

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MUNOZ FRANCISCO DOS SANTOS,
RG nº 285634231, data de expedição / /,
Órgão SSP RJ, portador do CPF nº 066.992.644-32, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado da(PB)
RUA: MARCHEL NEIMES DA FONSECA, nº 636,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) da minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FABIANA DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era
CLAUDIO DOS SANTOS SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XRE 300
Ano: 2017
Placa: OF28105
Chassi: 3C2N0110HRA007421
Data do Acidente: 16/09/2017
Local e Data: João Pessoa, 16 de setembro de 2019.

Munoz Francisco dos Santos
Assinatura do Declarante

CLAUDIO DOS SANTOS SILVA

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

(RECEBIDO)

14/09/2019

GRUPO SEGUROCOR
BENEFIT



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre incinerações e prêmios de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MANOEL FRANCISCO dos SANTOS.

RG nº 285697231, data de expedição 18/12/10,

Órgão SECC, portador do CPF nº 066.972.644-38,

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. MARECHAL HEIMES DA FONSECA n° 1636

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

CLAUDIO DOS SANTOS SILVA., cujo o condutor era

CLAUDIO DOS SANTOS SILVA

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2017

Placa: QFZ-9105 Chassi: 9E2NDH10HR00742

Data do Acidente: 16/09/2018

Local e Data: TOCÓ PESSOA, 31 DE MAIO DE 2019

→ Maria Francisca dos Santos  Decarlinho
Assinatura do Declarante 10º Ofício

Assinatura do Declarante

CASARIO DOS SANTOS SILVA

Assinatura do Condutor

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

 Decarlinto
Universidad de Costa Rica
Centro para la ciencia

Rua Fernandes Luis Filho, 100 - Centro
Juiz de Fora - MG - CEP: 36027-000 - Fone: (36) 3206-0000

RECOMENDO, COMO AVENTICA E VERDADEIRA, A(S) FIRAS(S) DE
MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS

en fest di verdade. Joan Fesssa-89. 1996-2018. 17-01-18

Joséivaldo Carlos de Santana
(2919-0052007EMOL) 00-00-00

Confirme a autenticação de <https://ssl.acmicrosoft.com> no seu navegador.

A circular stamp with the text "OFICIO DE NOTAS" around the perimeter and "J. PESSOA - PB" in the center. The date "1911" is stamped at the bottom.

 MAPFRE

16 JUL 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda à sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS

RG nº 285697231, data de expedição 18/12/10,

Órgão SECC, portador do CPF nº 066.972.644-38,

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: MARECHAL HERMES DA FONSECA, nº 1636

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FABIANO DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era

CLAUDIO DOS SANTOS SILVA.

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2017

Placa: QFZ-9105 Chassi: 9C2NDJ110HR00742

Data do Acidente: 16/10/2018

Local e Data: JOÃO PESSOA

Manoel Francisco dos Santos
Assinatura do Declarante

 Decarlito
10º Ofício

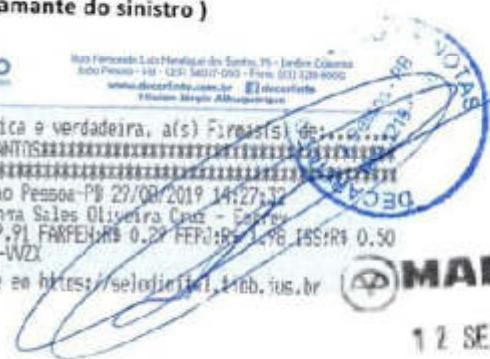
CLAUDIO DOS SANTOS SILVA

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

 Decarlito
Assessoria - 10º Ofício
Comunicação e Gestão

Rua Henrique Lotufo Mendes dos Santos, 51 - Jardim Colônia
João Pessoa - PB - CEP: 58017-000 - Fone: (031) 329-8000
www.decarlito.com.br - E-mail: decarlito@decarlito.com.br
Flávia Moraes Almeida

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Fotografia(s) de:
MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS
Data: 27/08/2019 14:27:32
Endereço: Rua Henrique Lotufo Mendes dos Santos, 51 - Jardim Colônia
Bairro: Jardim Colônia
Cidade: João Pessoa
UF: PB
CEP: 58017-000
CPF: 066.972.644-38
RG: 285697231
Fone: (031) 329-8000
E-mail: decarlito@decarlito.com.br
SELLO DIGITAL: AJA35717-W2X



 MAPFRE

12 SET 2019

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Fabiano dos Santos Silva

DATA DE NASCIMENTO 09/08/96

NOME DA MÃE Vera Lucia Alves dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 11116

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1108781

DATA DO ATENDIMENTO 16/09/18

HORA DO ATENDIMENTO 11:01

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de cotovelo esquerdo e fêmur direito

CID 10 S62.0 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, estava de carona na moto, trazido pelos bombeiros, apresentando fratura exposta em cotovelo esquerdo e fratura fechada em coxa direita, glasgow 15. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, cotovelo E, coxa D, perna D

USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX:fratura de cotovelo E ,fratura de fêmur D.

USG:nominal.



TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de cotovelo E com fixador externo e fêmur direito com tração transesquelética (realizado em 16/09/18). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito com fixação (realizado em 11/10/18). Retirada de fixador externo em MSE (realizado em 17/10/18). Manipulação articular do cotovelo esquerdo (realizado em 30/10/18)

ALTA HOSPITALAR: 01/11/18

DATA DA EMISSÃO: 07/12/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: CVM, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUADAMENTE DE TRATAMENTO



 State Archives of Oregon



Hospital Intubado da Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORGÃESTE SUSAPOA, 111 - PEDRO GONÇALVES 520812 - Tel: 6132165/00

Boletim de Atendimento: 1102781

Identificação do paciente	
ID 1226749	Nome FABIANO RIOS SANTOS BILVA
Data do nascimento 05/03/1990	Morte 21 Anos e 1 mês 7 dias
Mae VERA LUCIA ALVES DOS SANTOS	Pai FRANCISCO HENRIQUE DA SILVA
Características	Responsável (Pareceço) BEATRIZ DE ARAUJO GOMES - CHINHADA (A)
CPF/MSN 00	DDD/Fone 031-3200-987498300
CPF/CNPJ 00	Cidade BAYEUX
Local de procedência AV. DIOGO PEDRO II	Rua BARRÃO
E-mail 00	CEP/CPR 58000-000
Endereço	
CEP 58000-000	Município de residência BAYEUX
Logradouro 00	UF PB
Nº/Portaria 00	Complemento 00
CEP 00	Bairro RIO DO MEIO
Adressado	
Data e hora 16/02/2018 11:01:32	Número de protocolo 1000005284724
Localização CHURIGA GERAL	Cidade 00
Classificação do resgatado	Local do acidente RUA
Condição do resgatado	Motivo do acidente ACIDENTE DE MOTOCICLISTA
Condição de voo	Origem do acidente VEICULO X MOTO
Indicadores e Transporte	
Observações Nao	Ponto de saída Nao
Modo de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Vôo de ambulância Nao
Sinais Vitais	Treinador Nao
P脉 / 150 mmHg / K Sistolico / Diastolico / mmHg	Pulso / 120 / Temperatura / 37,5
Exames complementares	
hemox / Sangue / Urina / TC / Líquor / ECG / Ultrassonografia /	
Diagnósticos	
Diagnóstico ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	Assistente ARIA Flávia Melo
Assistente ANNE WALESKA PEREIRA LIMA	OID 00000000000000000000000000000000



SUS Sistema Único de
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE:

Eduardo dos Santos Silva

6 - NÚMERO IDENTIFICATÓRIO:

100851

7 - CARTÃO NACIONAL DE SUS (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO:

/ /

9 - GÊNERO:

M

10 - NOME DA MAE DO RESPONSÁVEL:

/ /

11 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

12 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

13 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

14 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

15 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

16 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

17 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

18 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

19 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

20 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

21 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

22 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

23 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

24 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

25 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

26 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

27 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

28 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

29 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

30 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

31 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

32 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

33 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

34 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

35 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

36 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

37 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

38 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

39 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

40 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

41 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

42 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

43 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

44 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

45 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

46 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

47 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

48 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

49 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

50 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

51 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

52 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

53 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

54 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

55 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

56 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

57 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

58 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

59 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

60 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

61 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

62 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

63 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

64 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

65 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

66 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

67 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

68 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

69 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

70 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

71 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

72 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

73 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

74 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

75 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

76 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

77 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

78 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

79 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

80 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

81 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

82 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

83 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

84 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

85 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

86 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

87 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

88 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

89 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

90 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

91 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

92 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

93 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

94 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

95 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

96 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

97 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

98 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

99 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

100 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

101 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

102 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

103 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

104 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

105 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

106 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

107 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

108 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

109 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

110 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

111 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

112 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

113 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

114 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

115 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

116 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

117 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

118 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

119 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

120 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

121 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

122 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

123 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

124 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

125 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

126 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

127 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

128 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

129 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

130 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

131 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

132 - NOME DO PAPEL:

PAPEL

133 - NOME DO PAPEL:

PAPEL



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Fábio dos Santos Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 31/10/19
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ J.R: _____
Cirurgia: consolidação via ORIF com placa e parafuso C
Cirurgião: Dr. Pierre Gauz 1º Assistente: Dr. Tiago Alves
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. João Matos
Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 14:00 Término 17:00

Diagnóstico Pós-Operatório	
<u>consolidação via de fratura</u>	
<u>do fêmur distal exposto</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Manutenção Articular da</u>	
<u>cintura escapular</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 30/10/19

Médico/CRM: _____

Nota de Saia Cítrica

Inhime dos Santos Silva
Instituto de Matemática
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências
Geraldo B. Ribeiro
Diego Bicalho
Tribuna (espresso)



סְבִירָה
מִלְתָּדָה

FICHA DE ANESTESIA

229



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Residente em reabilitação sentado na esteira.
Preparo é intramagistral

Início:

- 10:00 horas.

Achados:

- Fratura consolidada incompleta com
pequenos denros do osso articular
- Axis de movimento fixado

Conduta:

- Realizada a manipulação da articulação
do interior e exterior
- Corte de arco de movimento de
exterior adiante o arco formando de 100°

Fechamento:

10:00 horas.

Observações:

Médico(CRM):

João Pessoa. 20/06/12

FONC/ASCR/009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

510

Nome: Pedro da Costa Silveira BE/Prontário: _____
 Idade: _____ Sexo: (Masculino) (Feminino) Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____
 Clínica/Setor: Urgência EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Retirada de líquido têni - n.º 156
 Cirurgião: Dra. Fernanda 1º Assistente: Dra. Cecília
 2º Assistente: Dra. Ana Paula 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório CID _____
Tumor maligno de fundo
Papiloma do esôfago avanzado.
metástase
cervical

Procedimientos Clínicos	Código
<u>Resaca de noche</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia intensiva ()Residência()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

José Pessoa, *(1910-1935)*

Nata de São Gonçalo

VOCALIZA PÁTIENTE: FERNANDO DOS SANTOS SILVA
22 ANOS +3 MESES 100/1400 DIFERENÇA 15 MM Hg C
IR. RADIOLÓGICO: ESTUSSA DE FRASSOL EXTRÍMADO M5 E
PESQUISA: M. MUSCULARE + IN. ACALI

25/10/2015

DATA: 07/03/2012 **HORA:** 08:30h **TEMA:** ORGÂNICA

AMERICAN SOCIETY OF GRIGORI - US-AMERICAN SOCIETY OF KRISTOFOROVICH

MEDICAGEN NESTRIPAT 070 | 1 | 2014



© 1974, 1982, 1983
THE VILLAGE PRESS



FICHA DE ANESTESIA

<input type="checkbox"/> SEDATIVA	<input type="checkbox"/> HISTAMINICA	<input type="checkbox"/> OTROS	<input type="checkbox"/> BLOQUEANTE	<input type="checkbox"/> TENSORES	<input type="checkbox"/> OUTROS
MEDICAMENTOS E DOSAGENS USADOS NOATO ANESTÉSICO					
1. <i>Diazepam 20 mg</i>	11.				
2. <i>Fentanyl 100 µg</i>	12.				
3. <i>Krofefer 400 mg</i>	13.				
4. <i>500 ml</i>	14.				
5. <i>0</i>	15.				
6. <i>0</i>	16.				
7. <i>0</i>	17.				
8. <i>0</i>	18.				
9. <i>500 ml</i>	19.				
10. <i>0</i>	20.				
<i>Signatures</i>					
PACIENTE: MARIA DE LURDES GOMES DA SILVA Data: 10/02/2001					



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DR. J.P.G. PINTO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Pacientes e Preparo:

Paciente n.º DIA nro. c-
Cirurgia: 2º orrígua

Incluções:

(Handwritten text: "Incluções: Sutura de ferida aberta
cavidade bucal")

Achados:

Conduta:

Retirada de fístula entero
cavidade bucal

Fechamento:

(Handwritten text: "Fechamento: Sutura com catgut")

Observações:

Peso: 20kg
Língua: aderida paladar

Dr. Joaquim P. G. Pinto
CRM: 123456789

João Pessoa, 27/05/2010

FNC/ASCIR/002-1

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
- NOME DO ESTABELECIMENTO DA SAÚDE							
- NOME DO ESTABELECIMENTO DA SAÚDE							
Identificação do Paciente							
- NOME DO PACIENTE		ENGIMIO DOS SANTOS SILVA					
- CÓDIGO IACHTA DO PACIENTE							
- DATA DE NASCIMENTO		/ /					
- NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL							
- TELEFONE DE CONTACTO							
- ENDERECO (Nº DA CASA)							
- NÚMERO DE ALIAS		- CÓD. SOC. MUNICIPAL -				- CEP -	
- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CONSULTADO - ANTERIOR						- CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR	
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CONSULTADO - MUDANÇA						- CÓD. DO PROCEDIMENTO MUDANÇA	
- UNIDADE DE ATUAL		- CÓD. PRINCIPAL		- CÓD. DE SEGUINTE		- CÓD. DE CÓDIGOS ASSOCIAJES	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						- CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
- SOLICITAÇÃO DE UMA OU VÁRIAS ADRÉSIS ADICIONAL(ES)		<input type="checkbox"/> UNICA DE ADICIONAL <input type="checkbox"/> DIFERENÇA DE UMA(TIPO I) <input type="checkbox"/> DIFERENÇA DE UMA(TIPO II)				<input type="checkbox"/> DIFERENÇA DE UMA(TIPO II)	
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						- CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	- CÓD.
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						- CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	- CÓD.
- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL						- CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	- CÓD.
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
Cx. 4,5 LUNA MCP LARGA 40F Passado Estacion N-32 11 M39						e1	
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						- DATA DA SOLICITAÇÃO	
- DOCUMENTO		- DOCUMENTO IDENTÍFICO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				- ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSULTIVO	
- CRM - C. TCRP							
AUTORIZAÇÃO							
- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						- ASSINATURA DO AUTORIZADOR	
- DOCUMENTO		- DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				- DATA DA AUTORIZAÇÃO	
- CRM - C. TCRP							
- NOME						- ASSINATURA E CARIMBO NO REGISTRO DO CONSULTIVO	



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: FABIANO PG'S SANTOS SILVA BE/PRONTUÁRIO 1108782
IDADE: SEXO: MASC FEM COR: DATA: 11/10/2018
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA EMEI: LR:
CIRURGIA: ATO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

CIRURGIÃO: DR LAURI 1º ASS: DR BRENO
2º ASS: 3º ASS: MR DANIEL
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
T.P.C DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HOPÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		CÓDIGO
FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO		

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS		CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO		

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: sim não

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENTERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 11/10/2018

*Dr. Lauri
CRM 11134*



卷之三

RELATÓRIO DE GEURGIA

三三三

Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APLICAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
Incisão:	
INCISÃO EM FACE LATERAL DE COXA	
VIA DE ACESSO SUBVASTO LATERAL	
AVULSAO, DIVULSAO E DISSECÇAO POR PLANOS	
CUIDADOS DE HEMOSTASIA	
Achados:	
FRATURA DIAPISARIA DE FEMUR DIREITO	
Conduta:	
REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE FEMUR ESQUERDO	
FIXAÇÃO COM PLACA DCP 10 E PARAFUSOS CORTICais	
LAVAGEM EXAUStIVA COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA	
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS	
OURTIVOS ESTEREIS	
RX CONTROLE	
Fechamento:	
Observação:	

México/CRM

João I Pisoa

11/10/2018

David Lawrence Brooks
RECEIVED
CIRCA 1934

Nora de Santa Catarina

REFERT.

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/10/98

PROFISSIONAL: CEF-EPF

PACIENTE: Lúcia dos Santos Silva SEXO: M COR: IBANO: 12A

PRESSÃO ARTERIAL PULSO 106 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL: BOM / REGULAR / MUITO PESSIMO RISCO ORTURICO: BOM / REGULAR / MUITO PESSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: NORMAIS

AP. RESPIRATÓRIO: CLÍNICA ALVEOLAR: TROMBOEMBOLIA (negativo)

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: EOC: GRAVIDADE:

PRÉ-ANESTÉSICO: ESTADOPRES: 1/4

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do Fêmur

LIGURA REALIZADA: TCC Operação da Fratura do Fêmur

CIRURGÃO DR. Tomás Almeida

INÍCIO DA ANESTESIA: 16:100 TERMINO DA ANESTESIA: 17:50 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 14:40

CÓDIGO DO FRACIONAMENTO: QUANT DE DIA: VALORES RS:

ANESTETISTA: Dr. Almeida: CRM: 8454

ESTADOPRES: 1/4



AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente		RAE	OnlyPhone Fixada	
FABIANO DOS SANTOS SILVA	1109781		16/08/2018 11:01:32	Direta Baxa
Data de Nascimento	Cada:	Sexta		
08/08/1986	22a 1m 2d	Macaulay	CNS	Teléfono cl. Celular (83) 9874-8888
Ma-				Purbutado
VERA LUCIA ALVES DOS SANTOS				
Fazenda				
RIO DO MEIO SW	Endro	RIO DO MEIO	Município	W
			BAYEUX	PB
Acidente	Velho			
CULCO X MOTO	ACIDENTE DE MÓVEL/CICLISTA	Profissional		Nº Ofício Reginal
		CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOUJITREAU		9304/PB
Merc Classificação		Data/Hora Praticada		
16/08/2018 11:01:32		16/08/2018 15:56:57		

Anamnesis

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de Fx esportiva do cotovelo esq (fix ext) + fx distalina de fêmur dir (início quadíctea), sem intercorrências à enfermaria.

DIETA

DIETAS LIVRE 2010

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., EN 8H

DIPYRONE 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA EV, BIS

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA F.V. BIRH

Dilluir

INDICAÇÃO: RONALINA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA I.V., 819H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS/DOORE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0.

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA DURAL, AGORA, OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 -
USAR PLANTONISTA DE PAS > 200

LUGÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML) ADMINISTRAÇÃO DIA-NOITE

MEPPAZOL, 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, OBSERVAÇÕES: GM, JE, JU, RELAXANTE

USO: 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML). ADMINISTRAR 100 ML VIA I.V. A CADA 4 HORAS.

100% COTTON, 100% WOOL, VITA E.V., AGO (A, B, C)

60

TRANADOL 80 MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAÇÃO 2 A 4 ML/100 KG/12 HORAS

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML). ADMINISTRAR 100 mL. INTRAVENOSAMENTE.

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA). ADMINISTRASE 100 D. MG. VIA. E. V. 4 ml.

TETANOGLAMMA, ADMINISTRAR 100 U.I.VIA INTRAMUSCULARIS

BUKU 4 - 2

CH9825812-1050-00000-0

CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOYORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOCGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

GLICOSE

CID10

Código	Descrição
S42.4	Trombo de veia cava inferior do tórax

Conduta

Internar Paciente

FABIANO DOS SANTOS SILVA

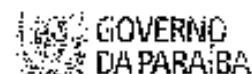
CARLOS FREDERICO TORRES SOARES BOUJIITREAU

(CRM: 9301/PB)

• *Our Financials*



Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. DRESSES LISBOA SIN. PEDRO CONDIM - JOÃO PESSOA - PB 58331090

913

DOI: 10.1007/s11212-012-0221-1

Snampesa

- |FACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
|ESTAVA DE CARONA NA MOTO, REFERE QUE ESTAVA DE CAPACETE
|E FICOU SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS COM QUADRO DE FRATURA EXPOSTA DE COJOVELO ESQUERDO,
|FRATURA FECHADA DE COXA DIREITA
|INFRATOES
|GASOGON 15
|ABDOMEN E TORAX SEM ALTERAÇÕES
|APRESENTAVA MEMBRO INFERIOR DIREITO RODADO
|APRESENTA MOBILIDADE REDUZIDA NESTE MEMBRO

100 3X

FAST

ANALÍSIO DA ORE: OPÉDIA

MEDICAÇÃO

1 FRASCO DILUITO INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA; (INSTRUÇÕES: DILUIDO EM 100 ML DE SF 0,9%)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

ANGIOGRAFIA DE CODO Y ELO ESQUERDO

...BIBLIOGRAFIA DE COXA DIREITA

BANCOGBRASIL DE RÁDIO

UNIVERSOOGRAFIA - EAST

DIRETÓRIO DE TECNOLOGIA

|GARD10

Código	Descrição	Unidade	Quant.	Preço	Total
1400	Instrumento para ovo frito	unidade	1	R\$ 0,50	R\$ 0,50

Conduta

En observação

ପ୍ରାଚୀନ କବିତା

ESTRIBANDA D'UNA SARRIA DE LA VIDA

RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO
(CRM: 6700/RJ)

Só é lícito recorrer por ARREIA DA FONSA PEREIRA LIMA em 16/03/2010 11:02:00



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO/UNIDADE:

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXPANDED:

3 - Identificação do Paciente

3-1-Nº DO PACIENTE:

3-2-NOME DO PACIENTE:

3-3-RAZÃO SOCIAL DA UNIDADE:

3-4-CÓDIGO DA UNIDADE:

3-5-PROFESSÃO:

3-6-FAIXA ETÁREA:

3-7-ALVENARO DE REFERÊNCIA:

3-8-FAIXA ETÁREA:

3-9-FAIXA ETÁREA:

3-10-FAIXA ETÁREA:

3-11-FAIXA ETÁREA:

3-12-FAIXA ETÁREA:

3-13-FAIXA ETÁREA:

3-14-FAIXA ETÁREA:

3-15-FAIXA ETÁREA:

3-16-FAIXA ETÁREA:

3-17-FAIXA ETÁREA:

3-18-FAIXA ETÁREA:

3-19-FAIXA ETÁREA:

3-20-FAIXA ETÁREA:

3-21-FAIXA ETÁREA:

3-22-FAIXA ETÁREA:

3-23-FAIXA ETÁREA:

3-24-FAIXA ETÁREA:

3-25-FAIXA ETÁREA:

3-26-FAIXA ETÁREA:

3-27-FAIXA ETÁREA:

3-28-FAIXA ETÁREA:

3-29-FAIXA ETÁREA:

3-30-FAIXA ETÁREA:

3-31-FAIXA ETÁREA:

3-32-FAIXA ETÁREA:

3-33-FAIXA ETÁREA:

3-34-FAIXA ETÁREA:

3-35-FAIXA ETÁREA:

3-36-FAIXA ETÁREA:

3-37-FAIXA ETÁREA:

3-38-FAIXA ETÁREA:

3-39-FAIXA ETÁREA:

3-40-FAIXA ETÁREA:

3-41-FAIXA ETÁREA:

3-42-FAIXA ETÁREA:

3-43-FAIXA ETÁREA:

3-44-FAIXA ETÁREA:

3-45-FAIXA ETÁREA:

3-46-FAIXA ETÁREA:

3-47-FAIXA ETÁREA:

3-48-FAIXA ETÁREA:

3-49-FAIXA ETÁREA:

3-50-FAIXA ETÁREA:

3-51-FAIXA ETÁREA:

3-52-FAIXA ETÁREA:

3-53-FAIXA ETÁREA:

3-54-FAIXA ETÁREA:

3-55-FAIXA ETÁREA:

3-56-FAIXA ETÁREA:

3-57-FAIXA ETÁREA:

3-58-FAIXA ETÁREA:

3-59-FAIXA ETÁREA:

3-60-FAIXA ETÁREA:

3-61-FAIXA ETÁREA:

3-62-FAIXA ETÁREA:

3-63-FAIXA ETÁREA:

3-64-FAIXA ETÁREA:

3-65-FAIXA ETÁREA:

3-66-FAIXA ETÁREA:

3-67-FAIXA ETÁREA:

3-68-FAIXA ETÁREA:

3-69-FAIXA ETÁREA:

3-70-FAIXA ETÁREA:

3-71-FAIXA ETÁREA:

3-72-FAIXA ETÁREA:

3-73-FAIXA ETÁREA:

3-74-FAIXA ETÁREA:

3-75-FAIXA ETÁREA:

3-76-FAIXA ETÁREA:

3-77-FAIXA ETÁREA:

3-78-FAIXA ETÁREA:

3-79-FAIXA ETÁREA:

3-80-FAIXA ETÁREA:

3-81-FAIXA ETÁREA:

3-82-FAIXA ETÁREA:

3-83-FAIXA ETÁREA:

3-84-FAIXA ETÁREA:

3-85-FAIXA ETÁREA:

3-86-FAIXA ETÁREA:

3-87-FAIXA ETÁREA:

3-88-FAIXA ETÁREA:

3-89-FAIXA ETÁREA:

3-90-FAIXA ETÁREA:

3-91-FAIXA ETÁREA:

3-92-FAIXA ETÁREA:

3-93-FAIXA ETÁREA:

3-94-FAIXA ETÁREA:

3-95-FAIXA ETÁREA:

3-96-FAIXA ETÁREA:

3-97-FAIXA ETÁREA:

3-98-FAIXA ETÁREA:

3-99-FAIXA ETÁREA:

3-100-FAIXA ETÁREA:

3-101-FAIXA ETÁREA:

3-102-FAIXA ETÁREA:

3-103-FAIXA ETÁREA:

3-104-FAIXA ETÁREA:

3-105-FAIXA ETÁREA:

3-106-FAIXA ETÁREA:

3-107-FAIXA ETÁREA:

3-108-FAIXA ETÁREA:

3-109-FAIXA ETÁREA:

3-110-FAIXA ETÁREA:

3-111-FAIXA ETÁREA:

3-112-FAIXA ETÁREA:

3-113-FAIXA ETÁREA:

3-114-FAIXA ETÁREA:

3-115-FAIXA ETÁREA:

3-116-FAIXA ETÁREA:

3-117-FAIXA ETÁREA:

3-118-FAIXA ETÁREA:

3-119-FAIXA ETÁREA:

3-120-FAIXA ETÁREA:

3-121-FAIXA ETÁREA:

3-122-FAIXA ETÁREA:

3-123-FAIXA ETÁREA:

3-124-FAIXA ETÁREA:

3-125-FAIXA ETÁREA:

3-126-FAIXA ETÁREA:

3-127-FAIXA ETÁREA:

3-128-FAIXA ETÁREA:

3-129-FAIXA ETÁREA:

3-130-FAIXA ETÁREA:

3-131-FAIXA ETÁREA:

3-132-FAIXA ETÁREA:

3-133-FAIXA ETÁREA:

3-134-FAIXA ETÁREA:

3-135-FAIXA ETÁREA:

3-136-FAIXA ETÁREA:

3-137-FAIXA ETÁREA:

3-138-FAIXA ETÁREA:

3-139-FAIXA ETÁREA:

3-140-FAIXA ETÁREA:

3-141-FAIXA ETÁREA:

3-142-FAIXA ETÁREA:

3-143-FAIXA ETÁREA:

3-144-FAIXA ETÁREA:

3-145-FAIXA ETÁREA:

3-146-FAIXA ETÁREA:

3-147-FAIXA ETÁREA:

3-148-FAIXA ETÁREA:

3-149-FAIXA ETÁREA:

3-150-FAIXA ETÁREA:

3-151-FAIXA ETÁREA:

3-152-FAIXA ETÁREA:

3-153-FAIXA ETÁREA:

3-154-FAIXA ETÁREA:

3-155-FAIXA ETÁREA:

3-156-FAIXA ETÁREA:

3-157-FAIXA ETÁREA:

3-158-FAIXA ETÁREA:

3-159-FAIXA ETÁREA:

3-160-FAIXA ETÁREA:

3-161-FAIXA ETÁREA:

3-162-FAIXA ETÁREA:

3-163-FAIXA ETÁREA:

3-164-FAIXA ETÁREA:

3-165-FAIXA ETÁREA:

3-166-FAIXA ETÁREA:

3-167-FAIXA ETÁREA:

3-168-FAIXA ETÁREA:

3-169-FAIXA ETÁREA:

3-170-FAIXA ETÁREA:

3-171-FAIXA ETÁREA:

3-172-FAIXA ETÁREA:

3-173-FAIXA ETÁREA:

3-174-FAIXA ETÁREA:

3-175-FAIXA ETÁREA:

3-176-FAIXA ETÁREA:

3-177-FAIXA ETÁREA:

3-178-FAIXA ETÁREA:

3-179-FAIXA ETÁREA:

3-180-FAIXA ETÁREA:

3-181-FAIXA ETÁREA:

3-182-FAIXA ETÁREA:

3-183-FAIXA ETÁREA:

3-184-FAIXA ETÁREA:

3-185-FAIXA ETÁREA:

3-186-FAIXA ETÁREA:

3-187-FAIXA ETÁREA:

3-188-FAIXA ETÁREA:

3-189-FAIXA ETÁREA:

3-190-FAIXA ETÁREA:

3-191-FAIXA ETÁREA:

3-192-FAIXA ETÁREA:

3-193-FAIXA ETÁREA:

3-194-FAIXA ETÁREA:

3-195-FAIXA ETÁREA:

3-196-FAIXA ETÁREA:

3-197-FAIXA ETÁREA:

3-198-FAIXA ETÁREA:

3-199-FAIXA ETÁREA:

3-200-FAIXA ETÁREA:

3-201-FAIXA ETÁREA:

3-202-FAIXA ETÁREA:

3-203-FAIXA ETÁREA:

3-204-FAIXA ETÁREA:

3-205-FAIXA ETÁREA:

3-206-FAIXA ETÁREA:

3-207-FAIXA ETÁREA:

3-208-FAIXA ETÁREA:

3-209-FAIXA ETÁREA:

3-210-FAIXA ETÁREA:

3-211-FAIXA ETÁREA:

3-212-FAIXA ETÁREA:

3-213-FAIXA ETÁREA:

3-214-FAIXA ETÁREA:

3-215-FAIXA ETÁREA:

3-216-FAIXA ETÁREA:

3-217-FAIXA ETÁREA:

3-218-FAIXA ETÁREA:

3-219-FAIXA ETÁREA:

3-220-FAIXA ETÁREA:

3-221-FAIXA ETÁREA:

3-222-FAIXA ETÁREA:

3-223-FAIXA ETÁREA:

3-224-FAIXA ETÁREA:

3-225-FAIXA ETÁREA:

3-226-FAIXA ETÁREA:

3-227-FAIXA ETÁREA:

3-228-FAIXA ETÁREA:

3-229-FAIXA ETÁREA:

3-230-FAIXA ETÁREA:

3-231-FAIXA ETÁREA:

3-232-FAIXA ETÁREA:

3-233-FAIXA ETÁREA:

3-234-FAIXA ETÁREA:

3-235-FAIXA ETÁREA:

3-236-FAIXA ETÁREA:

3-237-FAIXA ETÁREA:

3-238-FAIXA ETÁREA:

3-239-FAIXA ETÁREA:

3-240-FAIXA ETÁREA:



INTRODUCING THE
ERASME100

RELATÓRIO DE CIRURGIA

10

Nome: <u>Fábio</u>	Idade: <u>20</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cor: <u>Cafeína</u>	BE/Pronatalício: <u>-</u>	Data: <u>26/07/14</u>
Clinica/Sector: <u>Pronto-Socorro</u>	EMP: <u>-</u>	LR: <u>-</u>			
Cirurgia: <u>Ressecção de granuloma da glândula lacrimal</u>					
Cirurgião: <u>Fredy</u>	P.R.: <u>Residente</u>	1º Assistente: <u>Assistente</u>	2º Assistente: <u>-</u>	3º Assistente: <u>-</u>	Monit. Ponto: <u>-</u>
Instrumentador: <u>-</u>	Anestesista: <u>-</u>				
Tipo de Anestesia: <u>-</u>	Dorátor: Início: <u>-</u>	Termino: <u>-</u>			

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Intervenção: <i>Extracirurgia</i>	
Procedimento: <i>Extracirurgia</i>	
Local: <i>Abdomen</i>	
Indicação: <i>Obstrução intestinal</i>	
Condição: <i>Ótima</i>	

Procedimientos Clínicos	Código
• <u>Examen de sangre</u>	
• <u>Pruebas de orina</u>	
• <u>Examen de heces</u>	
• <u>Examen de saliva</u>	
• <u>Examen de vómitos</u>	
• <u>Examen de sangre</u>	
• <u>Examen de orina</u>	
• <u>Examen de heces</u>	
• <u>Examen de saliva</u>	
• <u>Examen de vómitos</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Eocaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

144 of 144 | Page

José Pessoa. ✓ (✓) (✓)

Nota de Sala Cirúrgica

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 16/09/98

PRONTUÁRIO: 4108 491

PACIENTE: José Sávio dos Santos Silveira SEXO: M COR: BRANCO IDADE: 12m

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO 140 RESPIRAÇÃO: 18/MIN TEPERATURA: 36,5º GRUPO SANGUÍNEO:

PULSATIL: REGULAR / IRREGULAR / IRREGULAR / REGULAR / IRREGULAR / IRREGULAR / IRREGULAR

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: Regulares AP. CIRCULATÓRIO: Estocadas

AP. DIGESTIVO: Regulares ESTADO MENTAL: Consciente DROGAS EM USO:

PRA. URINÁTICO: Regulares ECRIMIDE: ESTADO FÍSICO:

DURA-HORA: Endovenosa 100 mg/kg

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de costela esquerda

CIRURGIA REALIZADA: Fractura transversítila + fixação de HSG

CIRURGIA: Dr. Monteiro - UVA/USP

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:15 TÉRMINO DA ANESTESIA: 15:20

CÓDIGO DO PROcedimento: QUANT. DE CH.: VALORES RS:

ANESTESISTA: Dr. José (2) CRM:

anestesiologista: Dr. Silviano CRM-SP:

H2O: 1500 ml 15-PS: 1000 ml

Sodio: 500 ml 15-PS: 1000 ml

Gluc: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Lipofundin: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Mannitol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fenoterol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Atropina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Midazolam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Dexmedetomidina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ondansetron: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Metoclopramida: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Sufentanil: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Ketamina: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Fentanyl: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Propofol: 100 ml 15-PS: 1000 ml

Diazepam: 100 ml 15



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

deitado dorsal

Incisão:

incisão para colostomia

de liberação externo no cístite
engrossado

Achados:

grau de constipação

do cístite

Conduta:

a libertar da pressão

Extrair

de cístite e colostomia

removendo o cístite

Fechamento:

luzinha

com clipes

Observação:



16101111
João Pessoa

Médico/CRM:



VIAZADA EM TERRITÓRIO NACIONAL - 01219-01219
CHAVE 4.213.558 DATA 16/12/2013
NOME: FABIANO DOS SANTOS SILVA
MASCULINO
NOME: FRANCISCO HENRIQUE DA SILVA
VIAZADA ALVES DOS SANTOS
MASCULINO
NOME: JOÃO PESSOA-PB
DATA DE Nascimento: 09/08/1996
NMBR: NY46618 FLS.127 LTV.A-45
CARTUCHO BARRETO-PB
224.112.314-40
JOÃO PESSOA-PB
Assinatura de Edmundo dos Santos Silva
Data: 16/12/2013

16-09-19

1108784

14446

MOTO

RECEBIDO

21.08.2018

Gabinete de Segurança
Gabinete de Segurança



VIAZADA EM TERRITÓRIO NACIONAL - 0100-01219
chave 4.213.558 Data 16/12/2013
Nome: FABIANO DOS SANTOS SILVA
Francisco Henrique da Silva
Vera Lúcia Alves dos Santos
JOÃO PESSOA-PB
Data de nascimento: 09/08/1996
KMBE/RY46618 FLS.127.LTV.A-45
CARTUCHO BANDEIR-28
224.112.314-40
Assinatura: Francisco Henrique da Silva
Data de assinatura: 16/12/2013

16-09-19

1108784

14446

MOTO

RECEBIDO

16.09.2013

Gabinete de Segurança
Gabinete de Segurança

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MUNOZ FRANCISCO DOS SANTOS,
RG nº 285634231, data de expedição / /,
Órgão SSP RJ, portador do CPF nº 066.992.644-32, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado da(PB)
RUA: MARCHEL NEIMES DA FONSECA, nº 636,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) da minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FABIANA DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era
CLAUDIO DOS SANTOS SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA XRE 300
Ano: 2017
Placa: OF28105
Chassi: 3C2N0110HRA007421
Data do Acidente: 16/09/2017
Local e Data: João Pessoa, 16 de setembro de 2019.

Munoz Francisco dos Santos
Assinatura do Declarante

CLAUDIO DOS SANTOS SILVA

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

(RECEBIDO)

14/09/2019

GRUPO SEGUROCOR
BENEFIT



DECLARAÇÃO DE INPOSSIBILIDADE ECONÔMICA

Eu, Fábio de Souza Silva,
Nacionalidade Brasileiro, Estado civil Solteiro, RG nº.
4.231.658, CPF nº. 324.312.314-40, com domicílio na
Rua Imaculada Rio do Meio nº 348, bairro Rio do Meio,
CEP 54308-340, Cidade Bonfim, UF: PB, afumo sob as
nuvens da Lei, que não disponho de condições financeiras suficientes para arcar com as custas e
despesas do processo nem que comprometa meu sustento próprio e da minha família.

Assim, requeiro os benefícios da gratuidade judicial
Constitucionalmente assegurada no art. 5º, inciso LXXIV e Art. 98º e ss do CPC/2015 e ainda.
Enunciado 29 da Série do E. Tribunal de Justiça¹.

Flávio de Souza Silva, 15 de Janeiro de 2019.

Flávio de Souza Silva

CPF Nº 324.312.314-40

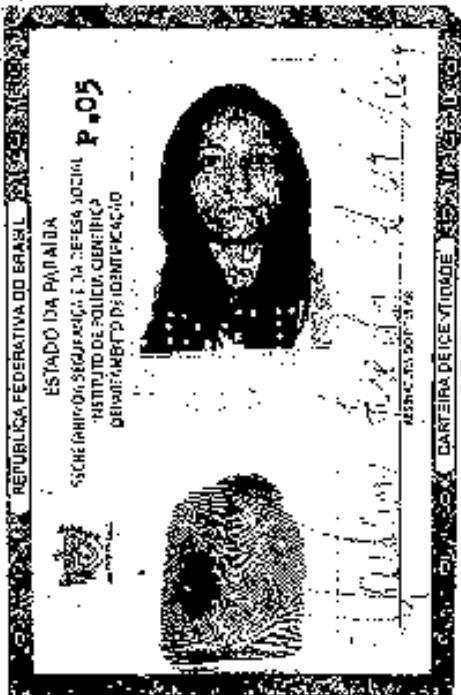
¹Cf. Art. 5º Tudo o que é permitido a lei, era distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes ou não no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

LXXIV - o Estado prestará assistência judiciária integral e gratuita nas causas cíveis, penais, trabalhistas, familiares,

* CPC/2015, Art. 98, Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, legítimos ou estrangeiros, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, no fundo da lei.

²Série 29. Não está a parte obrigada para gozar dos benefícios da Assistência Judiciária, à requerer dos serviços do Defensor Públco (publicado no DJ em 29, 30 e 31/05/1996).





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CEP 1.616.983 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/12/2011
NOME PARENTE JOSE DA SILVA VIANA	
TÍTULO ANTONIO FÉLIX DA SILVA ANA PEREIRA DA SILVA	
NACIONALIDADE JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO 11/06/1971
DOC. CRIME CAPIM N. 1955 ELS. 78 LIV.B-ADX-06 CAPITÓRIO 2º D JOÃO PESSOA/PB CR 759.889.844-67	
LEI N° 7.160 DE 29/08/83	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190290142 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NO ÚMERO / PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P7 P11 P13 P14 P17)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190290142 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 16/09/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE (FIXADOR EXTERNO NO ÚMERO / PLACA E PARAFUSOS NO FÊMUR) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P7 P11 P13 P14 P17)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

FABRIZIO DOS SANTOS SILVA

Nacionalidade Brasileiro , Estado civil Solteiro , Profissão Advogado .
RG nº 4.213.698 , CPF nº 424.332.314-40 , com domicílio na
Rua Trancoso, Rio do Meio _____ nº 115 .
Bairro: Rio do Meio , CEP: 58368-140 , Cidade: Bayeux .
UB: QB . Pelo instrumento de procuração an final assinado, nomeia e constitui seu bastante
procurador o Dr. MÁRCIO DA SILVA DAVID, brasileiro, casado, advogado, inscrito na
OAB/PB sob o nº. 24.087 e Dra. MARILENE JOSÉ DA SILVA VIANA, brasileira, casada,
mudou-se para o direito, inscrita no DALB/PB sob o nº. 11.500-E, com escritório profissional situado
a Rua Duque de Caxias, nº 470, Centro, Cidade: João Pessoa - PB, telefones respectivos nº. (83)
9.8851-0213 - 9.9803-0263 e 9.9610-4221. E-mail: exequitacionadjudicaria@gmail.com.

A quem confere poderes, para o furo em geral, com a cláusula "ad
judicia", a fim de que seu conjunto ou separadamente, possa defender os interesses e direitos do
outorgante perante qualquer Juiz, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia,
Fundação ou Entidade Peculiar e Privada, propriedade Ação competente em que o outorgante seja
autor ou reclamante e, defendendo-o quando for réu, interessado, requerido ou reclamado,
podendo reclamar, prestar declarações, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer,
e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar
declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com as suas reservas de poderes,
se assim lhe couber, e praticando todas as atos necessários para o bom e fiel desempenho deste
mandado, dando-lhe por bom, firmo e válido.

Júlio Pernambuco, 15 de Fevereiro de 2019.

Fabrizio dos Santos Silva,

CPF nº 424.332.314-40

MÁRCIO DA SILVA DAVID

Advogado - OAB/PB 24027

Tel: (83) 9.88510213 (OI) / (83) 9.98030263 (TIM) 9.9610-4221 (TIM) 24.087 (OAB/PB)

E-mail: exequitacionadjudicaria@gmail.com

Rua Duque de Caxias, nº 470, Centro, Cidade: João Pessoa - PB, CEP: 50020-220

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138103/19

Número do Sinistro: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

CPF: 124.112.314-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2018

Titular do CPF: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

MARCIO DA SILVA DAVID : 012.145.154-28

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2019
Nome: MARCIO DA SILVA DAVID
CPF: 012.145.154-28

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: LUCAS GARBO GALVAO
CPF: 410.146.078-76

MARCIO DA SILVA DAVID

LUCAS GARBO GALVAO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138103/19

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

CPF: 124.112.314-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2018

FABIANO DOS SANTOS
SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCIO DA SILVA DAVID : 012.145.154-28

Documentos de identificação
Procuração

FABIANO DOS SANTOS SILVA : 124.112.314-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019
Nome: FABIANO DOS SANTOS SILVA
CPF: 124.112.314-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
CPF: 441.172.858-31

FABIANO DOS SANTOS SILVA

SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138103/19

Número do Sinistro: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

CPF: 124.112.314-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2018

FABIANO DOS SANTOS
SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: MARCIO DA SILVA DAVID
CPF: 012.145.154-28

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: LUCAS GARBO GALVAO
CPF: 410.146.078-76

MARCIO DA SILVA DAVID

LUCAS GARBO GALVAO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do registro no ASI: **3190290142** 3 - CPF da vítima: **124.112.314-40** 4 - Nome completo da vítima: **FABIANO DOS SANTOS SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: FABIANO DOS SANTOS SILVA	6 - CPF: 124.112.314-40		
7 - Profissão: AUTONÔMO	8 - Endereço: TU RIO DO MEIO	9 - Número: 146	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RIO DO MEIO	12 - Cidade: BAYEUX	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58308-140
15 - E-mail: MSDADOU.CACIA@HOTMAIL.COM	16 - Tel. (DDD): (83)988510213		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1911** CONTA: **59839** 6

(Informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? _____

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

Fabiano dos Santos Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria da Silva David
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290142 **Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: 16/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARCIO DA SILVA DAVID

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO DA SILVA DAVID

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIANO DOS SANTOS SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

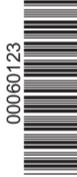
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO DA SILVA DAVID

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIANO DOS SANTOS SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

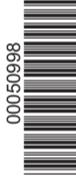
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190290142

Vítima: FABIANO DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 16/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCIO DA SILVA DAVID

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FABIANO DOS SANTOS SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ALIMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do distrito ou ASU:

CIV da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CÓDIGO DE SUSPENSO 445/2012.

Nome completo:

FABIANO DOS SANTOS SILVA

CPF: 124.142.314-40

Profissão:

AUTÔNOMO

Endereço:

RUA TRAVESSA BLOCO D MEIO

Número: 348

Bairro:

Rio das Ostras

Cidade:

BAIRRO

Estado: RJ

CEP: 28210-140

E-mail:

(71) 418609-4298

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

Renda Mensal:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.000,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.000,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$11.000,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$6.000,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os beneficiários que não possuem agência) Bradesco (287) Itaú (31) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Indicar se temos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3911 CONTA: 000 35406 (Informar agência e conta) (Informar agência e conta) (Informar agência e conta)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, se minha titularidade, o valor de incentivo/reembolso do Seguro DPVAT a que me dou direito, sem preceço e quando, desde o momento após a encetação da cobertura, quando o total de valor resultado

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE VÍTIMA DO IMI - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA BÉ/INVALIDEZ PERMANENTE

Verifico, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Perda de Utilidade Industrial (IMI) dentro dos prazos de apresentação de declaração de Seguro DPVAT por motivos de perda, invalidez que justifique as opções:

- Não há IMI que atende à região do acidente ou da minha residência;
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não se encaixa para fins de Seguro DPVAT;
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência resulta perdas que não são superiores a 50 (cinquenta) dias do pedido.

Salvo o que é devidamente colhido e o preceguimento do artigo 10º, da Lei Federal de Incentivo ao Seguro DPVAT, por motivo de perda, invalidez que seja de apresentação apresentada, concordando, desejando, no entanto, que o valor do seguro de Seguro DPVAT não seja corrigido da extinção e quantificação das lesões, permanente ou temporária, devidente devidamente, conforme Lei 6.304/74, art. 35, II, d, declarando que não é intenção nenhuma gerir a verba destinada com a sua utilização médica ou remédio ou substituição da vida do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Relacionado à vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:Sexo da Vítima (caso vítima): Vítima deboth: compatriota(s): Sim Não Se a vítima é deboth compatriota(s), informar o nome completo:Vítima deve filhos? Sim Não Se a vítima é deboth compatriota(s), informar o nome completo: Sim Não Vítima deboth: Sim Não Vítima deboth: Sim Não

Pessoalmente de que a Seguradora, seu parente, seu cônjuge, e herdeiro do Seguro DPVAT por morte da vítima, que se enquadre em que se prevejam esta declaração, utilizando-nos, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verídica e fraudulenta que seja feita no ato de recolher o valor recebido, além de responderá pelo crime previsto no artigo 299 do Código Penal.

Impresso
Nome: _____
Data: _____
CPF: _____

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

Testemunhas

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

3º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

4º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

5º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

6º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

7º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

Assinatura do Representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina o RGPD
Assinatura da vítima/beneficiário (declaração)

Assinatura do Representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Vítima (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 1º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 2º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 3º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 4º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 5º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 6º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 7º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 8º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 9º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 10º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 11º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 12º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 13º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 14º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 15º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 16º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 17º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 18º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 19º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 20º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 21º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 22º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 23º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 24º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 25º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 26º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 27º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 28º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 29º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 30º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 31º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 32º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 33º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 34º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 35º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 36º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 37º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 38º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 39º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 40º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 41º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 42º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 43º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 44º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 45º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 46º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 47º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 48º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 49º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 50º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 51º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 52º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 53º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 54º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 55º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 56º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 57º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 58º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 59º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 60º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 61º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 62º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 63º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 64º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 65º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 66º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 67º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 68º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 69º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 70º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 71º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 72º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 73º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 74º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 75º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 76º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 77º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 78º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 79º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 80º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 81º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 82º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 83º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 84º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 85º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 86º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 87º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 88º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 89º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 90º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 91º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 92º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 93º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 94º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 95º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 96º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 97º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 98º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 99º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 100º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 101º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 102º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 103º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 104º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 105º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 106º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 107º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 108º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 109º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 110º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 111º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 112º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 113º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 114º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 115º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 116º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 117º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 118º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 119º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 120º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 121º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 122º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 123º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 124º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 125º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 126º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 127º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 128º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 129º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 130º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 131º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 132º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 133º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 134º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 135º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 136º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 137º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 138º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 139º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 140º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 141º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 142º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 143º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 144º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 145º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 146º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 147º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 148º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 149º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 150º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 151º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 152º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 153º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 154º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 155º (caso vítima)

Assinatura do Testemunha 156º (caso vítima)



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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de ferro e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização na banca.

EU, FABIANO DOS SANTOS SILVA, PORTADOR(A) DO RG N° **4-213.568**, EXPEDIDO POR **SS DS** EM **16/12/2013**,
CPF (124.492.944-46), CNPJ **000000000000-00**, PROFISSÃO **ESTUDANTE**,
F. RENDA MENSAL DE R\$ _____, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASMO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/07, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a consultar cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

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

- Conta salário ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: SALÁRIO, FUNÇÃO, CNS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESTUDANTE, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA MILITAR;
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em: CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, CVMER ou LTDA, normalmente ao final do nome da titular;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FGTS ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento na banca indicando que não existem quaisquer impedimentos para saída de depósito de indenização do DPVAT;
 - Para esse banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com a sua simples assinatura de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular;
- Conta bloqueada, inativa ou em propriedade;
- CPF do beneficiário/vítima invalida ou pendente de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é a mesma da conta informada para depósito;
- Conta já pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colada, escritos à mão, com meio de extrato bancário informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios passivos para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO (CIA) e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se oculta, empresa vinculada ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAU têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Cartão de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatseguradoredpvat.com.br

24/02/2013

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº DO BANCO _____ N° DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° DE CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E FONIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº DO BANCO **304** N° DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) **2911** N° DE CONTA (com dígito, se existir) **000015106-0**

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

José Roberto _____ 15 de fevereiro de 2013 - *Socorro dos Santos Silva* _____
 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 após leitoso(s) beneficiário(s) obedeça à legislação vigente na data da ocorrência). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e é calculado com a taxa de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médicos-hospitalares.
- Para acompanhar o processo ou analise da reclamação, visite www.dpvatseguradoredpvat.com.br ou ligue para o SAC DPVAT: 0800-0771204.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2º Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00314.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em nome do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00314.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na Integra: A(s) 15:32 horas do dia 09 de junho de 2019, no cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nessa Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Nolva Almeida, matrícula 1560913, e levada por Cristiano Cruz Cordinha, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final insinuado, compareceu Fabiano dos Santos Silva, CPF nº 124.112.314-41, nacionaisuldo brasileiro, estado civil solteiro(a), profissão Arrombador, filho(a) de Van Lucia Alves dos Santos e Francisco Henrique da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/09/1996 (23 anos de idade), residindo no bairro Jardim das Oliveiras, Rua 148, bairro Rio do Meio, tendo como ponto de referência Próximo a Creche Cidiano Martins, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para o número (83) 98309-2208.

Dados do(a) Bater:

Local: Av. Pedro II, Próximo da Italiano Moceto, João Pessoa/PB, Bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/09/18 10:20h. Tipificação: em tese, capitalização no(s) I&I 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRANSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, seguindo o notificado no dia 16/09/2018 por volta das 10:20 horas quando transitava de cacetá nr. Av. Pedro II, Torre, João Pessoa - PB; com o veiculo tipo HONDA/XRE 300 mês e ano de 2017/2017, de cor preta de placa: Q529105/PB CHASSI: 9J2N12111UH007421 pertencente a MANOEL FRANCISCO DOS SANTOS SILVIA; Que seguindo o acima segue normalmente sentido IDAMÁ quando um veiculo que estava parado na pista com as sinalizações de alerta ativaça, que o motor que conduzia o declarante transitava normal na via quando o veiculo desapareceu entrou a esquerda para entrar na garagem de uma casa fazendo o motor que conduzia o declarante, QUS evitado o fato a noite veio a se ferir e sofrer lesões, Que foi sujeito pela visita dos BOMBEIROS conforme scudo conduzido para o HOSPITAL DR. EMERGÉNCIAS E TRAUMA SENADOR JUANIBERTO LUCENA de saída com o BOLETIM DE ENTRADA de nº 1008781; PRONTUÁRIO Nº 111116 onde foi diagnosticado a fratura de costela esquerda e luxo direito CID 10 S51.0 e S72.3 de acordo com laudo médico do DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE CRM: 2323/PB.

Sendo o que havia a escrever, elecrifiquado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 205 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe o presente Certidão. A declaração é verdadeira. Doc. E.

João Pessoa/PB, 09 de junho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDINHA

Agente de Investigação

FABIANO DOS SANTOS SILVA
Noticiante

Intertido à presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado, no testemunho de:
João Pessoa-PB 13/01/2019 Matr. 1008781
José Francisco da Silva - Delegado
(2019-00153) Endereç 2,46,000-000-00
SELO FISCAL: 38075831-9661
Confira a autenticidade em: www.dpcpb.gov.br

Procedimento Policial: 00314.01.2019.1.00.401

13
24 MAR 2019
CARMO SANTOS
RECORRIDO
BEM VERSO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FABIANO DOS SANTOS SILVA, portador da carteira de identidade nº 4.213.558 e inscrito no CPF/MF sob o nº 124.112.314-40, residente e domiciliado na RUA TRAVESSA RIO DO MEIO, 142, RIO DO MEIO, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PARAÍBA, 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 [noveventa] dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidade 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 Litor 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.

João Pessoa, 15 de setembro de 2019.
Local e data

Fabricio dos Santos Silva
Assinatura do declarante





VISTO EM: 06/02/19.



Eduardo B. Alves de Souza
Major CDM
Mat. 521.803-1

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 07 de Fevereiro de 2019.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 041/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 16/09/2018, conforme requerimento nº 005/19, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 10h09min o/a Sr.(a) FABIANO DOS SANTOS SILVA, CPF nº 124.112.314-40, vítima de acidente de trânsito (colisão (carro x moto)), ocorrido na AV Pedro II, Torre, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AB-46, tendo como chefe o SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA, Matrícula 514.000-2. Vítima consciente e orientada, com fratura exposta de membro superior e fratura fechada de membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas, Samador Humberto Lucena.

Para constar, seu André Vieira de Souza, CB BM, Mat. 523.518-9, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Chefe da 3ª Seção 523.518-9



Coronel de Combate Major da Artilharia - Artilharia de Montanha Pró-Inteligência
Rua General Crispino Júlio, S/nº, Port. Foz do Guaíba, 58081-030, João Pessoa/PB
Fone: (83) 3243-2144 / (83) 3210-7771 / (83) 3216-7373 (Fax) - E-mail: cmi@defesa.mil.br

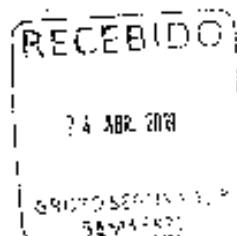
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu FABIANO DOS SANTOS SILVA, portador
(a) da carteira de identidade nº 4.813-658, CPF 124.112.314-40,
residente na rua: TRAVESSA RIO DO MEIO, 148, RIO DO MEIO, declaro
em sã consciência, que resido no endereço acima declarado
até esta data.

Esta Declaração é a expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo
civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal
Brasileiro.

Fabiano dos Santos Silva

Assinatura



1997-07-23 10:20:00

On 1997-07-23 10:20:00, I was at the University of Texas at Austin, in the
Mathematics Department, in the Mathematics Building, in the room 1.102.
I was there to attend a meeting of the Graduate Student Seminar in
Mathematics.

After the meeting, I went to the Mathematics Library to look for some
books. I found a book by H. S. Wall, "Analytic Theory of Continued Fractions".
I checked it out.

1997-07-23 10:20:00

VERA LUCIA ALVAREZ RODRIGUEZ

Entered: 2020-07-20 14:42:47
Origin: DEPARTMENT OF DEFENSE (DOD)
Cleared/Released: 2020-07-20 14:42:47
Review: 12-5-2021-2024 - Unredacted

Digitized by srujanika@gmail.com

AberdeenArts.com | 800-541-0800 | 0300 063 0196 | www.aberdeenscotia.com

Corpo responsável: Apresentação Data prevista da próxima leitura: 09/09/2018
Ago / 2018 23/08/2018 21/09/2018 DPF/CNPJ/RAM

UFSC-Ciência (5000ml/ano)

Français de soutien

ISSN 1062-1024 • 100401 • 100 • 100 • 100 • 100

VENCIMENTO 31/08/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 151,96

1997-1998: *Microtus canadensis* (Wet.)

340ca27bc0978c151d322e0f17c889>993fa0

Digitized by srujanika@gmail.com

655000000000

24 APR 2009

168.00% GUT 4/2018
334M1.00%



MARCIO DA SILVA DAVID
R GETULIO VARGAS 455
RIO DO MEIO
58308-100 BAYEUX - PB

PC-00

Postagem: 02/08/2019
Vencimento: 15/08/2019
Emissão: 01/08/2019

020819

Fechamento prévia fatura: 01/06/2019

Titular MARCIO DA SILVA DAVID
Cartão 5317.XXXX.XXXX.0331

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastre-fatura-digital

vencimento

15/08/2019

A) pagamento total

397,55

B) pagamento mínimo

59,64

C) parcelas fixas

35,17
+23x 35,17

Veja outras opções na 2 folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante neste documento e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em débito, incurring em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Límite total de crédito	2.300,00
Límite utilizado no mês	1.161,65
Retirada de recursos (saque)	\$20,00

Lancamentos: compras e saques

MARCIO S DAVID (final 0331)	DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
	30/07	BRAZMOTORS CHEVROLET/04/05	50,00
		JOAO PESSOA	
	15/08	MARISA 643 - 02/02	35,98
		JOAO PESSOA	
	27/06	Uber Do Brasil Tencelo	20,24
		SAO PAULO	
	02/07	POSTO JOAO PESSOA P/P	143,37
		CABEDELO	
	03/07	PIP RECIFE	4,00
		Recife	
	20/07	NETFLIX.COM	45,90
		SAO PAULO	
	27/07	Uber Do Brasil Tencelo	12,16
		SAO PAULO	
	27/07	BRAZMOTORS CHEVROLET/10	80,00

Compra presencial

com o uso do cartão e senha.

Continua...

**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75686 61240.862526 50451.550003 6 000**

Número do Documento: 00168512408/0331876

Nome do Pagador/CPF/CNPJ: MARCIO DA SILVA DAVID - 012.145.154-28

Nome do Beneficiário/CPNJ/IEPF: BANCO ITAUCARD S.A. 17.192.451.0001-70

Endereço do Beneficiário: ALAMEDA PEDRO CALI, 43, CENTRO - POA - SP

recibo do pagador

Número Número: 175/58512408-6

Valor: R\$ 397,55

Vencimento: 15/08/2019

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75686 61240.862526 50451.550003 6 000		
Data do Pagamento:			Data de Vencimento:		
Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Dê preferência para o pagamento até a data de vencimento.			para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.		
para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.			Data do Documento:		
Data do Documento:	Número do Documento:	Especie DOC:	Avalie:	Data do Preenchimento:	Número Número:
15/08/2019	00168512408/0331876	FT	N	01/08/2019	175/58512408-6
Itaú do Banco	Carteira:	Especie:	Quantidade:	Valor:	(+) Valor do Documento:
175		BS			85.397,55
Instruções de Pagamento/Benefício:			Descontos / Abatimentos:		
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a parte do valor constante em "Pagamento Mínimo", financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de "Parcelas Fixas", pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.			(+) Juros / Multa:		
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP:			(+) Valor Pago:		
MARCIO DA SILVA DAVID - 012.145.154-28					
R GETULIO VARGAS 455 - RIO DO MEIO - 58308-100 - BAYEUX - PB					
Sacado/Analista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Comprovação



12 SET 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Márcio da Silva David

inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.145.154-128, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIANO DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 124.112.314-40,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FABIANO DOS SANTOS SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 124.112.314-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: AGENTE DE MANUTENÇÃO Renda: R\$ 4.603,41 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>R. GETÚLIO VARGAS</u>	Número:	<u>455</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>RIO DO MEIO</u>	Cidade:	<u>BAYEUX</u>	Estado:	<u>PR</u>
E-mail:	<u>MSDADVOCACIA@HOTMAIL.COM</u>		CEP:	<u>58308-100</u>	
		Tel.(DDD):	<u>(83) 988510213</u>		

Local e Data: JOÃO PESSOA, 03 DE SETEMBRO DE 2019

Márcio da Silva David

Assinatura do Declarante

Dr. Márcio da Silva David
Advogado
OAB/PB 24087



COMPANHIA DE AGUA E ESGOTOS DA PARAIBA CAGEPA

CNPJ 09.123.654/0072-70

BR CENTRO E UM KM 02. N° SIN. SEM COMPLEMENTO. CENTRO. 58.015-570. J
DAO FESSOA - PB

Recibo de Pagamento de Salário

Julho/2019 01/07/2019 A 31/07/2019

Data de pagamento: 06/08/2019

Admissão: 01/11/2004 Dep. IR: 2 Dep. SF: 1

Matrícula
079456Nome do funcionário
MARCIO DA SILVA DAVID

Cargo

AGENTE DE MANUTENCAO

CBO

782305

CPF: 012.145.154-28

Dept.: 0102040503 - SUB MANUTENCAO AGUA LITOR Banco: 104 Agência: 0220 Conta: 999172905-3

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
0001	SALARIO		2.254,84	
0102	GRATIFICAÇÃO DE FUNÇÃO		214,96	
0114	ADIC PERICULOSIDADE 30%	30%	676,45	
0116	GRATIFICACAO TEMPO SERVIÇO		315,68	
0121	HE 50% - MENSAL	29h	752,97	
0122	HE 100% - MENSAL	8h	276,95	
0146	DESCANSO REMUNERADO	4/27	111,56	
0159	DIARIAS		224,00	
1553	AUXILIO ESCOLA FUNDAMENTAL		322,44	
0206	HDRUS EMPRESTIMO	7/36		213,96
0207	EMPRESTIMOS CEF SIMPLES	66/80		199,79
0247	DESCONTOS DIARIAS			224,00
0252	DENTAL GOLD PLANO CLINICO	1q		18,00
0260	SINDIAGUA-PB MENSAL IRADJE			34,62
0374	UNIMED ENF NACIONAL JP	3q		142,05
0510	INSS	11%		506,37
0520	IMP RENDA	10%		202,87
2072	CEF - EMPREST SIMPLES	7/48		229,07
			Total de Vencimentos 5.149,85	Total de Descontos 1.770,75
			Valor Líquido ➔	3.379,10
Salário Base 2.254,84	Base Cálc. Previdência 4.603,41	Base Cálc. FGTS 4.503,41	FGTS do Mês 368,28	Base Cálc. IRRF 3.717,86

Declaro ter recebido o importânciia liquida discriminada neste recibo

Assinatura do Funcionário

Data

