



Número: **0800284-97.2020.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE SERGIO DOS SANTOS (AUTOR)	maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31070 027	28/05/2020 11:11	<a href="#"><u>2720125_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS.

MATERIAIS: MEDICAMENTOS

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005281111522170000029821392>  
Número do documento: 2005281111522170000029821392

Num. 31070027 - Pág. 1



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>José Sarge de Souza</i>		PRONTUÁRIO N°			
IDADE <i>72a</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>Clara</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>		
ENF. <i></i>	LEITO <i></i>				
DATA DE ADMISSÃO <i>10/03/16</i>	DATA DE ALTA <i>17/03/16</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fratura das costas de ambas as costelas</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Fratura das costas de ambas as costelas</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Rx das costas de ambas as costelas</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: <i>Clorurato de hidroxidônio e ferrociano de prata</i>					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Sofre de fratura das costas de ambas as costelas, queimadura de 2º grau de dor e dor de costela, dor de ambas as costelas devido ao uso de drogas e ferrociano de prata. Fez cirurgia de ambas as costelas.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>07</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>07</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>07</u> dias e com esforço maior em <u>07</u> dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	Ao posto de saúde em <u>07/04</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>07/04</u> em 30 dias para revisão.				
17/03/16			Ass. MÉDICO CRM		
DATA			Ass. MÉDICO CRM		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	José Sorgo de Souza		PRONTUÁRIO N°		
IDADE	47	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF. LEITO

DATA DE ADMISSÃO	10/03/16	DATA DE ALTA	27/03/16	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
------------------	----------	--------------	----------	----------------------	--

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura das Ossos ilíacos e sacro

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fratura das Ossos ilíacos e sacro

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Rx de corpo do osso sacro

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: Enemas e sedativos e fisioterapia

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O.  SIM  NÃO COLETA DE MATERIAL  SIM  NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDICIONER DE ALTA: MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES:  
Fratura das Ossos ilíacos e sacro  
Fratura sacro ilíaca e sacro ilíaca  
Fratura das Ossos ilíacos e sacro ilíaca  
Fratura das Ossos ilíacos e sacro ilíaca

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: \_\_\_\_\_

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: \_\_\_\_\_

RETORNO: Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

17/03/16 DATA *Correto* ASS. MÉDICO CRM *Dr. Wellington Torres*

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) José Jorge da Silva portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 J52.8, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 50 (trinta e cinco) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/04/20

Assinatura e Currículo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE    2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 511, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



<b>CARTÃO DE RETORNO</b>		
PACIENTE: <u>Dr. Sergio</u> <u>doz Soender</u>		
DATA DO ATENDIMENTO: <u>19/10/16</u>		
<input type="checkbox"/> N° PRONTUÁRIO: <u> </u> <input type="checkbox"/> FICHA: <u> </u>		
MÉDICO (CARIMBO): <u>Dr. Luiz Rondô</u>		
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura fechada de</u> <u>articulação de pulso</u>		
PROCEDIMENTO: <u> </u>		
SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.		





## CERTIDÃO

Nº. 0787/2016

Atendendo solicitação de **JOSE SERGIO DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 835379 e Prontuário Nº 2016.03.001054 pertencentes ao requerente e que foi atendido no dia 10/03/2016 às 22H59min, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/03/2016 com alta dia 17/03/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Britto Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de maio de 2016

*Christine Bly*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



MUNICIPIO DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 835379 Attd: Nao Regulac  
Data: 10/03/2016  
Hora: 22:59:37  
Repcionista: ADEILDO JUSTINO DA SILVA  
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prentuario: 2016.03.001054

Nome: JOSE SERGIO DOS SANTOS  
CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 2083563 Fone: 0  
Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 10/10/1974 Id: 41 an(s)

End.: USINA SANTA HELENA, SN  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAPE UF: PB  
Pai: FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS  
Mae: MARIA JOSEFA DOS SANTOS

Ocupação: SERVENTE DE PEDREIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE SERGIO DOS SANTOS  
el/Doc. Responsavel: 0 / CPF: 2083563  
Procedencia: CASA

Esporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco:

PA: FR:

Aparentemente Bem  Grave

PC: TP:

Politraumatizado  Convulsao

Peso: Altura:

Hemorragia  Dispnexia

Glicemia: IMC:

Diarreia  Agitado

Circ. Abd: O2%:

Regular  Chocado

Queixa Principal

Vomito

Observacao:

Fratura com deformidade antebraço  Nao e alergico

Isquemico

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico:

Consulta

Prescricao:

*Rx ex 1056/2016* horario da medicacao

*Rx 1056/2016* horario da medicacao

*Rx 1056/2016* horario da medicacao

*Rx 1056/2016* horario da medicacao



Dr. Gean

ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE

## HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

### Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente:

José Sávio dos Santos

Data: 10/03/16

End.:

Cidade: Sape - PB

Bairro:

Unidade de origem:

#### Motivo de Encaminhamento

Reent sobre acidente de moto, apresenta  
fratura no antebraço D. no momento não  
disponibilizamos de Reio X.  
Mudou para atendimento do ortopedista

#### Medicamento Administrado

Referenciado para:

Dr. Júlio César

Contra referência

Ortopedista

Motivo:

Contra referência para:

Dr. Júlio César  
Medico  
CRM - PB 607





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOSE SERGIO SANTOS				Registro: *
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data:	Cirurgião: Dr. PONTE			1º Assistente: Dr. LEONARDO R
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: 15:00 T: 16:00
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO CID				
Fratura exposta dos ossos do antebraço (E)				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO CID				
O mesmo				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) CÓDIGO				
Tratamento cirúrgico de Fratura dos ossos do antebraço (E)				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descrição:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico 1 ( ) Internação 2 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				



Descrição da Cirurgia	
<b>Posição e Preparo:</b>	1) Paciente em DECÚBITO DORSAL SÓB ANESTESIA 2) ASSESSIA + ANTISSSESSIA 3) APOIO DE CAMPOS ESTÉTICOS
<b>Incisão:</b>	4) INCISÃO LATERAL DO ANTEBRACO E (VIA DE THOMPSON) + DISSECCÃO POR PLANOS 5) INCISÃO MEDIAL DO ANTEBRACO E P/ ACESSO DA URNA
<b>Achados:</b>	6) LOCALIZADO FOCO DE FRATURA EM DIÁFISE DO RÁDIO E DA URNA E
<b>Conduta:</b>	7) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP + FUNDOS EM RÁDIO E 8) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP 6 FUNDOS EM URNA E 9) CUIDADOS DA HEMOSTASIA 10) RX DE CONTROLE
<b>Fechamento:</b>	11) SUTURA POR PLANOS + CINTILIVO 12) TIRADIA
<b>OBS:</b>	

Data: 19/04/16

Dr. Leonardo TORRES  
Médico  
CRM - PE 23222

MÉDICO/CRM





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: José Sérgio dos Reis				Registro: 9
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data: 11/03/16	Cirurgião: Maudor Reis			1º Assistente: Fábio Guedes
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: E T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
Fratura exposta do Antebraço				

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
O paciente		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
Desinfeção cirúrgica		

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descrição:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:  
1/1 Enfermaria 2/1 Terapia Intensiva 3/1 Residência 4/1 Óbito durante o Ato Cirúrgico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal toracotomia submamária C1 S F 0,5%
Incisão:	Asse p/ne /an hir se p/ro Cremos estérreis
Achados:	Desenvolvimento Nova laringe C1 S F 0,5%
Conduta:	Colo Sengen
Fechamento:	
OBS:	Não foi feita janela para apresentar trou de evolução e não foi feita externo

Data: 11/03/16

Dr. Heider Henrique Z. Nóbrega  
Interno de Traumatologia  
MEDELLIN GRANT 6511





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>José Soárez</u>		Data da Admissão: <u>16/10/16</u>	
Pronutário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento: / /	
QPD: <u>Dor Do Fomente e Faringite</u>		HDA: <u>Perda de peso e dor de garganta</u>	
Medicações em uso: <u></u>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia		Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Ponturas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Pele:			
<u>Cabeça e Pescoco:</u> <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia		<input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Audição: _____ <input type="checkbox"/> Visão: _____	
<u>AR e ACV:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____		<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Outros: _____	
<u>ABD:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorrágia		<input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume	
<u>AGU:</u> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematuria	
<u>SME:</u> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Rigidz pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos	
<u>SN e PSQ:</u> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			



<b>Antecedentes Pessoais e Hábitos:</b>			
Doenças Anteriores: _____			
Alergias: _____			
Cirurgias: _____			
HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> HEP <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Bicho de Rua <input type="checkbox"/> Casa da Taipa		JETE	
Trauma <input type="checkbox"/> Neo <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/>			
Alcoolismo <input type="checkbox"/>			
Exercício Físico: _____		Alimentação: _____	
<b>Antecedentes Familiares:</b>			
HAS _____		DM _____ TB _____ NEO _____	
Dislipidemias _____			
<b>Exame Físico:</b>			
Peso: _____ Kg		Altura: _____ m IMC: _____	
PC: _____		FR: _____ PA: _____ mmHg	
Geral: _____			
Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____			
Gânglios: _____			
Pele: _____			
ACV: _____			
AR: _____			
ABD: _____			
AGU: _____			
SME: _____			
SN: _____			
Resultados de Exames Complementares: _____			
Hipóteses Diagnósticas: <i>Expo 625 01/01 2016/2017</i>			
Conduita: <i>Expo 625 01/01 2016/2017</i>			



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.083.563 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2014

NAME: JOSÉ SERGIO DOS SANTOS

FILHO DE FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS

MARIA JOSEFA DOS SANTOS

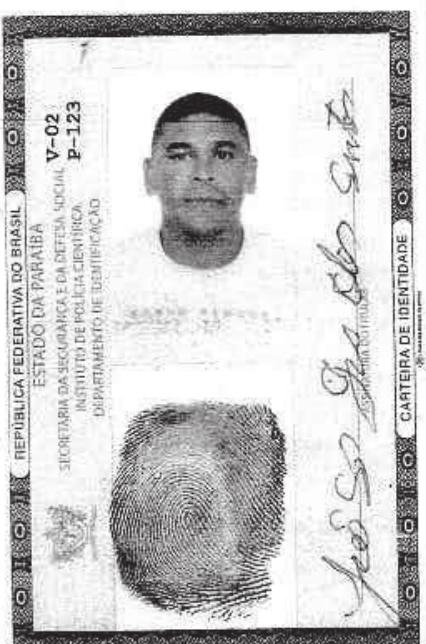
NATURALIDADE SAPÉ-PB

DOC. ORIGEM NASC. N. 854 FIS. 69V LIV. A. 02

CARDAPIO SAPE-PB

CPF 024.339.354-74

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052811115221700000029821392>  
Número do documento: 20052811115221700000029821392

Num. 31070027 - Pág. 15





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052811115221700000029821392>  
Número do documento: 20052811115221700000029821392

Num. 31070027 - Pág. 17

## PROCURAÇÃO

FELICIANO DA SILVA  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRALReconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
JOSE SERGIO DOS SANTOSAv. das Flores, número 1745, Centro - São  
Paulo - CEP 01340-000. Fone/Fax: (11) 3233-2041  
Severino Lóssio Machado, Fábio Luciano Sá  
Tchella

Ea test. da verdade. São-PB 31/10/2018 10:42:03

Maria de Lourdes Castro Basílio - Escrevente

2018-008916/ENIL/RS \$9,48 FEEPREV/RS 0,20 FEEJRS 0,00 ORGIO UNI

SELLO DIGITAL: #615760-0000

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.tes.br>

100% digital

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361871/19

**Vítima:** JOSE SERGIO DOS SANTOS

**CPF:** 024.339.354-02

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/03/2016

**Titular do CPF:** JOSE SERGIO DOS SANTOS

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais

#### THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSE SERGIO DOS SANTOS : 024.339.354-74

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019  
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO  
CPF: 072.139.414-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052811115221700000029821392>  
Número do documento: 20052811115221700000029821392

Num. 31070027 - Pág. 19



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190589078**      **Vítima: JOSE SERGIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 10/03/2016**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE SERGIO DOS SANTOS**

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, contados 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

Carta nº 14985104



Pag. 01449/01450 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052811115221700000029821392>  
Número do documento: 20052811115221700000029821392

Num. 31070027 - Pág. 20



## PEDIÓ DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
		024.339.354-74	José Sergio dos Santos	
Nome completo:		CPF: 024.339.354-74		
Profissão: Recuso Informar		Endereço: Poço do Santa Helena	Número: 25	Complemento:
Bairro: Zona Rural		Cidade: Soape	Estado: PB	CEP: 58340000
E-mail: previdencia@leocards.com.br		Tel.(DDD): (83) 3232-0304		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
RENDIMENTO MENSAL:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
INDENIZAÇÃO: ASSINAR UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0927 03		CONTA: 00021183 9	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(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.

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):	
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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.	

MORTE	
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____	
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	
Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
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.	

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: José Pessoal PB - 14/03/18 Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS	
	1º   Nome: _____	CPF: _____
	Assinatura	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO X José Pessoal Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º   Nome: _____	CPF: _____
	Assinatura	
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052811115221700000029821392>  
Número do documento: 20052811115221700000029821392

Num. 31070027 - Pág. 22



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
5<sup>ª</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA DA COMARCA DE SAPE/PB  
TELEFONE: 3283-5949

NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE MOTO

**REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº685/2016**

Aos DEZ (10) dias do mês de Maio do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Policia Civil, Dr. **FREDERICO CLAUDIO M MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10h30min, compareceu **JOSE SERGIO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, natural de Sape, 41 anos, nascido em 10/10/1974, filho de Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos, RG. 2.083.563/PB, soldador, alfabetizado, residente na Usina Santa Helena, tel. 9.9151.6141. NOTIFICOU QUE: no dia 10/03/16, por volta das 19:00 hs estava conduzindo sua Moto Honda CG 150 FAN ESI , ano 2012, placa OFA-6366/PB, de cor preta, chassi 9C2KC1670CR568916, em nome do noticiante, quando caiu em um buraco próximo de sua residência, que o noticiante caiu e foi encaminhado para o Hospital Sá Andrade através de populares e após transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira – TRAUMINHA, conforme Laudo Médico em anexo. Diante do exposto veio notificar o fato. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

## NOTICIANTE





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA DE SAPÉ/PB**



**REQUISIÇÃO DE EXAME N° 118 /2016.**

Exame Requisitado: **EXAME COMPLEMENTAR/**

Autoridade Requisitante: **Del. Pol. FREDERICO CLAUDIO M. MAGALHÃES**

Local: **Sapé/PB** Data: **09/11/2016**

**OBS:** Encaminhar o Resultado para a Delegacia de Sapé/PB.

Senhor (a) Gerente.

Solicitamos enviar equipe para realização de Exame Complementar na pessoa de:

Nome: **JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS**

Sexo: masculino

Nacionalidade: **brasileiro**;

Natural de **Sapé/PB**

Nascido em: **10/10/1984**

Idade: **42 anos**

Filiação: **Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos**

Grau de Escolaridade: **alfabetizado**

Residente: **Usina Santa Helena- Sapé-PB (Tel. 991516143)**

Estado Civil: solteiro

Ocupação Habitual: **Soldador**

Data e hora da ocorrência: **10/03/2016, por volta das 19:00 hs**

Local onde o fato ocorreu: **Na Usina Santa Helena- Sapé-PB..**

**Histórico:** A Vítima sofreu um acidente de Moto, no dia 10/03/16, por volta das 19:00horas, na Usina Santa Helena, quando caiu da Motocicleta vindo a quebrar o braço.

**MANOEL CARLOS DA SILVA NETO**  
Delegado de Polícia Civil

**RECEBIDO**

Em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

ÀO SENHOR  
GERENTE DO GEMOL  
JOÃO PESSOA - PB





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de direito que o Srº. JOSE SERGIO DOS SANTOS, Nascido em 10/10/1974, residente na Usina Santa Helena,- Zona Rural – Sapé- PB, o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 10/03/2016, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde. Sendo encaminhado para outra unidade. (Hospital de Trauma – João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 23 de Agosto de 2019

Atenciosamente,

*Evelyn Ribeiro Gomes*  
Diretora Geral do H.R.S.A  
Matrícula 2122969

**EVELYN RIBEIRO GOMES**  
Diretora Geral



## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 030.780.999



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40  
Insc. Est. 16.918.022-0

### DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS  
POV USINA SANTA HELENA 25  
SAPE

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/64298-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

SET/2019

10/09/2019

240

17/09/2019

R\$ 231,01

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05984.967173 6 80150000023104

Pagador: FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS CNPJ/CPF: 691.986.754-00

POV USINA SANTA HELENA 25 - AREA RURAL - SAPE / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número 26249120005984967	Nr Documento 000064298201909	Data Vencimento 17/09/2019	Valor do Documento R\$ 231,01	Valor Pago
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-660

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052811115221700000029821392>

Número do documento: 20052811115221700000029821392

Num. 31070027 - Pág. 26

LACERDA SANTANA ADVOCACIA  
AV DOM PEDRO II 705  
CENTRO  
58013 - 420 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052.

Na Web - [www.claro.com.br/empresas](http://www.claro.com.br/empresas)

Visite nosso site: [www.claro.com.br](http://www.claro.com.br) e acesse o detalhamento de sua fatura.

Nº do Cliente: 952/96439  
Nº da Conta: 101518218  
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93  
Código para Débito Automático: 101518218 Claro NE DDD 81 a 89  
Razão Social: Claro S/A  
CNPJ Matriz: 10.432.504/0001-47  
CNPJ Filial: 40.432.544/0004-20

2ª Via de Fatura

Período de Uso:

de 14/07/2019 a 13/08/2019

Vencimento

03/09/2019

Total a Pagar

R\$ 1.264,35

Valor pago na última conta: R\$ 1.256,50

**Veja aqui o que está sendo cobrado**

Individuais

Oferta Conjunta Claro MIX	R\$	1.199,72
Claro Life Ilimitado 500MB	R\$	-
Claro Life Ilimitado 5GB	R\$	-
Aplicativos Digitais	R\$	-
PJ Bônus de Internet Turbo: 5GB	R\$	0,00
Pacote Mobilidade	R\$	0,00
Pacote Social	R\$	0,00
Interurbanas e Rec. em viagem	R\$	24,37
Ligações adicionais, serviços adicionais e excedentes	R\$	39,22
Parcelamento de Aparelho	R\$	3,33
Descontos	R\$	-2,29
Total do Mês	R\$	1.264,35

**Total a Pagar**

R\$ 1.264,35

**Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.**

**Prezado Cliente,**  
**Este boleto não quita débitos de meses anteriores.**



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% + 0,5% do valor dos serviços) não são repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco



**Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.**

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

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
LACERDA SANTANA ADVOCACIA	101518218	14/07/19 a 13/08/19	R\$ 1.264,35	03/09/19

84800000012-0 | 64350221201-4 | 90903101518-3 | 21803318122-0



Autenticação Mecânica: solicitemos não resumar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/05/2020 11:11:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052811115221700000029821392>

Número do documento: 20052811115221700000029821392



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu	<u>Thiago de Araide Brandoé</u>		
Inscrito (a) no CPF/CNPJ	<u>072 139 414-02</u>	na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário	
<u>José Sergio dos Santos</u>	inscrito (a) no CPF sob o Nº <u>024.539.991-74</u>		
do sinistro de DPVAT cobertura	<u>invalidez</u>	da Vítima	<u>José Sergio dos Santos</u>
Inscrito (a) no CPF sob o Nº	<u>024.339.354-74</u>	conforme determinação da Circular Susep 445/12:	
Declaro Profissão:	<u>Renda:</u>	e apresento os documentos comprobatórios:	
<input checked="" type="checkbox"/> 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>Porroodiv Santa Helo</u>	Número:	<u>25</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Zona Rural</u>	Cidade:	<u>Sape</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58340-000</u>	
E-mail:	<u>previdencia@alexandrasantos.com.br</u>						Tel.(DDD):	<u>(83)3231-0304</u>

Local e Data: Juiz Pessoal/PB 25/09/19

Thiago de Araide Brandoé  
Assinatura do Declarante

