

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RODRIGUES OLIVIERA

Nº Sinistro: 3180323500

Vitima: RODRIGUES OLIVIERA

Data do Acidente: 23/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180323500**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13113911



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RODRIGUES OLIVIERA

Nº Sinistro: 3180323500

Vitima: RODRIGUES OLIVIERA

Data do Acidente: 23/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180323500**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

**Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180323500**

**Vítima: RODRIGUES OLIVIERA**

**Data do Acidente: 23/03/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RODRIGUES OLIVIERA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, RODRIGUES OLIVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 313.683 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 1 / 1 / 1 ECPF 076491294-52 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA RODRIGUES DE OLIVEIRA, 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 ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam 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 Lotéticas 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 como 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 21861-5

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.

JOÃO PESSOA, 25 de JUNHO de 2018

LOCAL E DATA

Rodrigues Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBIDO

13 JUL 2018

## ! 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



RECEBIDO

13 JUL 2013

GRUPO SEGUADOR  
BBMAFPRE



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ESPERANÇA  
RUA ISAIAS NOGUEIRA DOS SANTOS, 396 - CENTRO - ESPERANÇA - 58135-000 -

OCORRÊNCIA Nº 000153/18

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000153/18 registrada em 06/06/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de junho do ano de 2018, nesta cidade de ESPERANÇA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ESPERANÇA, quando encontrava-se presente o Bel. KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:26 horas, compareceu o Sr. RODRIGUES OLIVEIRA, com 32 anos de idade, filho de NÃO DECLARADO e VANDA LÚCIA OLIVEIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ESPERANÇA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Completo, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3136083, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 07649124452, residindo à rua MARIA ENEDINA DA CONCEIÇÃO, S/N, (PRÓXIMO AO POSTO JB), bairro PADRE CÍCERO, na cidade de ESPERANÇA - PB, celular 9 9870-0932.

#### Declarou que:

QUE NO DIA 23/03/2018, POR VOLTA DAS 14:40 HORAS, CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA OFC 5455/PB, COR CINZA, ANO: 2012/2012, CHASSI Nº 9C2KC1670CR541270, REGISTRADA EM NOME DE LEANDRO VICENTE ROGACIANO, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, NESTE MUNICÍPIO, PERTO DA GRANJA, O PNEU DIANTEIRO FUROU, ONDE O NOTICIANTE PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO CHÃO; QUE DEVIDO OS FERIMENTOS FOI ENCAMINHANDO POR POPULARES AO HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO, SENDO LEVADO PARA O TRAUMA CONSTATANDO-SE FRATURA NO QUARTO DEDO DO PÉ ESQUERDO; QUE FICOU INTERNADO POR CINCO DIAS; QUE CITA COMO TESTEMUNHAS DO OCORRIDO AS PESSOAS DE: VITAL DO NASCIMENTO E IRACI JUSTINO DOS SANTOS; QUE VITAL ESTAVA COMO PASSAGEIRO E TAMBÉM SOFREU LESÕES. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

ESPERANÇA, Quarta-feira, 6 de Junho de 2018

*Rodrigues Oliveira*

RODRIGUES OLIVEIRA

Declarante

*Saulo Ramos Silva*  
SAULO RAMOS SILVA  
Escrivão

#### CARTÓRIO ÚNICO DE REGISTRO ESTADO DA PARAÍBA AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução  
do original. dou fé F.m Testº. lll  
e verdade.

Remigio 07/06/2018

*Maria do Socorro Barbosa Fernandes*  
MARI DO SOCORRO BARBOSA FERNANDES  
ESCREVENTE

SELO DIGITAL: AG048289-K105  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SELO DIGITAL: AG048289-K105  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RODRIGUES OLIVEIRA,  
portador da carteira de identidade nº 313.683 e inscrito no  
CPF nº 076.491.244-52, residente e domiciliado na  
RUA MARIA ENEDINA DA CONCEIÇÃO, Nº 22, PADRE CICERO,  
CEP: 58398-000, REMIGIO - PB CEP: 58398-000,  
Cidade REMIGIO, Estado PB, 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.

Rodrigues Oliveira  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 25/06/2018  
Local e data



23/03/2018

GOVERNO  
DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1621394

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/03/2018

Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Arthur Mathheus Almeida Mendonça

PACIENTE: RODRIGUES OLIVEIRA

CEP: 58398000 Nascimento: 25/03/1986

Endereço: MARIA ENEDINA DA CONCEICAO

Cidade: Remigio

Sexo: M Telefone: 99292701

Nome da Mãe: VANIA LUCIA OLIVEIRA

Idade: 031 Bairro: CENTRO

Responsável:

RG: N°: 0 Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Solteira(a)

CPF: 0764912452

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

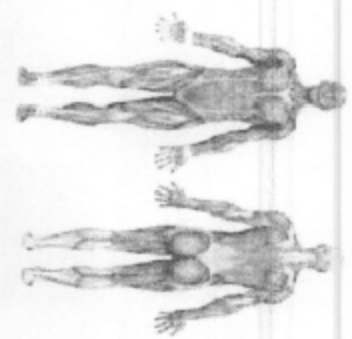
Data de Atendimento: 23/03/2018

Médico:

Hora: 18:42:46

CRM: Especialidade:

OBS FICHA: -  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abuso
2. Amputação
3. Análise
4. Contusão
5. Crepitação
6. Der
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfiamento subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado
16. F. Certo-certo
17. F. Furo-certo
18. F. Furo-certo
19. Fratura óssea fratura
20. Fratura óssea direita
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento tônico parafuso
28. Objeto Enfiado
29. Otite
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de tique
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNOSTICO / CID:

HICG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CL 05

Paciente vítima de acidente de moto, com lesão, apresenta lesão em  
Nº 0. Não apresenta lesão de nível de consciência, sem vomito, tórax ou  
lesão queixo.  
Abdomem sem dor, distensão, rigidez, incolor à palpção, sem urina.  
Tosse sem queixo ou urina.

ALERGIA: Nula

MEDICAMENTOS: Ibuprofeno, 400

PATOLOGIAS: N/A

EXAME FÍSICO

PUPILAS (4) Fotorregentes (X) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA HGT: Satoz

2 - X não N/A

→ Lesões faciais lesões

Od: Alveolar Gaf para Duzal

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: N/A  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: D. D. as Dia

Especialista: D. D. as Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Gabriel Ribeiro  
CRM: 17.983

RECEBIDO  
13 JUL 2018  
GRUPO SEGUADOR  
SOMARE

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RODRIGUES OLIVEIRA,

RG nº 313.683, data de expedição    /   /   ,

Órgão SSP-PB, CPF nº 076.491.244-52, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA MARIA ENEOLINA DA CONCEIÇÃO</u> |
| Número                            | <u>22</u>                              |
| Aptº / Complemento                | <u>CASA</u>                            |
| Bairro                            | <u>PADRE CICERO</u>                    |
| Cidade                            | <u>REMÍGIO -</u>                       |
| Estado                            | <u>PB</u>                              |
| CEP                               | <u>58398-000</u>                       |
| Telefone de contato               | <u>(83) 99870-0932</u>                 |
| E-mail                            | <u>EDUARDO@ABPB@HOTMAIL.COM</u>        |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 25/06/2018.

Rodrigues Oliveira

Assinatura do Declarante

RECEBIDO

13 JUL 2018

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE



RODRIGUES OLIVEIRA  
MARIA ENERDINA DA CONCEICAO 22  
PADRE CICERO  
58398-000 REMIGIO - PB

PC -00

Postagem: 18/05/2018  
Vencimento: 27/05/2018  
Emissão: 17/05/2018  
Fechamento próxima fatura: 22/06/2018

180518



## Resumo da fatura em R\$

|                           |               |
|---------------------------|---------------|
| Total da fatura anterior  | 1.002,60      |
| Pagamentos efetuados      | - 1.002,60    |
| Saldo financiado          | 0,00          |
| Lançamentos atuais        | 321,46        |
| <b>Total desta fatura</b> | <b>321,46</b> |

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **RODRIGUES OLIVEIRA**  
Cartão **5283.XXXX.XXXX.9112**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

27/05/2018

A) pagamento total R\$

321,46

B) pagamento para rotativo (a partir de) R\$

48,21

C) parcelas fixas R\$

29,11  
+23x 29,11

D) pagamento mínimo para R\$

financiamento

Não Disponível

Nova opção de pagamento  
D) Pagamento mínimo para  
financiamento: quando disponível,  
o valor pago será creditado como  
entrada de seu financiamento, e  
o saldo restante será dividido em  
parcelas fixas com juros iguais ao  
do parcelamento (Parcelas fixas)  
da fatura. Se você efetuar um  
pagamento inferior ao pagamento  
mínimo para financiamento, você  
estará em atraso, incorrendo em  
juros, multa e mora.

## Limites de crédito R\$

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| Limite total de crédito              | 1.890,00 |
| Limite utilizado no mês              | 321,46   |
| Retirada de recursos País/saque(1)   | an/ov    |
| Retirada de recursos Exterior(saque) | 315,00   |

Consulte outras opções

## Pagamentos efetuados

| DATA                        |                         | VALOR EM R\$      |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|
| 27/04                       | PAGAMENTO FICHA COMPENS | - 800,00          |
| 27/04                       | PAGAMENTO FICHA COMPENS | - 202,60          |
| <b>Total dos pagamentos</b> |                         | <b>- 1.002,60</b> |

## Lançamentos: compras e saques

| RODRIGUES OLIVEIRA (final 9112)           |                             |              |
|-------------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| DATA                                      | ESTABELECIMENTO             | VALOR EM R\$ |
| 16/05                                     | RECARGATIM<br>RIO DE JANEIR | 20,00        |
| <b>Lançamentos no cartão (final 9112)</b> |                             | <b>20,00</b> |

| RODRIGUES OLIVEIRA (final 8207) |                        |              |
|---------------------------------|------------------------|--------------|
| DATA                            | ESTABELECIMENTO        | VALOR EM R\$ |
| 13/05                           | EDUARDO CALCADOS 01/03 | 31,68        |
| 13/05                           | EDUARDO CALCADOS 01/02 | 19,95        |

Continua...

 Compra presencial  
com o uso do cartão e senha.

Caso você não pague a fatura integralmente,  
haverá cobrança de juros sobre as novas compras  
a partir da data de sua realização até o pagamento  
total da fatura. Somente as compras lançadas  
após o pagamento integral da fatura não terão  
incidência de juros.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento  
Nome do Pagador(CPF/CNPJ)  
Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ)  
Endereço do beneficiário

34191.75421 57149.452047 00173.090002 4 000

00142571494/0043605  
RODRIGUES OLIVEIRA - 076.491.244-52  
HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69  
AV RUI BARBOSA, 251,1 A GRAÇAS - RECIFE - PE

Nosso Número  
Valor do documento  
Vencimento

recibo do pagador

175/42571494-5  
R\$ 321,46  
27/05/2018

Autenticação Mecânica

ARTÓRIO ÚNICO DE REMIGIO  
ESTADO DA PARAÍBA  
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução  
do original. dou fé F.m Test. 44  
se verdade.

Remigio 07/06/2018

Maria do Socorro Barbosa Fernandes

ESCREVENTE

SELO DIGITAL: AG048288-00A0  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO  
RUA BENTO VIEIRA VITÓRIO, 123 / TERREO - CENTRO  
REMOIO / PB CEP: 58220-000 (A2 71)

Emissão: 24/05/2018 Referência: Mai/2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - C/ta Redenção - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
Roteiro: 14 - 73 - 203 - 1500 Nº medidor: 00035116749

**Energisa**

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.096.102/0001-49 Ins. Est. 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 007.084.001  
Cód. para Dth. Automático: 9001730353

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF / CNPJ / RANI:  
Mai / 2018 24/05/2018 25/06/2018 5303808467  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1730353-8

**Canal de contato**

Baixe o aplicativo Energisa CRI em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via de conta, mudança de titularidade, informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

| Anterior       | Atual          | Constante | Consumo | Dias |
|----------------|----------------|-----------|---------|------|
| Data: 24/04/18 | Data: 24/05/18 |           |         |      |
| Leitura: 4022  | Leitura: 4221  | 1         | 129     | 30   |

| Demonstrativo                |  |                                        |  |                                      |  |                                |  |                             |  |
|------------------------------|--|----------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Quilowatts-hora              |  | Tarifas                                |  | Tributos                             |  | Outros                         |  | Total                       |  |
|                              |  | Tabela Tarifária (R\$) (CMR/R\$) (CMR) |  | Tributos (R\$) (IPI/IRPJ) (IPI/IRPJ) |  | Outros (R\$) (Outros) (Outros) |  | Total (R\$) (Total) (Total) |  |
| Consumo em kWh               |  | 120.000 0 711200                       |  | 91,78 91,78 27                       |  | 24,31 24,31 0,56               |  | 2,81                        |  |
| 0801 - Adm. B. Energia       |  | 1,68                                   |  | 1,68 27                              |  | 0,40 0,40 0,01                 |  | 0,04                        |  |
| 0807 - CONTRIB. LUM. PÚBLICA |  | 10,89                                  |  | 0,00 0                               |  | 0,00 0,00 0,00                 |  | 0,00                        |  |

CCI Código de Classificação do Item TOTAL/R\$ 104,13 93,25 25,17 93,25 0,57 2,85

Média últimos meses (kWh)  
115

**VENCIMENTO**  
26/06/2018

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 104,13

**Histórico de Consumo (kWh)**

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 184    | 107    | 59     | 54     | 65     | 64     | 138    | 145    | 107    | 126    | 152    | 132    |
| Mar/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 |

RESERVADO 7c6a0f28.6016.74f6.9c21.86a7.bbd0.31c5.

**Indicadores de Qualidade**

| Limites da ANEEL |  | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------|--|---------|----------------------|
| DIA MENSAL       |  |         |                      |
| DIA TRIMESTRAL   |  |         |                      |
| DIA ANUAL        |  |         |                      |
| FIC MENSAL       |  |         |                      |
| FIC TRIMESTRAL   |  |         |                      |
| FIC ANUAL        |  |         |                      |
| PARC             |  |         |                      |
| DICI             |  |         |                      |

| Composição do Discriminação                            | Valor (R\$) | %      |
|--------------------------------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. de Energia e Pê. Conservação Energia | 34,31       | 33,26  |
| Serviços de Transmissão                                | 30,00       | 28,87  |
| Encargos Sociais                                       | 5,74        | 5,59   |
| Impostos, Oneros e Encargos                            | 6,14        | 5,97   |
| Outros Serviços                                        | 28,27       | 27,11  |
| Total                                                  | 104,13      | 100,00 |

Valor em USD (Ref. 3/2018) R\$ 43,29

Paradas de Ramo: 14h/h

**ATENÇÃO**

Faturas em atraso

RECEBIDO

13 JUL 2018

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE

PARA: 14 - 73 - 203 - 1500  
Matrícula: 1730353-2016-05-7

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

83640000001-1 04130054000-6 17303532018-8 05700073019-2



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.038.084 / 67, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODRIGUES OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.491.244 / 52, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima RODRIGUES OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.491.244 / 52, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

|                                         |                                                  |                                                 |                         |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Endereço<br><u>RUA BENTO VITORIO</u>    |                                                  | Número<br><u>723</u>                            | Complemento             |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                 | Cidade<br><u>REMÍCIO -</u>                       | Estado<br><u>PB</u>                             | CEP<br><u>58398-000</u> |
| Email<br><u>EDUARDO OAB@HOTMAIL.COM</u> | Telefone comercial(DDD)<br><u>(83) 996232960</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(83) 991828541</u> |                         |

JOÃO PESSOA 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

Eduardo de Lima Nascimento

Assinatura do Declarante

RECEBIDO

13 JUL 2018

255517980  
SEGURADOR  
SBMAFPRE

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEANDRO VICENTE ROCHA,  
RG nº 379523, data de expedição 1/1,  
Órgão SSPB, portador do CPF nº 114.695.764-57,  
com Domicílio na cidade de REMÍCIO, no Estado  
de PB, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) Rua S. S. S. A. V. T. O. S. S. A.  
nº 77, 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  
RODRIGUES OLIVEIRA, cujo o condutor  
era O PRÓPRIO RODRIGUES DE OLIVEIRA.

Veículo.....: MOTOCICLETA  
Ano.....: 2012  
Modelo.....: HONDA CB 150  
Placa.....: OFB 5455 PB  
Chassi.....: 9C2KC7670CE541270  
Data do acidente.: 23/03/2018

Local e data: JOÃO PESSOA 25/06/2018

X Leandro Vicente Rocha  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



RECEBIDO  
X Rodrigues Oliveira  
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

GRUPO DE TRABALHO  
BPMATRI



### CANTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMISSÃO

Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB

ESCREVENTES: ☒ Maria do Socorro Barbosa Fernandes  
☐ Mécia Maria Serrafim dos Santos  
☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Rodriguez Almeida

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.

Do(a) Remigio, 08/06/2018 Maria do Socorro Barbosa Fernandes

\*SELO DIGITAL: AHA09379-2700 ESCRIVENTE

Consulte a autenticidade em <https://seledigital.ajpb.pb.br>



### CANTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMISSÃO

Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB

ESCREVENTES: ☒ Maria do Socorro Barbosa Fernandes  
☐ Mécia Maria Serrafim dos Santos  
☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Rodriguez Almeida

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.

Do(a) Remigio, 08/06/2018 Maria do Socorro Barbosa Fernandes

\*SELO DIGITAL: AHA09379-2700 ESCRIVENTE

Consulte a autenticidade em <https://seledigital.ajpb.pb.br>







GOVERNO  
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

|                       |                       |                             |                        |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------|
| Nome:                 | Rochrigues Oliveira   |                             |                        |
| End:                  | Me Evidio do Ezequias |                             | Bairro: Benício        |
| Data de Nascimento:   | 25.03.1986            | Documento de Identificação: |                        |
| Queixa:               | Ac. de                | Data do Atend.: 23.03.18    | Hora: 18:30 Documento: |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim               | ( ) Não                     |                        |

nota

### Classificação de Risco

|                                                      |                                                  |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Nível de consciência: (X) Bom ( ) Regular ( ) Baixo  | Aspecto: ( ) Calmo (X) Fáceis de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória:                             | Frequência cardíaca:                             |
| Pressão arterial:                                    | Temperatura axilar:                              |
| Dosagem de HGT:                                      | Mucosas: (X) Normocorada ( ) Pálida              |
| Deambulação: ( ) Livre (X) Cadeira de rodas ( ) Maca |                                                  |

### Estratificação

- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

- (X) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

Assinatura e carimbo do profissional

2000-01-01

[illegible][illegible]

(C) 2007 by The McGraw-Hill Companies

10.  $\cos^2 \theta + \sin^2 \theta = 1$

... 5/15/1914 ...

...Mittelpunkt der Kugeloberfläche ...

1875

215052

DATA, / /

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

23103118

CRM-PB 10163

MEDICA

Tatiana Vasallo Inoue

Encaminhado paciente Rodrigues  
de Oliveira, com laceração  
no pé, após trauma de moto,  
com feridas superficiais de  
estruturas artrosas.  
Solicito encaminhado ao ortopedista.

At Hop. de trauma

[illegible]



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

[illegible]

[illegible]



C. C. C.

RECEBIDO

13 JUL 2013

GRUPO SEGUADOR  
BRASILEIRO

Núcleo de Segurança do Paciente  
**TRAUMA - CG**

PRONTUARIO:

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

SAIDA

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- ~~A~~ O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

□ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPARANDO A MANEIRA TRADICIONAL COM A MANEIRA AUTOMATIZADA, NÃO PRESENTA DIFERENÇAS SIGNIFICATIVAS ENTRE OS GRUPOS DE CONTAGEM.

☐ A CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM

☐ BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE

☐ HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS PARA SER RESOLVIDO

O CIRURGIÃO, O ANESTESISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

NÃO SE APLICA  
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

SIM  
NÃO SE APLICA

Assinatura

Don't know

C C

C C

Don't know

Don't know

Don't know

Don't know

Don't know

Don't know

Don't know

Sr(a): RODRIGUES DE OLIVEIRA

Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA

Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000393727

Data: 24-03-2018 10:41

Idade: 31 anos

RG: NÃO INFORMADO

Origem: AREA AMARELA

Destino: AREA AMARELA

**TEMPO DE COAGULACAO** ..... 8'00'' min

[DATA DA COLETA: 24/03/2018 11:19]

Material: Sangue

Método: Lee-White

Valores de Referência:  
De 5 a 11 minutos

**TEMPO DE SANGRAMENTO** ..... 2'00''

[DATA DA COLETA: 24/03/2018 11:19]

Material: sangue

Método: Duke

Valores de Referência:  
De 1 a 3 minutos



Carlos Felipe Souza de Almeida Beltrão  
Biomédico  
CRM 6405

|           |                                          |            |                  |          |               |
|-----------|------------------------------------------|------------|------------------|----------|---------------|
| Sr(a):    | RODRIGUES DE OLIVEIRA                    | Protocolo: | 0000393727       | RG:      | NÃO INFORMADO |
| Dr(a):    | YWRY DE PAIVA CAMARA                     | Data:      | 24-03-2018 10:41 | Origem:  | AREA AMARELA  |
| Convênio: | HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES | Idade:     | 31 anos          | Destino: | AREA AMARELA  |

**CREATININA**

[DATA DA COLETA: 24/03/2018 11:10]

Resultado ..... 0,8 mg/dl

Recom-nat: 0,3 a 1,0 mg/dl  
Crianças... 0,3 a 1,0 mg/dl  
Adultos... 0,4 a 1,3 mg/dl  
EXAMES RELACIONADOS: Ureia, Depuração  
da Creatinina e Sumário de  
urina.  
NOTA: O uso de medicamentos contendo  
dipirona e  
vitamina C podem alterar o  
resultado deste exame.

**Resultados anteriores:**

Material: Soro

Método: Automatizado CM 200 WIENER



Carlos Felipe Souza da Silveira Beltrão  
Biomédico  
CRBM 5405

Sr(a): RODRIGUES DE OLIVEIRA      Protocolo: 0000393727      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): YWRY DE PAIVA CAMARA      Data: 24-03-2018 10:41      Origem: AREA AMARELA  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 31 anos      Destino: AREA AMARELA

**HEMOGRAMA**

[DATA DA COLETA: 24/03/2018 11:17 ]

**Resultados**

**Valores de Referência**

**SÉRIE VERMELHA**

|                  |                              |                                   |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Eritrócitos..... | 4.53 milhões/mm <sup>3</sup> | 4,2 a 5,0 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Hemoglobina..... | 13,9 g/dL                    | 13,5 a 16,0 g/dL                  |
| Hematócrito..... | 42 %                         | 40,0 a 52,5 %                     |
| V.C.M.....       | 93 fL                        | 82,0 a 92,0 fL                    |
| H.C.M.....       | 31 pg                        | 27,0 a 31,0 pg                    |
| C.H.C.M.....     | 33 g/dL                      | 32,9 a 36,0 g/dL                  |

**SÉRIE BRANCA**

|                            |                               |                     |                                             |
|----------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|
| Leucócitos.....            | 7.100 /mm <sup>3</sup><br>(%) | (/mm <sup>3</sup> ) | 5.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>             |
| Neutrófilos.....           |                               |                     |                                             |
| Promielócitos.....         | 0                             | 0                   |                                             |
| Mielócitos.....            | 0                             | 0                   |                                             |
| Metamielócitos.....        | 0                             | 0                   |                                             |
| Bastonetes.....            | 4,0                           | 284                 | 40 a 70 % - 1.800 a 8.500 / mm <sup>3</sup> |
| Segmentados.....           | 69,0                          | 4.899               | 6,5 a 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>     |
| Eosinófilos.....           | 2,0                           | 142                 | 0 a 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>       |
| Basófilos.....             | 0                             | 0                   |                                             |
| Linfócitos.....            |                               |                     |                                             |
| Típicos.....               | 22,0                          | 1.562               | 20 a 45 % - 1.000 a 3.500 / mm <sup>3</sup> |
| Atípicos.....              | 0                             | 0                   |                                             |
| Monócitos.....             | 3,0                           | 213                 | 2,0 a 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>    |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS..... | 145.000 mm <sup>3</sup>       |                     | 140.000 a 450.000 mm <sup>3</sup>           |

OBSERVAÇÕES..... Contagens repetidas e confirmadas.

*Carlos Felipe Souza de Almeida Beltrão*

Carlos Felipe Souza de Almeida Beltrão  
Biomédico  
CRM 5409



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

|        |                    |   |      |   |       |  |         |  |          |  |             |     |        |  |
|--------|--------------------|---|------|---|-------|--|---------|--|----------|--|-------------|-----|--------|--|
| NOME:  | Rodrigues Oliveira |   |      |   |       |  |         |  |          |  | PRONTUÁRIO: | 325 |        |  |
| IDADE: | SEXO               |   | COR: |   | PESO: |  | ALTURA: |  | CLÍNICA: |  | ENF.:       |     | LEITO: |  |
|        | M                  | F | B    | P | A     |  |         |  |          |  |             |     |        |  |

### DADOS CLÍNICOS:

Acidente de carro

### MATERIAL A EXAMINAR:

### EXAMES SOLICITADOS:

Rx de M' (E) AP e Oblíqua  
Tórax - PA  
Bacia - AP

**PARAÍBA**  
**REALIZADO EM**  
23/12

### URGÊNCIA:

☐

### ROTINA:

☐

### DATA:

23/03/28

### HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Gabriel Ribeiro  
Cirurgião do Trauma  
CRM-PB: 7.983

Carimbo e Assinatura do Médico

12

2

3

4

5



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

|        |  |      |   |      |   |       |   |         |  |          |  |             |   |        |  |  |  |
|--------|--|------|---|------|---|-------|---|---------|--|----------|--|-------------|---|--------|--|--|--|
| NOME:  |  |      |   |      |   |       |   |         |  |          |  | PRONTUÁRIO: |   |        |  |  |  |
|        |  | P    | o | c    | n | i     | g | o       |  |          |  |             |   |        |  |  |  |
| IDADE: |  | SEXO |   | COR: |   | PESO: |   | ALTURA: |  | CLÍNICA: |  | ENF.:       |   | LEITO: |  |  |  |
|        |  | M    | F | B    | P | A     |   |         |  |          |  |             | 9 |        |  |  |  |

DADOS CLÍNICOS:

Fratura - OR

MATERIAL A EXAMINAR:

26/03/18

EXAMES SOLICITADOS:

Fratura de Fêmur Ant e Oblíqua

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

26/03/18

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Dr. Wagner Ralção  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643

Carimbo e Assinatura do Médico

Handwritten text, possibly a signature or name, oriented vertically.

Handwritten text, possibly a date or initials, oriented vertically.

Handwritten text, possibly a signature or name, oriented vertically.

Handwritten signature or mark, oriented vertically.

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK-20

$$f \times \alpha \times \beta, \quad \eta = \rho \circ \beta \circ \alpha$$

|          |               |            |   |       |  |          |  |
|----------|---------------|------------|---|-------|--|----------|--|
| Paciente | Wendy O'Leary | Alojamento | 2 | Leito |  | Convênio |  |
|----------|---------------|------------|---|-------|--|----------|--|

| Data  | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                             | Horário                                                               | Evolução Médica                                                                                        |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26/03 | <p>1 - Dieta livre</p> <p>2 - S R L 500 ml I.V. 12 / 12 h.</p> <p>3 - Dipirona 02 ml I.V. 8 / 8 h (lento).</p> <p>4 - Tilatil 20 mg I.V. 12 / 12 h.</p> <p>5 - Omeprazol 40 mg I.V. 01 X dia.</p> <p>6 - C.C.G.</p> <p>Antibioticoterapia 19/03/17h 2x 2x</p> | <p>0</p> <p>12 24</p> <p>14 22 06</p> <p>12 24</p> <p>06</p> <p>✓</p> | <p>Refeição</p> <p>Dieta livre</p> <p>Dr. Wagner Falcão<br/>Otorrinolaringologista<br/>CRM-PS 8643</p> |
| 27/03 | <p>Dr. Wagner Falcão<br/>Otorrinolaringologista<br/>CRM-PS 8643</p>                                                                                                                                                                                           | <p>Dr. Wagner Falcão<br/>Otorrinolaringologista<br/>CRM-PS 8643</p>   |                                                                                                        |



2111 1111 1111 1111 1111

2111 1111 1111 1111 1111

2111 1111 1111 1111 1111

2111 1111 1111 1111 1111



[illegible]

fixe rapport de  $1/9$  PDD(E)

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

5

07

|          |                         |            |  |       |  |          |  |
|----------|-------------------------|------------|--|-------|--|----------|--|
| Paciente | <i>Roberto Oliveira</i> | Alojamento |  | Leito |  | Convênio |  |
|----------|-------------------------|------------|--|-------|--|----------|--|

| Data     | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                              | Horário                                                                 | Evolução Médica                                                   |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 05/10/23 | ① dieta livre<br>② yelco bolusgada<br>③ dipirona 02 ml + ASD EV 6/6h<br>④ ceftriaxona 1g + ASD EV 12/12h<br>⑤ gentamicina 800mg 5SF EV 1x dia<br>⑥ mandador 1F4 + AD EV 8/8h 5N<br>⑦ curativo<br>⑧ CCG + SS VV | 09<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>18 21 26<br>18 06<br>18<br>07 | 20/10<br>EGB comunita curado<br>mega dor e outras queixas<br>FEN. |

[illegible]

Ex. 4.  $\text{PDT}(\bar{E})$ .

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ek! juaab

22

|          |                  |            |   |       |  |          |  |
|----------|------------------|------------|---|-------|--|----------|--|
| Paciente | Roberto Oliveira | Alojamento | 5 | Leito |  | Convênio |  |
|----------|------------------|------------|---|-------|--|----------|--|

| Data     | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SND                                                                                       | Horário                                                                        | Evolução Médica                               |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 24/03/17 | <p>① Dulta 3000 até 2 encaixas - 4h45 -</p> <p>② SRL 1500 EV 0m24h</p> <p>③ duphena 0,2 ml. + AD EV 06/6h</p> <p>④ ceftriaxona 1g + 4BD EV 12/12h</p> <p>⑤ gentamicina 300mg + SF EV 1x4h</p> <p>⑥ tramadol 100mg + 400ml SFEV 8/8h</p> <p>⑦ mavedonol FA + AD EV 8/8h SN</p> <p>⑧ SSVV + CCGG</p> | <p>SND</p> <p>4</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> | <p>4</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> | <p>EGB sem quiecer</p> <p>unq. de 1 pulso</p> |



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]



**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**  
( Critérios para altas da SRPA)

| Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico |  |  | Hora entrada | Hora saída |
|----------------------------------------------------------|--|--|--------------|------------|
| Nenhum Movimento = 0                                     |  |  |              |            |
| Movimenta 2 membros = 1                                  |  |  |              |            |
| Movimenta 4 membros = 2                                  |  |  |              | 2          |
| Apnéia = 0                                               |  |  |              |            |
| Respiração Limitada, Dispneia = 1                        |  |  |              |            |
| Respiração profunda e tosse = 2                          |  |  |              | 2          |
| PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0                |  |  |              |            |
| PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1           |  |  |              |            |
| PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2                |  |  |              | 2          |
| Sat O2 < 90 com oxigênio = 0                             |  |  |              |            |
| Sat O2 > 90 com oxigênio = 1                             |  |  |              |            |
| Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2                            |  |  |              | 2          |
| Não responde ao chamado = 0                              |  |  |              |            |
| Despertado ao chamado = 1                                |  |  |              |            |
| Completamente acordado = 2                               |  |  |              | 2          |
| TOTAL DE PONTOS:                                         |  |  |              | 10         |

Assinatura do anestesista

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten mark]*



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|                                                                       |                         |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Paciente: <u>Kodriges Moreira</u>                                     | Idade: <u>35 a.</u>     |
| Convênio: <u>Sus</u>                                                  | Data:                   |
| Procedimento: <u>tt. curaç de frak do uc: POF + Sutura e curativo</u> |                         |
| Cirurgião: <u>Dr Renc</u>                                             | Auxiliar:               |
| Anestesista: <u>Dr Karoline</u>                                       | Anestesia: <u>Raqui</u> |
| Início: <u>03:40</u>                                                  | Término: <u>00:40</u>   |

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]



|                                                              |  |                                                                       |  |                                 |  |                            |  |
|--------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|----------------------------|--|
| Nome do Paciente<br>Rodrigo Oliveira                         |  | Data da Operação<br>23/03/18                                          |  | Enf.<br>Leito                   |  | Nº Prontuário              |  |
| Operador<br>Dr. Raula Gomes                                  |  | 1º Auxiliar                                                           |  | 2º Auxiliar                     |  | 3º Auxiliar                |  |
| Tipo de Anestesia<br>Raque                                   |  | Tipo de Anestesia<br>Raque                                            |  | Tipo de Anestesia<br>Raque      |  | Tipo de Anestesia<br>Raque |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório<br>fratura exposta de PE Esquerda |  | Diagnóstico Pós-Operatório<br>fratura de 4º DDE + fratura e clavicula |  | Relatório Imediato da Patologia |  | Exame Radiológico no Ato   |  |
| Acidente Durante a Operação                                  |  |                                                                       |  |                                 |  |                            |  |

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- Paciente em BDH sob anestesia
- Aspecto + Antróforo
- Dissecção de Ganglio linfático
- Fratura exposta do 4º pododactilo Esquerdo e
- fratura contumida do 4º pe Esquerdo.
- fratura peritarsal do 4º pododactilo
- com fio de 9/1mm
- Contato com radiocópica
- fratura de calcâneo com fratura do fêmur
- fratura + fratura externa
- fcl BOK

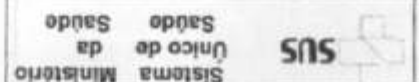
Dr. José Raimundo Gomes  
CRM 21437  
150715282

[illegible]



C

C



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

|                                         |                                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES |
| 2 - CNES                                | 2362856                                                    |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES |
| 4 - CNES                                | 2362856                                                    |

|                                  |                                                                       |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE             | RODRIGUES OLIVEIRA                                                    |
| 6 - Nº DO PRONTUÁRIO             | 1621435                                                               |
| 7 - CARTÃO DO SUS                |                                                                       |
| 8 - DATA DE NASCIMENTO           | 25/03/1986                                                            |
| 9 - SEXO                         | Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  | VANDA LUCIA OLIVEIRA                                                  |
| 11 - TELEFONE DE CONTATO         | 99292701                                                              |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  | MARIA ENEDINA DA CONCEIÇÃO, 0, CENTRO                                 |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA     | Remígio                                                               |
| 14 - Códigos município - 15 - UF | PB 251270                                                             |
| 16 - CEP                         | 58398000                                                              |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

02/03/18 após 10 dias de internação em UTI, evoluiu para quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia noturna, edema de membros inferiores, tosse com expectoração branca, fadiga e anorexia.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia noturna, edema de membros inferiores, tosse com expectoração branca, fadiga e anorexia.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Exame físico: FC 100 bpm, PA 120/80 mmHg, SpO2 92%, T 36,5°C, RR 20 rpm.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca congestiva

21 - CID 10 PRINCIPAL

I50.9

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento clínico e farmacológico da insuficiência cardíaca congestiva.

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0402050694

26 - CLÍNICA

02

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO/CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

700501777865557

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

WYRY DE PAIVA CAMARA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/03/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÁNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAÍTO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOB

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COO, ORGÃO EMISSOR

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Nº DOCUMENTO/CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - COO, ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DOCUMENTO/CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

180205010 amidiu 15 mufon 15

202

**SUS**  
Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1621435

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/03/1986

9 - SEXO

MASC ☒ FEM ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

VANDA LUCIA OLIVEIRA

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

MARIA ENEDINA DA CONCEIÇÃO, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Remigio

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

251270

15 - UF

PB

16 - CEP

58398000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S925

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050692

26 - CLÍNICA

02

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

700501777865557

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

YVRY DE PAIVA CAMARA

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/03/2018

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

36 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTÃO NACIONAL DE HABILITACÃO

**RODRIGUES OLIVEIRA**

**1549027893**

**3136083** **SSP** **PB**

**076.491.244-52** **25/03/1986**

**VANDA LUCIA OLIVEIRA**

**05846570045** **30/01/2023** **06/08/2013**

**PARAÍBA**

**1549027893**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**ARTÓRIO ÚNICO DE REMISSÃO  
ESTADO DA PARAÍBA  
AUTENTICAÇÃO**

Autentico esta fotocópia e/ou reprodução  
do original, dou fé F.m. test. 14  
de verdade.

Remissão 07.06.2018

Manoel do Socorro Barbosa Fernandes  
ESCREVENTE

SELO DIGITAL: AG048285-0XCU  
Consulte a autenticidade em <http://selodigital3jpb.jus.br>



TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 10924462

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 1º da Lei nº 8.369/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

*Eduardo de Lima Nascimento*

17980

17980

17980

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

ADVOGADO

EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

17980

ANTONIO PAULINO DO NASCIMENTO

TEOTONIA MARIA DE LIMA

NATURALIDADE

SAO PAULO-SP

DATA DE NASCIMENTO

17/08/1963

CPF

063.038.054-67

DATA DE EXERCICIO

01/10/2012

GOV. DEZERVA GARANTANTE DO PROFISSIONAL

RECEBIDO

15 JUL 2013

SEGURO

SEMAFPRE

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## MINISTÉRIO DAS CIDADANES

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

DE NATRAN

CONTRAN

Tratado de Comércio e de Transporte

**LA C R E**  
1 0049205716-8 00/00000000 2017

**DETAN - PB**  
Nº 013027591800  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
VIA 20170500005436-3  
COD RENAVAM 20170500005436-3  
SERVICIO 2017

**LEANDRO VICENTE ROGACIANO**

1146957457

OFG5455/PB

PLACA ANT / UR 2B 22KC1670CR541270

PAS/MOTOCICLE/MARCA/MODELO  
HONDA/CG 150 FAN ESI  
CATEGORIA 2 P/149 /CI  
PARTIC CINZA

ANALISE TIPO  
APLIC  
ALCO/GASOL  
COMBUSTIVEL  
ANO FAB 2012  
ANO MOD 2012

1 P  
2 V  
3 A  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
0

PREMIO TRAFEGADO (R\$) 0  
COTIZACAO TOTAL (R\$) 0  
DATA DE PAGAMENTO 20/07/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

REMITENTE - PB

14303

20/07/2017  
15520

**PB Nº 013027591800** BILHETE DE SEGURO DPVAT  
**LEANDRO VICENTE ROGACIANO**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
AS CONDICOES GERAIS DE COBERTURA  
1146957457Seguradoralider.com.br55/PB  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017-07-20 60742017

**LEANDRO VICENTE ROGACIANO**

RENAVAM

MARCA / MODELO

PLACA

ANO FAB 1 1146957457

OFG5455/PB

2012 9

9C2KC1670CR541270

CUSTO DO BILHETE (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

SEGURO P A G O

☐ COTA UNICA

☐ PARCELADO

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

CNPJ 09.245.893/0001-04

15520-0929293-20170720

NOV/2016



**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

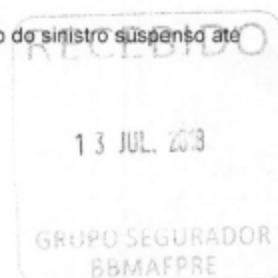
## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Tipo de Processo<br><input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Atendente<br><b>ANA CRISTINA GABRIEL DE LIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |
| Tipo de Sinistro<br>Invalidiz. Parcial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Agência<br><b>SUCURSAL JOÃO PESSOA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |
| Nome do Requerente<br><b>EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Nome da Vítima<br><b>RODRIGUES OLIVEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CPF da Vítima<br><b>07649124452</b> |
| Documentos Complementares                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima<br><input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus<br><input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial<br><input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário<br><input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais<br><input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador |                                     |
| Morte<br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico<br>ESPOSO(A)<br><input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)<br><input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento<br><input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS<br><input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed.<br><input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento<br><input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros<br><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento<br><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores<br><input type="checkbox"/> Alvará Judicial |  | Inválidez Permanente<br><input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada<br>Outros Doctos. Entregues e Observações                                                                                                                                                                                                                        |                                     |
| DAMS<br><input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar<br><input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico<br><input checked="" type="checkbox"/> Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)<br><input checked="" type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)<br><input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <div style="text-align: center;"> <br/>           0137719         </div>                                                                                                                                                                                                         |                                     |

**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

**Documentos Básicos:**

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: LEANDRO VICENTE ROGACIANO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 3795203 SSDE PB

CPF: 114.695.764-57 DATA NASCIMENTO: 17/05/1994

Função: SEVERINO FELIX ROGACIANO MARIA ELZA VICENTE ROGACIANO

PERMISSÃO: ACC CATINA AB

Nº REGISTRO: 06461631204 VALIDADE: 20/02/2020 1ª HABILITACAO: 15/09/2015

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Leandro Vicente Rogaciano*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 28/11/2016

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 18525656238 PB033641846

DETRAN - PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 1405209392

PROIBIDO PLASTIFICAR 1405209392

ARTÓRIO ÚNICO DE REMIO:  
ESTADO DA PARAÍBA  
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução  
do original. dou fé F.m Test. M  
e verdade.

Remigio 07/06/2018

Maria do Socorro Barbosa Fernandes  
ESCREVENTE

SELO DIGITAL: AG048286-4L02  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



SEVERINO FELIX ROGACIANO  
RUA SINAYTORIO 668 PRAIA 77 - CENTRO  
REMÍO / PB CEP 58299000 (AG 71)

Emissão: 24/05/2018 Referência: Mai / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B250 km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-800  
Roteiro: 14 - 73 - 295 - 4870 NP medidor: 00000819281

**energisa**  
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ nº 06.761.000/0001-40 Ins. Est. 16015123-0  
Nota Fiscal/Contrato Energia Elétrica 1007046642  
Cód. para Dts. Aut. Emissão: 00010170485

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

Conta referente a: Mai / 2018  
Apresentação: 24/05/2018  
Data prevista da próxima leitura: 25/06/2018  
CPF/CNPJ/RANI: 64630358404  
Insc. Est.: 5/1077048-5

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato  
Baixe o aplicativo Energisa Client em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segurança da conta, mudança de titularidade, informações sobre fatura de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

| Anterior                              |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|---------------------------------------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data                                  | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 24/04/18                              | 11742   | 24/05/18 | 11823   |           |         |      |
| Demonstrativo                         |         |          |         |           |         |      |
| Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMS |         |          |         |           |         |      |
| 0801 Consumo em kWh                   | 81.000  | 0.68     | 1470    | 56.00     | 56.00   | 25   |
| 0901 Adic. B. Amarela                 | 0.90    | 0.90     | 25      | 0.22      | 0.90    | 0.35 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS                |         |          |         |           |         |      |
| 0907 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA             | 0.14    | 0.00     | 0       | 0.00      | 0.00    | 0.00 |
| 0904 JUROS DE MOROSIDADE              | 1.36    | 0.00     | 0       | 0.00      | 0.00    | 0.00 |
| 0905 MULTA                            | 0.00    | 0.00     | 0       | 0.00      | 0.00    | 0.00 |

ARTURIO...  
ESTADO DA PARAIBA  
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução do original, dou fé F.m Testº. 14  
de verdade.

Remigio 07/06/2018

Maria do Socorro...  
ESCREVENTE

VENCIMENTO  
01/06/2018  
TOTAL A PAGAR  
R\$ 66,56

Histórico de Consumo (kWh)

| 77     | 82     | 76     | 78     | 87     | 70     | 71     | 83     | 81     | 77     | 81     | 98     |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Jun/17 | Jul/17 | Jul/17 | Ago/17 | Sep/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 |

RESERVADO AO FISCAL  
bb9d:325b:5ff9:7639:a53d:a8ef:6542:c399

SELO DIGITAL: AG048287-8 LHY  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.energisa.com.br>

| Indicadores de Qualidade                     |         |        | Limite de Tensão (V) |            |
|----------------------------------------------|---------|--------|----------------------|------------|
| Índice                                       | Apurado | Limite | NOMINAL              | CONTRATADA |
| Índice de Qualidade de Tensão (V) ANUAL      | 0.98    | 1.00   | 220                  | 202        |
| Índice de Qualidade de Tensão (V) MENSAL     | 1.00    | 1.00   | 220                  | 202        |
| Índice de Qualidade de Tensão (V) TRIMESTRAL | 1.00    | 1.00   | 220                  | 202        |
| Índice de Qualidade de Tensão (V) ANUAL      | 1.00    | 1.00   | 220                  | 202        |
| Índice de Qualidade de Tensão (V) ANUAL      | 1.00    | 1.00   | 220                  | 202        |
| Índice de Qualidade de Tensão (V) ANUAL      | 1.00    | 1.00   | 220                  | 202        |

| Discriminação                  | Valor (R\$) | %      |
|--------------------------------|-------------|--------|
| Serviço de Dist. da Energia PB | 15.27       | 22.94  |
| Contribuição de Energia        | 18.21       | 27.36  |
| Serviço de Transmissão         | 2.44        | 3.67   |
| Encargos de Operação           | 4.33        | 6.50   |
| Impostos Diretos e Encargos    | 25.25       | 38.12  |
| Outros Serviços                | 0.00        | 0.00   |
| Total                          | 66.56       | 100.00 |

Valor de EUSD (Ref. 3/2018) R\$21.47

ATENÇÃO  
Faturas em atraso

RECEBIDO  
13 JUL. 2018  
GRUPO SEGUADOR  
BBMAFPRE

NELFARMA COMERCIO DE PRODUTOS QUIMICOS LTDA  
RUA MANOEL RODRIGUES DE OLIVEIRA, 97  
CENTRO ESPERANCA-PB  
CEP: 58.135-970  
TELEFONE: (83)3361-2949

CNPJ: 70.097.530/0010-76 IE: 161582524  
IM: ISENTO

29/03/2018 16:51:46 NR: 000044344

Documento Auxiliar de Nota Fiscal de Consumidor Eletronica

EMITIDA EM CONTIGENCIA  
Pendente de autorizacao

| Codigo               | Descricao       | Qtde UN | VLUnit | VLTotal        |
|----------------------|-----------------|---------|--------|----------------|
| 026573               | KURAMED SPRAY 5 | 2,00 UN | 12,17  | 19,47          |
| 092280               | MENTOS PURE FRE | 1,00 UN | 1,59   | 1,59           |
| Qtde. total de itens |                 |         |        | 3,00           |
| Valor total R\$      |                 |         |        | 25,93          |
| Desconto R\$         |                 |         |        | 4,87           |
| Valor a Pagar        |                 |         |        | 21,06          |
| FORMA PAGAMENTO      |                 |         |        | VALOR PAGO R\$ |
| Dinheiro             |                 |         |        | 21,06          |
| Troco R\$            |                 |         |        | 0,00           |

Consulta pela chave de acesso em  
[www.receita.pb.gov.br/nfce](http://www.receita.pb.gov.br/nfce)

2518 0370 0975 3000 1076 6500 3000 0443 4490 0044 3441

CONSUMIDOR-CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO  
Numero:44344 Serie:3 29/03/2018 16:51:31

Via Consumidor

Protocolo de Autorizacao:  
Data/Hora: 29/03/2018 16:51:31  
EMITIDA EM CONTIGENCIA  
Pendente de autorizacao



Val Aprox R\$: 2,87 Fed. 0,27 Est.  
Fonte: IBPT/FECOMERCIO-RJ Xe67eQ

PV0000471737  
VOCE ECONOMIZOU R\$ 4,87  
Atendido por: SUZANE DOS SANTOS COSTA  
Vendedor: 489

Caixa: 006 Loja: 023 29/03/2018 16:51:47

## FARMAVIDA

BATISTA E MEDEIROS LTDA CNPJ:08 522 971/0001-03  
UA MANOEL RODRIGUES, 107A - CENTRO ESPERANCA -  
PB - 58135-000 - FONE 833381266

### DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRONICA

#(COD)DESC(QUANT) VL UN R\$(VLTR R\$) VL ITEM R\$  
01 0716 ATAD. CREPE 10CM X 1,8M C/12

4 UND X 3 11,96

Desconto: 0,00

Valor Liquidado: 11,96

QTD. TOTAL DE ITENS 001

VALOR TOTAL R\$ 11,90

FORMA DE PAGAMENTO Valor Pago

Dinheiro 11,90

Troco R\$ 0,10

Numero 000092899 - Serie 001

Emissao 03/04/2018 10:58:41 - Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

2518 0408 5229 7100 0103 6500 1000 0928 9910 0184 4736

Protocolo de Autorizacao: 225180076515471031442116105812

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO



Vendedor: MARIA BETANIA Venda: 164473

Tributos Incidentes Lei Federal 12 741/12 - Total R\$ 3,66

Digitarma

RECEBIDO

13 JUL 2018

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE

Microsoft PD

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
SUPERINTENDÊNCIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ESPERANÇA.

REQUISIÇÃO DE EXAME S/N - 2018

EXAME REQUISITADO: EXAME DE OFENSA FÍSICA

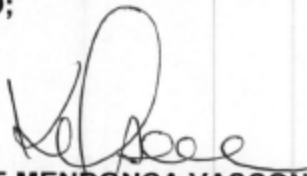
LOCAL: Campina Grande, em 06 de junho de 2018

SENHOR (A) DIRETOR (A):

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que **no prazo legal** (Art. 1600 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o **EXAME DE CORPO DE DELITO**, logo após que seja o LAUDO remetido a DELEGACIA DE ESPERANÇA/PB.

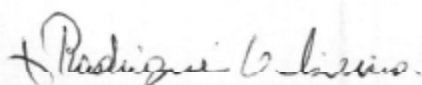
VÍTIMA: **RODRIGUES OLIVEIRA**, do sexo masculino, nascido no dia 25/03/86, ID: 3136083 SSP/PB, AGRICULTOR, filho de VANDA LÚCIA DE OLIVEIRA e de PAI NÃO DECLARADO, , residente na RUA MARIA ENEDINA DA CONCEIÇÃO, SNº, bairro PADRE CÍCERO, na cidade de ESPERANÇA, PB, FONE: NÃO TEM

HISTÓRICO: QUE NO DIA 23/03/2018, POR VOLTA DAS 14:40 HORAS, CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA OFC 5455/PB, COR CINZA, ANO: 2012/2012, CHASSI Nº 9C2KC1670CR541270, REGISTRADA EM NOME DE LEANDRO VICENTE ROGACIANO, QUANDO AO PASSAR PRÓXIMO AO POSTO DA POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL, NESTE MUNICÍPIO, PERTO DA GRANJA, O PNEU DIANTEIRO FUROU, ONDE O NOTICIANTE PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU AO CHÃO; QUE DEVIDO OS FERIMENTOS FOI ENCAMINHADO POR POPULARES AO HOSPITAL DESTE MUNICÍPIO, SENDO LEVADO PARA O TRAUMA CONSTATANDO-SE FRATURA NO QUARTO DEDO DO PÉ ESQUERDO;



KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS  
DELEGADO PLANTONISTA

AO ILMO. SR.  
MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL  
CAMPINA GRANDE - PB.



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** RODRIGUES OLIVEIRA  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSÃO:** AGRICULTOR **Nº DO RG:** 313683  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1  
**Nº CPF:** 076.491.244-52 **ENDEREÇO:** RUA MARIA SUEPINA  
DA CONCEIÇÃO, S/N, PADRE CICERO REMÍGIO - PB CEP: 58298-000

**OUTORGADO:** EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO  
**PROFISSÃO:** ADVOGADO **Nº DO RG:** 2956251  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1  
**Nº CPF:** 053.038.084-67 **ENDEREÇO:** RUA BENTO VITORIO  
723, CENTRO REMÍGIO - PB CEP: 58398-000

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário \_\_\_\_\_, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA 25 de JUNHO de 20 18

Rodrigues Oliveira

Assinatura



**CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REGISTRO** - Autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB

ESCREVENTES:

- ☒ Maria do Socorro Barbosa Fernandes  
☐ Mércia Maria Serafim dos Santos  
☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Rodrigues Oliveira

João P. 555

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório

Dou fé Remígio,

08/06/2018

"SELO DIGITAL" RAA99380-617W ESCRIVENTE

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

