante: Anderson Ronciano Dias





Atendimento Claro - Ligar 1032

Auto-Atendimento - Ligar 1032*

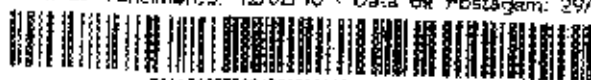
Na Web - www.claro.com.br/autoclaro

*Valores sujeitos a alteração sem aviso prévio.



CTG RECIFE PE JPA R-LN
SR FIDEL FEITOSA
R SINFRONIO NAZARE 58
ESTREITO
58800 - 748 SOUSA PB

Data de Vencimento: 12/02/16 - Data de Postagem: 29/01/16



7211343575034760000948055130200116

Número do seu Claro

83 99168 1939

Período de Uso

de 20/12/2015 a 19/01/2016

Vencimento

12/02/2016

Total a Pagar

R\$ 44,26

Valor pago na última conta: R\$ 129,26

Veja aqui o que está sendo cobrado

Debitos Anteriores - até 01/2016

Total de Débitos

R\$ 1,00

Indicações

R\$ 1,80

Assinatura Mensal

Juros e Multa

R\$ 41,90

Total do Mês

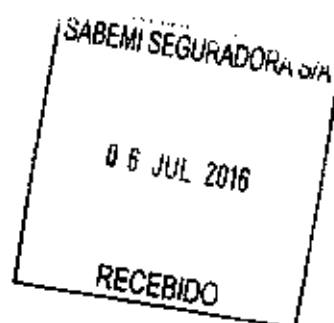
R\$ 0,46

R\$ 42,38

Total a Pagar

R\$ 44,26

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.



Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.



Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Nome

SR FIDEL FEITOSA

Código Débito Automático

743802137

Período de Uso

20/12/15 a 19/01/16

Total

R\$ 44,26

Vencimento

12/02/16

Claro Nº DDD 31 a 99

84670000000-9

44260221201-5

60212143802-8

13702728122-7

Atenção: este boleto é válido apenas para pagamento em dinheiro.



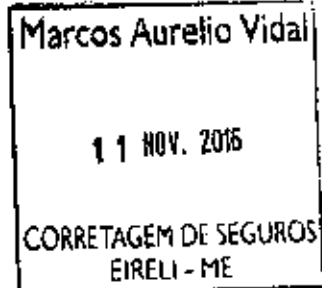
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDERSON PONCIANO DIASRG nº 4.229.027, data de expedição 21/02/14, Órgão SSP/PB

CPF nº 125.506.534-86, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SÍTIO GENIPAPEIRO</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>AREA RURAL</u>
Bairro	<u>_____</u>
Cidade	<u>SOUSA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.800-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99680-9400</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SOUSA - PB, 22/10/16Assinaturado Declarante: Anderson Ponciano Dias

EGBERTO ALVES DIAS
SIT GEMPAPEIRO, S/N - APEA RURAL
SOLSA/PB CEP: 58000000 (AO 177)

CMSSUBS: RURAL/AGROPECUARIA RURAL MCT/OF 536230 Km 25 - Cód. Refer. João Pessoa/PB: CEP 52071-880
Roteiro: 10 - 177-329-2450 Referência: Abr/2016
NF médio: 00000974331 Emissão: 15/04/2016

Energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Código Refer. João Pessoa/PB: CEP 52071-880
CNPJ 08.938.000-40 Ins. Est. 18.015.824

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica NCCO 714.021
Código para Débito Automático: 00010313691

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

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/103.1369-1**

Canal de contato

Abr/2016

Apresentação

15/04/2016

Data prevista da próxima leitura

17/05/2016

CPF/CNPJ/RANI

05411780497

Faturas em atraso

30/12/2015 11,41

30/01/2016 11,41

30/02/2016 11,41

30/03/2016 11,41

30/04/2016 11,41

30/05/2016 11,41

30/06/2016 11,41

30/07/2016 11,41

30/08/2016 11,41

30/09/2016 11,41

30/10/2016 11,41

30/11/2016 11,41

30/12/2016 11,41

30/01/2017 11,41

30/02/2017 11,41

30/03/2017 11,41

30/04/2017 11,41

30/05/2017 11,41

30/06/2017 11,41

30/07/2017 11,41

30/08/2017 11,41

30/09/2017 11,41

30/10/2017 11,41

30/11/2017 11,41

30/12/2017 11,41

30/01/2018 11,41

30/02/2018 11,41

30/03/2018 11,41

30/04/2018 11,41

30/05/2018 11,41

30/06/2018 11,41

30/07/2018 11,41

Anterior: 17/03/16 - 4561 Atual: 15/04/16 - 4568 Constante: 17/03/16 - 4561 Consumo: 17/03/16 - 4561 Dias: 28

Data: 15/04/16 - 4568

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Unidade	Valor (R\$)
Custo de Distribuição	11,41	kWh	9,78
Adm. B. Anúncios	11,41	kWh	0,21
Subsídio	11,41	kWh	3,78
PS	11,41	kWh	0,07
COFINS	11,41	kWh	0,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 03/2016	11,41	kWh	0,00
MULTA 03/2016	11,41	kWh	0,34
Despesa Substituição	11,41	kWh	3,78

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16 50

Fev/16 75

Jan/16 115

Dez/15 115

Nov/15 115

Out/15 115

Sep/15 115

Ago/15 115

Jul/15 115

Jun/15 115

Mai/15 115

Abr/15 115

Mar/15 115

Fev/15 115

Jan/15 115

Dez/14 115

Nov/14 115

Out/14 115

Sep/14 115

Ago/14 115

Jul/14 115

Jun/14 115

Mai/14 115

Abr/14 115

Mar/14 115

Fev/14 115

Média dos últimos meses

24 kWh

RESERVADO AO FISCO

fc24.805e.b325.bdd5.5a58.e7fb.eb21.0e61

Indicadores de Qualidade

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00
PS	13,16	0,5700
COFINS	13,16	2,8100

VENCIMENTO: 25/04/2016

TOTAL A PAGAR: R\$ 9,77

Indicadores de Qualidade

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Limites de Tensão

Discriminação	Valor (R\$)	%
Condições de Uso da Energia em PB	4,72	33,80
Compra de Energia	6,17	48,80
Serviços de Transmissão	0,37	2,73
Encargos Sociais	1,48	11,01
Impostos Diretos e Encargos	0,78	5,76
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	13,52	100,00

Valor de EUSD (Ref 2/2016) R\$ 4,88

ATENÇÃO

AVISO: Permanência em atraso dos DEBITOS ANTERIORES, já renovados, a suspensão

do fornecimento poderá ocorrer, a qualquer momento até o decurso do prazo de

30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Subvenção DEC 7.051/13 R\$ 3,78

Serviço ICMS

Serviço ICMS

Serviço ICMS

Serviço ICMS

Serviço ICMS

Serviço ICMS

Serviço ICMS

VENCIMENTO: 25/04/2016

TOTAL A PAGAR: R\$ 9,77

8367000000-0 09770054000-4 10313592016-5 04701770019-7



Marcos Aurelio Vidal
11 NOV. 2015
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



DOCUMENTO 1 *T196*



CTC RECIFE PE JIRA PL11
FIDEL FEITOSA
R SINFONIA NAZARE 58
ESTREITO
58800-788 SOUSA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/mahadaro

DATA DE VENCIMENTO: 12/08/16 - DATA DE POSTAGEM: 25/07/16



7211343578041890000008390730290716

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99108 1939	de 20/06/2016 a 19/07/2016	12/08/2016	R\$ 48,36

Valor pago na última conta: R\$ 96,81

Veja aqui o que está sendo cobrado

Débitos Anteriores - Ref 07/2016

Total de Débitos

Individuais

Assinatura Controle

Juros e Multa

Total do Mês

R\$	1,08
R\$	1,08

R\$ 46,90

R\$ 0,38

R\$ 47,28

Total a Pagar

R\$ 48,36

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Marcos Aurelio Vidal

11 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Correções para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor das serviços) não repercutam nos preços. Central de Atendimento da Anatel: 1301 - Ao falar, informe o nº da reclamação registrada em atendimento.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco

**Claro**

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Red, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente
FIDEL FEITOSA

Código Débito Automático

143802137

Claro NE 000 81 e 89

Período de Uso

20/06/16 a 19/07/16

Total

R\$ 48,36

Vencimento

12/08/16

84810000000-8

48360221201-2

60812143802-7

13704628122-9

Autenticação Mecânica: este número não serve, dobrar ou perfurar
esta parte da folha, para não danificar o código de barras.





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FIDEL FEITOSA, portador(a) do

RG nº 438696119, expedido por SSP/SP, em

1/1/ , CPF/CNPJ nº 044.248.554-46,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ANDERSON

RONCIANO DIAS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDAR

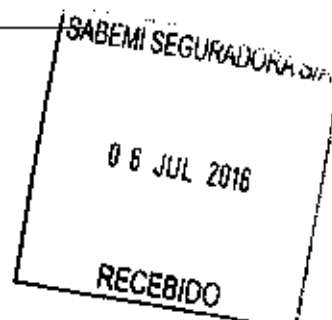
da vítima ANDERSON RONCIANO DIAS, e conforme

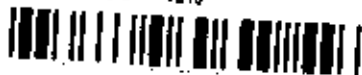
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ESTAGIÁRIO Renda Mensal: R\$ 0,00

Documentos comprobatórios: 11

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flávia Pereira, portador(a) do

RG nº 438196119, expedido por SSP SP, em

18/03/1998 CPF/CNPJ nº 07424855441,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Anderson

Pereira Dias do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

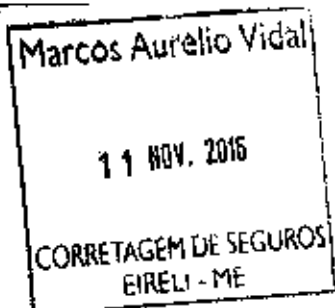
da vítima Anderson Pereira Dias, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Não Possui Renda Mensal: R\$ Não Possui

Documentos comprobatórios: Anderson

ASSINATURA / PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUSSANDRO FERREIRA DA SILVA
RG nº 1.717.860, data de expedição 19/03/2016 órgão SSP DF portador
do CPF nº 853.787.804-04 com domicílio na cidade de Sousa, no
Estado de PARÁIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROTETARA nº S/A 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 ANDERSON PEREIRA DIAS.

Veículo: HONDA/NXR 150 3205 ES
Ano: 2013
Modelo: 2014
Placa: NQE 0542/PB
Chassi: 9C2KDD0550ER3L307L
Data do Acidente: 30/04/2016

Local e Data: Sousa - PB 11/05/2016

Jussandro Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante



JOSÉ NEVES MORSIKA

Serviço Notarial e Registral

Titular: Bel. Plínio Henrique Rodrigues Neves

Rua Sérgio Erikson Cavalcanti, 04 - Centro - Sousa/PB

CEP: 58600-210 - Fone: (31) 3662-0172

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: _____

JUSSANDRO FERREIRA DA SILVA _____

Em testada verdade. Sousa-PB 11/05/2016 09:27:50

Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião

(2016-005738) EPI: R\$ 28,49 FAFEN: R\$ 10,25 FEJ: R\$ 1,70 ISS: R\$ 0,25

SELO DIGITAL: ADIO2329-NDAN

Confira a autenticidade em <https://se.odigital.tpb.jus.br>

Plínio Henrique Rodrigues Neves
TABELIÃO E OFICIAL



SABEMI SEGURADORA S/A
06 JUL 2016
RECEBIDO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JUSSANDRO FERREIRA DA SILVA
 RG nº 1.717.860, data de expedição 19/03/2010 órgão SSP DF, portador
 do CPF nº 853.289.704-08, com domicílio na cidade de Sousa PB, no
 Estado de PARAIBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROTETORA nº 512 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 ANDERSON CARVALHO DIAS.

Veículo: HONDA / MXR 150 8005 ES
 Ano: 2013
 Modelo: 2014
 Placa: NRE 0546 / PB
 Chassi: 9C2KDD0550ER36307L
 Data do Acidente: 30/04/2016

Local e Data: Sousa PB 11/05/2016

Jussandro Ferreira da Silva
 Assinatura do Declarante



JOSÉ NEVES MOREIRA
 Serviço Notarial e Registral
 TITULO: REC. PLENIO HENRIQUE RODRIGUES NEVES
 Rua Benjamin Fátima do Carmo, 64 - Centro - Sousa PB
 CEP 50100-200 - Fone (051) 320-2700
 Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
JUSSANDRO FERREIRA DA SILVA
 Em test. da verdade, Sousa-PB 11/05/2016, 08:27:50
 Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião
 (2016-005758) ETMOL: R\$ 40,49 TAPEN: R\$ 0,25 FERN: R\$ 1,70 ISS: R\$ 0,25
 SELO DIGITAL: AD102329-R03H
 Confira a autenticidade em <https://se.odigital.tpb.jus>

Plínio Henrique Rodrigues Neves
 TABELÃO E OFICIAL

CARTÓRIO DE "OFÍCIO DÍNAS ANDRIOLA"
 A presente certidão foi lavrada em 11/05/2016
 Assinado por: Renê da Rocha Moreira
 Selo Digital da Recatulação Tipo Normal C-AD102329-0001
 Confira as Autenticidade do Selo em <https://se.odigital.tpb.jus>
 *MOLIM R\$ 2,55 FARMEN R\$ 0,25 FERN R\$ 0,25

Renê da Rocha Moreira
 ESCRIVÃO

Marcos Aurelio Vidal
 11 NOV. 2016
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476CNPJ/CPF: 08.778.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL DONALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B: GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180.
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA/UF: PB

PACIENTE: Anderson Paschoa Dias
SUS: IDADE: 17 SEXO: M RAÇA: 3
DATA NASC: 14/01/1999 PROFISSÃO:
ENDEREÇO: Sítio Geniparero
BAIRRO: Zona Rural MUNICÍPIO: Sousa
ESTADO: PB CEP: 58.800.970 DOCUMENTO:
DATA DO ATENDIMENTO: 30/04/16 COD. MUNICÍPIO: 25.16.20
CONTATO () Não

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Parente continua de queixa de dor abdominal
apresentando febre com contínuo no
peito.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Prescrição de antibiótico
2. Antidolorífico
- 3.
- 4.
- 5.

DIAGNÓSTICO / CID

Trauma

NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BÁSICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:



PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA)
☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA)
☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01- PRESCRIÇÃO ☐ SERVAÇÃO ☐ IDÊNCIA INTERNA
☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO

IDADE

Recepcionista:

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

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR
ADMINISTRATIVO - CARIMBO

RECEBIDO
06 JUL 2016
SECRETARIA DE SAÚDE



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476CNPJ/CPF: 08.778.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL DONALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B: GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180.
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA/UF: PB

PACIENTE: Anderson Paschoa Dias
SUS: IDADE: 17 SEXO: M RAÇA: 3
DATA NASC: 14/01/1999 PROFISSÃO:
ENDEREÇO: Sítio Geniparero
BAIRRO: Zona Rural MUNICÍPIO: Sousa
ESTADO: PB CEP: 58.800.970 DOCUMENTO:
DATA DO ATENDIMENTO: 30/04/16 COD. MUNICÍPIO: 25.16.20
CONTATO () Não

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Parente continua de queixa de dor abdominal
apresentando febre com contínuo no
peito.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Prescrição de antibiótico
2. Antidolorífico
- 3.
- 4.
- 5.

DIAGNÓSTICO / CID

Trauma

NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BÁSICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:



PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA)
☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA)
☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01- PRESCRIÇÃO ☐ SERVAÇÃO ☐ IDÊNCIA INTERNA
☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ BITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO

IDADE

Recepcionista:

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

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR
ADMINISTRATIVO - CARIMBO

RECEBIDO
06 JUL 2016
SECRETARIA DE SAÚDE

[illegible]

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Relatório Médico

Trata-se do periciado Anderson Ponciano Dias, 17 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x carro) em 30/04/2016, N° do BO: 425/2016, no município de Marizópolis- PB.

Apresentava, em decorrência do trauma, fratura do 04° pododáctilo do pé esquerdo. Trauma em pé esquerdo com corte contuso. Além de escoriações pelo o corpo.

Foi submetido, a limpeza, a sutura e a curativos na região posterior dos pododáctilos do pé esquerdo por um período de 60 dias. Além de tratamento conservador com o uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. Paciente recebeu alta definitiva em 30/06/2016.

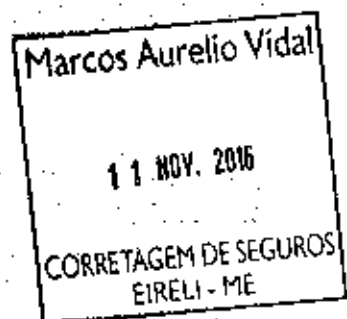
Ao exame observamos presença de cicatrizes pelo o corpo. Observamos presença de cicatriz plana, com cerca de 06cm localizado, na região posterior dos pododáctilos do pé esquerdo (Cicatriz de sutura). Presença de edema residual importante no 04° pododáctilo e do pé esquerdo. Presença de parestesia na região do 04° pododáctilo e do pé esquerdo. Presença de dor a palpação no 04° pododáctilo e do pé esquerdo. Presença de dor a mobilização passiva e ativa do 04° pododáctilo e do pé esquerdo. Presença de bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão do 04° pododáctilo e do pé esquerdo. Presença de diminuição de força muscular dos movimentos de flexão e extensão do 04° pododáctilo e do pé esquerdo. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluímos que há limitação em 65% da capacidade funcional do 04° pododáctilo e do pé esquerdo.

Cajazeiras, 05.08.2016

Dr. Rodolfo G. Cartaxo
Médico
CREMEOP 13.144
CRM-PB 8446

Rodolfo Gonçalves Cartaxo
CRM: 8446 - PB



LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 - Centro-CEP: 58900-000
Fone: (83) 3531-4469



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.229.027 DATA DE EMISSÃO 21/02/2014

RGML ANDERSON PONCIANO DIAS

FILIAÇÃO EGBERTO ALVES DIAS
SILVIA DOLORES PONCIANO GARRIDO ALVES

NATURALIDADE SOUSA-PB DATA DE NASCIMENTO 24/09/1998

CPF 125.501.574-86

LEI Nº 7.116 DE 26/09/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarga Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 125.501.574-86

Nome ANDERSON PONCIANO DIAS

Nascimento 24/09/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SABEMI SEGURADORA S/A

06 JUL 2016

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

Carteira de Identificação

Anderson Ponciano Dias

980-p

CÓDIGO DE CONTROLE 9006.1A18.F2CA.E2D6

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.recarga.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 10:03:16 de dia 13/02/2014 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00



Documentos em duplicação

0012

República Federativa do Brasil
Conselho Federal de Engenharia e Agronomia
Carteira de Identidade Profissional

Registro Nacional
160315046-3

Nome
FIDEL FEITOSA

Filiação
JOSE ORIGENIANO BATISTA FEITOSA
LYONEIDE BASSIRO CAMPOS

C.R.F. **074.246.554-41** **Documento de Identidade** **438196219 SP/SP** **Tipo Somp.** **B+**

Nascimento **09/04/1998** **Localidade** **SÃO PAULO** **UF** **SÃO PAULO** **SP** **SÃO PAULO**

Criação de Registro **16/01/2013** **Data de Registro** **04/05/2007**

Ass. Presidente **Registro no Crea** **2216/07**

Título Profissional
Técnico em Agroindústria

Ass. do Profissional
Fidel Feitosa

De acordo com a Lei nº 5.192 de 1966 e a Lei nº 5.192 de 1966 e a Lei nº 5.192 de 1966

SABEMI SEGURADORA S/A

06 JUL 2016

RECEBIDO

REALIZAÇÃO GAB. J. 1	4.229.027	CARTA DE EXERCÍCIO	21/02/2014
NOME	ANDERSON PONCIANO DIAS		
FILIAÇÃO	EGERMO ALVES DIAS SILVIA DOLORES FONCIANO GARRIDO ALVES		
NATURALIDADE	BOUSA-MS		
DOC. ORDEM	MAEC. N. 43857 FLS. 14 LIV. 39		
CPF	CARTÃO 3058A-PH		
	125.501.574-86		
	<i>[Assinatura]</i>		
	SECRETARIA DO ALECRON		
	LEI Nº 7.118 DE 2006 (3)		
	DATA DE NASCIMENTO		24/09/1998

(b) (7)(C), (b) (7)(D)


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
125.501.574-86

Nome
ANDERSON PONCIANO DIAS

Nascimento
24/09/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012030752985
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COB. RENAVAM - C.C. B.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
1 - 00994121903 - 00/00000000 - 2015

NOME
JUSSANDRO FERREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ PLACA
85378780497 - NOE0541/PB

PLACA ANT. - UF CHASSI
NOVO - PB - 9C2K505-98R313071

ESPEC. TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC. - ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA / XR150 - BR03 - 2013 - 2014

CAP. / POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 / CI - PARTIC - VERMELHA

POSTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 - 07/00/0000 - 1º

FADCA DRYA. PARCELAMENTO / COTAS
***** - 0 - 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO-TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** - SEGURO - P.A.G.O. - 08/10/2015

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NATION HONDA LTDA

SOLSA - PB LOCAL DATA
11436 - 08/10/2015

11436 - 1103356-20151008

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

PB Nº 012030752985 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU I
PARA MAIS INF
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 08/10/2015

VIA - CPF / CNPJ PLACA
1 - 85378780497 - NOE0541/PB

RENAVAM - MARCA / MODELO
00994121903 - HONDA / XR150 - BR03 - ES

ANO FAB. COTA ÚNICA VENC. CHASSI
2013 - 9 - 9C2K505-98R313071

PRÊMIO TARIFÁRIO
***** (R\$) - ** (R\$) - COTA ÚNICA (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** - SEGURO - P.A.G.O. - 08/10/2015

PAGAMENTO
COTA ÚNICA - PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.245.008/0001-04

www.seguradoralider.com.br

11436 - 1103356-20151008

SABEMI SEGURADORA S/A

06 JUL 2016

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 0120307529B5
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00994121983 R.A.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2015

NOME
JUSSANIRO VERDEIRA DA SILVA

CPF / CNPJ 85378780497 PLACA NOE0541/PB

PLACA ANT. 7-UP NOVO PB 9C2KD0550PB313071

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA/MOTO ABERTO COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

CAP / POT / CIL 2 P/149 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 0/00/0000 1º VENC. COTA ÚNICA 0/00/0000 2º VENC. COTAS 3º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** DEGRUO 2º A G O 08/10/2015

OBSERVAÇÕES
A.E. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOUSA - PB LOCAL 118/10/2015

PB Nº 0120307529B5 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 08/10/2015

VIA 1 CPF / CNPJ 85378780497 PLACA NOE0541/PB

RENAVAM 00994121983 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013 CAT. USE 9 9C2KD0550PB313071

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** (R\$) ***** (R\$) COTA ÚNICA (R\$)

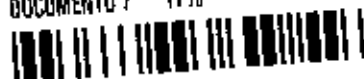
COSTO DO BILHETE (R\$) ***** 1º (R\$) 2º (R\$) 3º (R\$)

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO 08/10/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.888/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DOCUMENTO 7 *7%*



Marcos Aurelio Vidal

11 NOV. 2015

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160434617 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON PONCIANO DIAS **Data do acidente:** 30/04/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FERIMENTO CONTUSO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: SILVIA DOLORES PONCIANO GARRIDO ALVES, BRASILEIRA, CASADA, AGRICULTORA, COM 45 ANOS DE IDADE, PORTADORA DO RG-1.497.465-SSP-PB E CPF: 768.803.894-49, RESIDENTE E DOMICILIADA NO SÍTIO GENIPAPEIRO S/Nº, ZONA RURAL SOUSA-PB, CEP 58.800-000, SOUSA-PB.

OUTORGADO: FIDEL FEITOSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ESTUDANTE, RG-43819611-9SSP/SP E CPF- 074.248.554-41, RESIDENTE DOMICILIADO NA RUA SINFONIO NAZARÉ, Nº58, BAIRRO SÃO JOSÉ, CEP. 58.800-000 SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e 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 pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima: **ANDERSON PONCIANO DIAS**.


Silvia Dolores Ponciano Garrido Alves

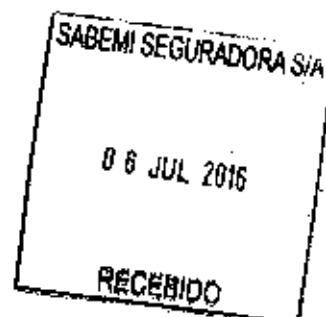
RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SOUSA-PB, 11 DE MAIO 2016.



OS NEVES MOREIRA Titular: Bel. Flávio Henrique Rodrigues Neves
Cartório Notarial e Registral Rua Superioridade, 100 - Centro - Sousa-PB
CEP: 58.800-000 Fone: (31) 3521-2001
RECONHEÇO COMO AUTÊNTICA E VERDADEIRA, A(S) FIRM(A)S) DE:
SILVIA DOLORES PONCIANO GARRIDO ALVES
Em test. da verdade. Sousa-PB 11/05/2016 08:36:19
Flávio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião
[2016-005759]EML:RS 28;49 FAFEN:RS 0,25 FEP3:RS 1,70 ISS:RS 0,25
SELO DIGITAL: AD102330-7760
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Flávio Henrique Rodrigues Neves
TABELIÃO E OFICIAL



11 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS

INDEX - ME

OUTORGANTE; SILVIA DOLORES PONCIANO GARRIDO ALVES, BRASILEIRA,
CASADA, AGRICULTORA, COM 45 ANOS DE IDADE, PORTADORA DO RG-
1.497.465-SSP-PB E CPF: 768.803.894-49, RESIDENTE E DOMICILIADA NO SÍTIO
GENÍPAPEIRO S/Nº, ZONA RURAL SOUSA-PB, CEP 58.800-000, SOUSA-PB.

OUTORGADO: FIDEL FEITOSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ESTUDANTE, RG-43819611-9 SSP/SP E CPF- 074.248.554-41, RESIDENTE DOMICILIADO NA RUA SINFONIO NAZARÉ, Nº58, BAIRRO SÃO JOSÉ, CEP. 58.800-000 SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e 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 pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima; **ANDERSON PONCIANO DIAS**.

~~Sebeia Dolores Enciano Garrido Puer~~

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SOUSA-PB, 11 DE MAIO 2016.



JOSE NEVES MOREIRA

Trainer: Erik Fjellin **Phone: 708-447-1414**
For Corporate Clients in Canada, PA - Ontario - Seattle?

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: ESTRATA DILORES PINCIANO GARRIDO HILVES

Em test.de.verdade. Sausa-PB/11/05/2018 08:36:19
Flávio Henrique Rodrigues Neves | Ibelião
[2016-005759]JERU-RJ 12,49 FAPENK: 0,23 FEPJ:R3 1,70 ISS:R4 0,7
SELO DIGITAL: A0102330-7PVO
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.us.br>

CARTORIO DE 1º OFÍCIO "DINÁS ANDRIOLA".

THE SA. DON. G. GARCERAN - BARBARA 71 067 737

RENELITA DA ROCHA MOREIRA
Tela Digital de Karsztyn, um Normal, ADOBE 3.1-1992
Conflito de dados de sis em http://www.digitization.org
E-MOUM 98 255 KAMEY 98 025 FETU 98 05

Renelita da M. Massia
ESCREVENTE

Plínio Henrique Rodrigues Neves
TABELÃO E OFICIAL

11 NOV. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS

EXEN - MF

OUTORGANTE; SILVIA DOLORES PONCIANO GARRIDO ALVES, BRASILEIRA,
CASADA, AGRICULTORA, COM 45 ANOS DE IDADE, PORTADORA DO RG-
1.497.465-SSP-PB E CPF: 768.803.894-49, RESIDENTE E DOMICILIADA NO SÍTIO
GENIPEPEIRO S/Nº, ZONA RURAL SOUSA-PB, CEP 58.800-000, SOUSA-PB.

OUTORGADO: FIDEL FEITOSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ESTUDANTE, RG-43819611-9 SSP/SP E CPF- 074.248.554-41, RESIDENTE DOMICILIADO NA RUA SINFONIO NAZARÉ, Nº58, BAIRRO SÃO JOSÉ, CEP. 58.800-000 SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e 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 pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima: **ANDERSON PONCIANO DIAS**.

~~Sebeia Dolores Enciano Garrido Rue~~

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SOUSA-PB, 11 DE MAIO 2016.



JOSÉ NEVES MOREIRA Titular, Des. Plínio Henrique Rodrigues Neves
Des. Plínio Henrique Rodrigues Neves
Rua Gonçalves Cabrito de Carvalho, 68 - Centro - São Paulo
CEP: 05079-000 - SP
Falsificação não autêntica e verdadeira, aliás falsas de.....
PLÍNIO HENRIQUE RODRIGUES NEVES
Em test.da verdade. Sousa-PB-11/05/2018-08:36:19
Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião
[2016-005759]JERU-R\$ 18,49 FAPENBR-O, 25 FEPU-R\$ 1,70 ISS-R\$ 0,7
SELO DIGITAL: A0102330-7PUD
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTORIO DE 1º OFÍCIO "DÍMAS ANDRIOLA"
 PRESENÇA PATRÔNICA - CARTÃO - COM 12 - ORIGINAL - ACIMA
 - DATA - 20/04/2011 - CARTÃO - 20/04/2011

RENILTA DA ROCHA MOREIRA
 Selo Digital de Autenticidade - Tipo Normal - 0.000734-0000
 Confirma os dados da foto em www.sigatdigi.tpb.jus.br
 EMULUM R\$ 2,55 FARMEN R\$ 0,25 FETUR R\$ 0,5

in Mississipi

Renata da R. Massia
ESCREVENTE

Tipb. jus. br

Atílio Henrique Rodrigues Flores
TABELÃO E OFICIAL