



Número: **0801431-51.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **22/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.087,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes   |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|--|--------------------|--|-------------------|
| RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA (AUTOR)                      |                    | CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA (ADVOGADO) |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)             |                   |
| Documentos   |                    |  |                   |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 31152675   | 01/06/2020 12:04   | <a href="#">2722937_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |



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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO JOSE 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

Carta nº 14275367

Pag. 01893/01894 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

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

Comprovante de residência 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

Pag. 00143/00144 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070072



Carta nº 14277001



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:04:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112042813900000029896564>

Número do documento: 20060112042813900000029896564



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, 26 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190303896**

**Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA**

**Data do Acidente: 03/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000028325-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|   |                       |                               |
|---|-----------------------|-------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASI:  | CPF da vítima:        | Nome completo da vítima:      |
|   | 852.074.034-00        | RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                       |                               |
| Nome completo:  |                       |                               |
| RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA   |                       |                               |
| Profissão:  | Endereço:             | CPF:                          |
| C. MENDONÇA   | RUA PE. AMÂNCIO LEITE | 852.074.034-00                |
| Bairro:   | Cidade:               | Número:                       |
| CEMTEO  | POMBAL                | 346                           |
| E-mail:   | Estado:               | Complemento:                  |
|   | PB                    | CASA                          |
|   | CEP:                  | Tel.(DDD):                    |
|   | 58.840-000            | 83-98332-0080                 |

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

**REDA MENSAL:**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <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        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|  |                                |  |                                |
|--|--------------------------------|--|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)    |                                | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) |                                |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                      |                                | Nome do BANCO: _____   |                                |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                |  |                                |
| AGÊNCIA:   | CONTA:                         | AGÊNCIA:   | CONTA:                         |
| 0732   | 00028325                       |  |                                |
| (Informar o dígito se existir)   | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir)                                   | (Informar o dígito se existir) |

Autorizo a Seguradora Líder 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.

### 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 atenda 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 Líder 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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 (vai 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 Líder 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.

|  |  |                  |
|--|--|------------------|
| Imprimir<br>copiar da<br>vítima ou<br>beneficiário<br>não-identificado | Local e Data, _____                            | TESTEMUNHAS      |
|  | Nome: _____                                    | 1º   Nome: _____ |
|  | CPF: _____                                     | CPF: _____       |
|  |  | Assinatura _____ |
|  | (*) Assinatura de quem assina A RGO            | 2º   Nome: _____ |
|  | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | CPF: _____       |
|  |  | Assinatura _____ |
|  | Assinatura do Representante Legal (se houver)  |                  |
|  | Assinatura do Procurador (se houver)           |                  |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, 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.

FPS.001 V001/2018







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1074/2018**

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **03/10/2018 hora: 23h30min**

**Notificante: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA**, alcunha "\*\*\*\*",  
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Currais Novos-RN, nascido  
em 20/12/1973, documento: RG nº 1.361.219 CPF nº 852.074.034-00,  
filho de Terezinha dos Santos Medeiros e de José João da Silva,  
endereço: Rua Padre Amâncio Leite, 346 Bairro Centro- Pombal/PB,  
referência: tel contato 83-999372695.

**Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Del. Roberto Barros**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , idade: anos, nascido em  
/ / , cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: Casado,  
Profissão: , Escolaridade: \*\*\*\*\*, documento:  
filiação: e de , endereço: Rua , referência:  
. Tel/Cel: (\*\*) \*\*;

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE, em data de 03/10/2018, por volta das 23h30min aproximadamente, quando conduzia o veículo de marca renault/duster 20d 4X2A, de cor branca, ano/modelo 2013/2014, de placas PGP 8350-RN, saindo de Catolê do Rocha para a cidade de Pombal-PB, onde reside, pela PB325, Km 45, na subida de uma ladeira com uma curva acentuada a esquerda veio a peder o controle do veículo, onde capotou por várias vezes, fato este ocorrido depois da entrada da cidade de Lagoa-PB, e devido ao local este notificante só foi socorrido por Policiais Militares Bombeiros, depois de três horas do acidente, levado para o Hospital Regional de Pombal onde recebeu os primeiros socorros, ficando internado para observações médicas. Por esse motivo comunica o fato e pede providências.. Nada mais a consignar.

Catolê do Rocha, 28 de novembro de 2018. Às 16:10 horas.

*Ronaldo José dos Santos Silva*

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
José Carlos da Silva Filho  
Matrícula: 135.602-0





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE  
BM - 3**

VISTO  
*[Assinatura]*  
Comandante Suelio Moreira Torres  
Matr.. 525.954-1

**CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 025/2018**

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 03h00min do dia 04 de outubro do ano de dois mil e dezoito, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência tipo Acidente Automobilístico, ocorrido na PB-325 antes da entrada para a cidade de Lagoa-PB.

**MOVIMENTO DO SOCORRO:** Hora do aviso: 03h00min#####

**RELATO DO EVENTO:** Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar se deparou com a vítima, o Senhor **RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA**, que se encontrava em decúbito dorsal no acostamento da pista. A Vítima queixava-se de dores no ombro esquerdo e abdômen. A vítima foi estabilizada e conduzida ao Hospital Regional de Pombal, onde foi atendida pelo médico plantonista.#####

**VITIMAS FATAIS:** Não houve.#####

**SOCORRISTAS:** 1ºTEN BM MATR. 525.954-1 **JARDEL ALVES LEITE**  
SD BM MATR. 526.091-4 **ANTONIO FERREIRA DA SILVA**  
SD BM MATR. 525.999-1 **QUEUDINALDO NOBREGA DE ASSIS**

**SOLICITANTE DA CERTIDÃO:** **RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA** – CPF: 852.074.034-00.

Pombal, 27 de novembro de 2018.

*[Assinatura]*  
Jardel Alves Leite 1º TEN QOBM  
Matr.. 525.954-1  
**MARCELLO ANTÔNIO TEODÓZIO COSTA PINTO – 1º TEN QOBM**  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|  |                       |                               |
|--|-----------------------|-------------------------------|
| Nº do sinistro ou ASI:   | CPF da vítima:        | Nome completo da vítima:      |
|  | 852.074-034-00        | RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                       |                               |
| Nome completo:   | CPF:                  |                               |
| RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA  | 852.074-034-00        |                               |
| Profissão:   | Endereço:             | Número:                       |
| C. MENDONÇA  | RUA PE. AMÂNCIO LEITE | 346                           |
| Bairro:  | Cidade:               | Estado:                       |
| CEMTEO   | POMBAL                | PB                            |
| E-mail:  | CEP:                  | Tel.(DDD):                    |
|  | 58.840-000            | 53-98132-0080                 |

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

|   |  |   |
|---|--|---|
| RENTA MENSAL:                             |  |   |
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  |
| <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"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
|   |  | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE 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) |
| AGÊNCIA: 0732  | CONTA: 00028325   |
| (Informar o dígito se existir)   | (Informar o dígito se existir)                                    |

Autorizo a Seguradora Líder 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.

### 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 atenda 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 Líder 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE 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:  | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não        |
| Vivos:  | Falecidos:  | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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<br>original da<br>vítima ou<br>beneficiário<br>não-identificado   | Local e Data, _____<br>Nome: _____<br>CPF: _____ | TESTEMUNHAS<br>1º   Nome: _____<br>CPF: _____<br>Assinatura _____<br>2º   Nome: _____<br>CPF: _____<br>Assinatura _____ |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)<br>Assinatura do Representante Legal (se houver) _____<br>Assinatura do Procurador (se houver) _____ |  |   |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, 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.

FPS-001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019







HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 04/10/2018 11:27:40

Ocorrência: INTERNAMENTO

Servidor do Dr.: 9420

Paciente RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Idade: 44 Sexo: M

Filiação

Pai:

Mãe:

TEREZINHA DOS SANTOS MEDEIROS

Endereço

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: ERON DE SOUSA LEITE

N.: 250

Bairro: PETROPOLIS

Naturalidade: CURRAIS NOVOS - RN

Fone:

Documentos

CNS: 706-5023-1845-8692

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 20/12/1973

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: AUTONOMO(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente vítima de CAQUETEM DE CARRO há 12 dias.  
Sem dor em tornozelo + inchaço no MSE

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

AO EXAME: ECG, COMPLETO E QUANTO, HEBRAL  
AO TOCARE

Detalhados em ARTESANAL (E) + inchaço torn  
de MSE

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RAIO ARTESANAL, TOCARE, ECG

Diagnóstico:

Fração de (diagnóstico) (E) + com os dados fornecidos  
(E)

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, Dr. TALE ALBERTO DE O. SOUZA

Recepcionista: BARBARA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CAMPUS - EST. GENEPE 23411

SABEM - REC. EM 03 MAI 2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000028325-0

---

---

Nr. da Autenticação 3950B7352D868236



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Eu, DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA,

RG nº 3363239, data de expedição 16/05/18,

Órgão SSP-PB, CPF nº 852.074.034-00,

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

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA PE. AMANCIO LEITE</u>             |
| Número                            | <u>346</u>                               |
| Apto/Complemento                  | <u>CASA</u>                              |
| Bairro                            | <u>CENTRO</u>                            |
| Cidade                            | <u>POMBAL</u>                            |
| Estado                            | <u>PARAIBA</u>                           |
| CEP                               | <u>58.840-000</u>                        |
| Tel. de contato                   | <u>83-98332-0080</u>                     |
| E-mail                            | <u>EVANDRO@UEINGO.CA.ADV@HOTMAIL.COM</u> |

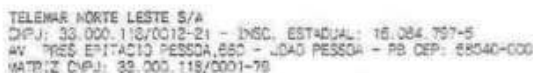
Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: POMBAL-PB, 10/03/2019

Donaldo Jose dos Santos Silva  
Assinatura do Declarante

SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019





|  |                                      |                                    |
|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| JOSENILDO DE ASSIS SANTOS<br>RUA PE AMANCIO LEITE,346<br>EM FRENTE A ESCOLA ROBERTA FERNANDES<br>CENTRO<br>56840-QOO POMBAL-PE | DATA DE EMISSAO<br>01/10/2018        | TELEFONE/CONTRATO<br>3431-2120 0 3 |
|  | CNPJ / CPF<br>00008887044412         | VALOR A PAGAR<br>R\$ 69,24         |
|  | Tipo de Terminal<br>RESIDENCIAL      | VENCIMENTO<br>12/10/2018           |
|  | COD. DEB. AUTOMATICO<br>161100244908 |                                    |
|  | RECIBO COD<br>83                     |                                    |
|  | CODIGO NUNCA DE<br>161100244908      |                                    |

|              |                                  |        |        |        |
|--------------|----------------------------------|--------|--------|--------|
| PLANO LOCAL: | HISTÓRICO DO CONSUMO DE MINUTOS: | 08/18: | 08/18: | 07/18: |
| BÁSICO       |                                  | 08/18: | 05/18: | 04/18: |

| PAG./LINHA                         | DATA       | DESCRICAO                  | TEL.ORIGEM                           | TEL.CHAMADO | HORARIO | DURACAO                  | TARIFA | VALOR |       |
|------------------------------------|------------|----------------------------|--------------------------------------|-------------|---------|--------------------------|--------|-------|-------|
| PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A |            |                            |                                      |             |         |                          |        |       |       |
| TELEFONE 00249 3431-2122 0 3       |            |                            | NPST N. 00000202896/SERIE /SUB-SERIE |             |         |                          |        |       |       |
| SERVICOS MENSAIS                   |            |                            |                                      |             |         |                          |        |       |       |
| 0001/01                            | 25/05/2018 | ASSINATURA USO RESIDENCIAL | 01 A 30/09/18                        |             |         |                          |        |       | 48,48 |
| SUBTOTAL                           |            |                            |                                      |             |         |                          |        | 48,48 |       |
| LIGACOES LOCAIS                    |            |                            |                                      |             |         |                          |        |       |       |
| 0001/02                            | 25/05/2018 | CONSUMO MINUTOS            | 0:00                                 | FRANQUIA    | 200:00  | MINUTOS ALEM DA FRANQUIA | 0:00   | 0,00  |       |
| SUBTOTAL                           |            |                            |                                      |             |         |                          |        | 0,00  |       |
| BASE DE CALCULO IOMS               |            | 48,48                      | TOTAL NOTA FISCAL SERVICOS           |             |         |                          | 48,48  |       |       |
| ALIQUOTA                           |            | 80%                        |                                      |             |         |                          |        |       |       |
| VALOR                              |            | 14,54                      |                                      |             |         |                          |        |       |       |
| ISS                                |            |                            |                                      |             |         |                          |        |       |       |

## RESERVADO AO FISCO

283e, 01dc, 15d8, 6507, 29f2, 04f2, dd4b, 02fe

FATURA N.º: 1100038690551 TELEFAR NORTE (RSTF S/A - AV. PRES EPITÁCIO PESSOA, 660 - JOAC PESSOA - PB CEP: 58040-000  
(NPJ): 88.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.084.987-5

## OUTROS VALORES DE FIM

TELEPHONE 03249 3431-2120 G 3

|  |               |       |
|--|---------------|-------|
| 0001/03 23/03/2018 PAGAMENTO SEM CONTA EM LOTERICA |               | 3,42  |
| 0001/04 23/03/2018 PAGAMENTO SEM CONTA EM LOTERICA |               | 3,42  |
| 0001/05 23/03/2018 JUROS DE MORA                   | CONTA 07/2018 | 0,54  |
| 0001/06 25/03/2018 JUROS DE MORA                   | CONTA 08/2018 | 1,16  |
| 0001/07 23/03/2018 MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO   | CONTA 08/2018 | 1,14  |
| 0001/08 23/03/2018 MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO   | CONTA 07/2018 | 0,54  |
| TOTAL OUTROS VALORES                               |               | 10,22 |

## RESUMO GERAL

| LOCAL TELEPHONE CHRG | VALOR |
|----------------------|-------|
| 08248 3481-2107 D 3  | 89.24 |
| TOTAL                | 89.24 |

CONTRIBUTOES PARA O FUST (1%) FUNTEL (0,5%) DO VALOR DOS SERVIÇOS, NÃO REPASSADAS AS "ARLIFAS"

PREZADO CLIENTE, ATÉ 28/09/18 NÃO CONFIRMAMOS O PAGO DE CUNHA(S) DE  
MÊS(ES) ANTERIOR(ES) TOTALIZANDO R\$ 48,40. PAGUE SUA CONTA EM DIA E  
EVITE SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO ANATEL.

Fique atento. Escolha os pagamentos em dia e evita:

[illegible]

## RESUMO DA FATURA

|  |       |
|--|-------|
| SERVICOS DE FIM                              | 43,48 |
| SERVICOS MENSAIS E EVENTUAIS E LIG. FIXO-FIM | 29,45 |
| LICACOES PARA CELULAR                        | 0,00  |
| SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS                  | 0,00  |
| SERVICOS DE TERCEIROS                        | 0,00  |
| OUTROS VALORES                               | 10,10 |

VALOR A PAGAR

RS 59.24

**VENCIMENTO**

12/10/2018



**TELEMAR NORTE LESTE S/A**  
CNPJ: 03.000.174/0100-01 - END: ESTADUAL  
TELEFAX: 3365  
AV. PRES. ERTAGNO PEREIRA, 138 - JARD. PEREIRA - PE  
CEP: 52040-030

JOSENILDO DE ASSIS SANTOS  
TELEFONE/CONTRATO: 3431-2120 CJ 0 SU 3  
CONTA 09/2018 LOCAL 03249 DV 5

CODIGO MINHA CI  
151100244908

Quadrado-set na mesa.  
Olé e contraste exótico,  
comida sofisticada,  
história de consumo  
e muito mais.


[www.oi.com.br/links01](http://www.oi.com.br/links01)

84820000000-4 55240024030-1 31032490343-7 12120031809-9



FATURA N.: 11000230590551  
VENCIMENTO: 12/10/2018  
VALOR A PAGAR R\$ 69,24  
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 151100234903



|   |                    |   |               |                   |
|---|--------------------|---|---------------|-------------------|
|  <b>CAGEPA</b><br>COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARÁIBA<br>Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB<br>CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87 |                    | PARA CONTATO COM A CAGEPA,<br>DUCRIME ENTENDIMENTO<br>MATRÍCULA<br>70912866 |               |                   |
| CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS<br>CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA<br>RUA MIGUEL ALVES DA SILVA, 28 - 1 ANDAR -<br>PETROPOLIS POMBAI, PB 58840-000  |                    |   |               |                   |
| Inscrição   | SMI                | Quantidade de Economias   |               | Responsável       |
| 112.004.365.0146.000  | 000                | Previdência   | Corrente      | Outras            |
| Hidrômetro  | Data de Instalação | Localização   | Situação Água | Situação Esgoto   |
|   |                    | LIGADO  | POTENCIAL     |                   |
| ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA<br>10   10/05/2019  |                    |   |               |                   |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO DO PORT. 05/2017 MS.   |                    |   |               |                   |
| MAR/2019  | 10                 | PARAMETROS  | EXIG.         | ANALIS. CONFORMES |
| FEV/2019  | 10                 | TURBIDEZ  | 46            | 46                |
| JAN/2019  | 10                 | CLORO   | 46            | 46                |
| DEZ/2018  | 10                 | COL. TERMO  | 0             | 0                 |
| NOV/2018  | 10                 | COR   | 10            | 46                |
| OUT/2018  | 10                 | COL. TOTAT  | 46            | 46                |
| MÉDIA(M)  |                    |   |               |                   |
| DADOS REFERENTES A: FEV/2019  |                    |   |               |                   |
| DATA DA IMPRESSÃO: 11/04/2019<br>HORA DA IMPRESSÃO: 10:15:59  |                    |   |               |                   |
| DESCRIÇÃO<br>ÁGUA<br>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)<br>CONSUMO DE ÁGUA<br>ESGOTO<br>ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2019<br>JUROS DE MORA 03/2019  |                    | CONSUMO<br>10 M3<br>37,91<br>0,75<br>0,06                                   |               |                   |
| VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS LET 1% 201/17   |                    |   |               |                   |
| VENCIMENTO: 23/04/2019  |                    | Total a Pagar: R\$ 38,72  |               |                   |
| CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA<br>CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO<br>TIPO DE TARIFA: 1  |                    |   |               |                   |
| INFORMAÇÕES GERAIS:<br>ABRIL VERDE: #CHRGADACIENDETRABALHO.   |                    |   |               |                   |





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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: 4020-2596 / 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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA,

RG nº 1361219, data de expedição 16/05/18,

Órgão SSP/ RN, CPF nº 852.074.034-00,

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

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA PADRE AMALIO LEITE</u>          |
| Número                            | <u>384</u>                             |
| Apto/Complemento                  | <u>LOJA</u>                            |
| Bairro                            | <u>CENTRO</u>                          |
| Cidade                            | <u>POMBAL</u>                          |
| Estado                            | <u>PARNABA</u>                         |
| CEP                               | <u>58.840-000</u>                      |
| Tel. de contato                   | <u>83-98532-0080</u>                   |
| E-mail                            | <u>EVANDROQUEIROCA.ADU@HOTMAIL.COM</u> |

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: POMBAL-RN 02/05/2019

Ronaldo Jose dos Santos Silva  
Assinatura do Declarante

SABEMI - REC. EM 31 MAI 2019





RONALLY NAIRLE DUARTE DA SILVA  
RUA PADRE AMANCIO LEITE 384 - CENTRO  
CEP 58840000 - POMBAL / PB (AG: 227)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
5 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0  
Medidor: 0005884869 Emissão: 09/05/2019 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 024.740.156  
Código para Débito Automático 00018407965

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPS/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| MAI/2019          | 10/05/2019   | 10/06/2019                       | 11757720464     |

UC (Unidade Consumidora): 5/1840796-5

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacinaBrasil](http://saude.gov.br/vacinaBrasil)

| Anterior                        | Atual                           | Constante | Consumo | Dias |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------|---------|------|
| Data: 10/04/19<br>Leitura: 2891 | Data: 10/05/19<br>Leitura: 3279 | 1         | 288     | 30   |

Demonstrativo

| 001 Descrição                 | Quantidade | Valor Total | Base Calc. (R\$) | Alíq. ICMS (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Base Calc. PIS/COFINS (R\$) | PIS (R\$) | COF/IN (R\$) |
|-------------------------------|------------|-------------|------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------|--------------|
| 001 Consumo em kWh            | 288        | 243,76      | 243,76           | 27               | 63,81                 | 243,76                      | 2,37      | 10,91        |
| 001 Adic. S. Amarela          | 1,42       | 1,42        | 27               | 0,38             | 1,42                  | 0,01                        | 0,01      | 0,08         |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS        |            |             |                  |                  |                       |                             |           |              |
| 007 CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA | 16,72      | 0,00        | 0                | 0,00             | 0,00                  | 0,00                        | 0,00      | 0,00         |
| 004 JUROS DE MOROSIDADE       | 0,06       | 0           |                  |                  |                       |                             |           |              |
| 005 MULTA 04/2019             | 2,82       | 0           |                  |                  |                       |                             |           |              |

002 Código de Classificação de Uso: Total: 243,77 243,76 66,19 243,76 2,38 10,97

| 183 | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----|------------|---------------|
| 183 | 17/05/2019 | R\$ 263,77    |

Histórico de Consumo (kWh)

| 139    | 88     | 82     | 108    | 85     | 166    | 115    | 127    | 222    | 186    | 197    | 165    |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| MAI/18 | JUN/18 | JUL/18 | AGO/18 | SET/18 | OCT/18 | NOV/18 | DEZ/18 | JAN/19 | FEV/19 | MAR/19 | ABR/19 |

RESERVADO AO FISCO

b653.023.755f.c9bc.xa69.af8f.fo25.192a

| Indicadores de Qualidade 03/2019 - Conjunto Pombal |         |                      |                 | Comparação do Consumo |                                      |        |        |
|--|---------|----------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------------------|--------|--------|
| Limite da ANEEL                                    | Apurado | Limite de Tensão (V) |                 | Discriminação         | Valor(R\$)                           | %      |        |
| DIC MENSAL   | 5,91    | 0,00                 | NOMINAL         | 220                   | Serv. Dist.                          | 37,70  | 21,90  |
| DIC TRIMESTRAL                                     | 11,82   |                      | CONTRATADA      |                       | Consumo de Energia                   | 85,24  | 32,32  |
| DIC ANUAL  | 23,64   |                      | LIMITE INFERIOR | 202                   | Serviço de Transmissão               | 8,00   | 3,03   |
| FC MENSAL  | 3,36    | 0,00                 | LIMITE SUPERIOR | 231                   | Encargos Setoriais                   | 13,67  | 5,18   |
| FC TRIMESTRAL                                      | 8,72    |                      |                 |                       | Impostos Diretos e Encargos          | 98,13  | 37,25  |
| FC ANUAL   | 13,45   | 0,00                 |                 |                       | Outros Serviços                      | 0,00   | 0,00   |
| DIC M  | 3,46    |                      |                 |                       | Total                                | 263,77 | 100,00 |
| DIC R  | 12,22   |                      |                 |                       | Valor do BUST/Rel 03/2019: R\$ 58,58 |        |        |

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

Faturas em atraso

- Letra confirmada

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190.00009 02624.912008 01448.379170 8 78920000026377  
Pagador: RONALLY NAIRLE DUARTE DA SILVA CNPJ: 117.577.204-64  
RUA PADRE AMANCIO LEITE 384 - CENTRO - POMBAL / PB - CEP 58840000  
Nosso-Número: 2624912000144833 Nº Documento: 00184079620190 Data Vencimento: 17/05/2019 Valor do Documento: 263,77 Valor Pago:  
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA 08.095.183/0001-40  
BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680  
Agência / Código do Beneficiário: 3064-32447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2020 12:04:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060112042813900000029896564>

Número do documento: 20060112042813900000029896564

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLOS EVANDRO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.823.674 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.074.034 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.074.034 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: PROFESSOR Renda: 3.273,92 e apresento os documentos comprobatórios:

CERTIFICADO

☐ Recuso informar

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

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

|  |               |                         |                        |
|--|---------------|-------------------------|------------------------|
| Endereço                               |               | Número                  | Complemento            |
| <u>RUA MIGUEL ALVES DA SILVA</u>       |               | <u>28</u>               | <u>1º ANDAR</u>        |
| Bairro                                 | Cidade        | Estado                  | CEP                    |
| <u>PETROPOLIS</u>                      | <u>POMBAL</u> | <u>PB</u>               | <u>58.840-000</u>      |
| Email                                  |               | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |
| <u>EVANDRO@UEINOLA.ADV@HOTMAIL.COM</u> |               |                         |                        |

POMBAL, 10 de ABRIL de 2019  
Local e Data

Carlos Evandro Danilo da Silva  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO DOMINGOS  
CNPJ: 01.612.691/0001-47  
Demonstrativo de Pagamento de Salário  
Referente: 03/2019



| Município                        | Nome   | CPF            | Dep. INSS      | Dep. S. F. | Banco     | Agência | Conta      | Data Arrecadação |
|----------------------------------|--|----------------|----------------|------------|-----------|---------|------------|------------------|
| 0000579                          | CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA                      | 030.823.674-29 | 170.68918.59.0 | 0          | 104       | 0732-3  | 00003149.5 | 03/2019          |
| Organizadora                     | 00019 SEC. EDUC. E. F. SERIE FINAL URB. FUNDEB 60% EST |                |                |            |           |         |            | 01/04/2012       |
| Unid. Trabalhadora               | 00019 SEC. EDUC. E. F. SERIE FINAL URBANA FUNDEB       |                |                |            |           |         |            | EST              |
| Cargos/Funções                   | 0140 PROFESSOR B                                       |                |                |            |           |         |            | 07.0006          |
| Nome do Instituidor do Benefício |  |                |                |            |           |         |            | 982,15           |
| Código                           | Descrição  | Ref.           | Limite         | Vantagens  | Descontos |         |            |                  |
| 1001                             | VENCIMENTOS  | 30             |                | 2.455,40   |           |         |            |                  |
| 1007                             | HORAS ADIC.  | 20             |                | 612,88     |           |         |            |                  |
| 1011                             | GRAT. DE RESCISÃO 5%                                   | 30             |                | 122,77     |           |         |            |                  |
| 1015                             | QUINQUÊNIO   | 1              |                | 122,77     |           |         |            |                  |
| 2103                             | INSS   | 30             |                |            | 242,08    |         |            |                  |
| 2300                             | INTE   | 30             |                |            | 41,53     |         |            |                  |
| 2967                             | S-DEPBD  | 15             |                |            | 30,83     |         |            |                  |
| Total de Vencimentos             |  |                |                | 3.213,82   |           |         |            |                  |
| Total de Descontos               |  |                |                |            | 2.952,38  |         |            |                  |
| Mensagem geral:                  |  |                |                |            |           |         |            |                  |
| Data                             |  |                |                |            |           |         |            |                  |



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO DOMINGOS  
CNPJ: 01.612.691/0001-47  
Demonstrativo de Pagamento de Salário  
Referente: 03/2019



|                                  |  |  |  |  |  |                  |  |                           |  |                  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|------------------|--|---------------------------|--|------------------|--|
| Município                        |  | Nome   |  | CPF  |  | Data Arrecadação |  | CPF                       |  | Data Arrecadação |  |
| 0000579                          |  | CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA                      |  | 030.823.674-29                                 |  | 170.68918.59.0   |  | 0                         |  | 104              |  |
| Organizadora                     |  | 00019 SEC. EDUC. E. F. SERIE FINAL URB. FUNDEB 60% EST |  | 00019 SEC. EDUC. E. F. SERIE FINAL URB. FUNDEB |  | 0732-3           |  | 00003149.5                |  | 03/2019          |  |
| Unid. Trabalhadora               |  | 00019 SEC. EDUC. E. F. SERIE FINAL URB. FUNDEB         |  | 00019 SEC. EDUC. E. F. SERIE FINAL URB. FUNDEB |  | 0732-3           |  | 00003149.5                |  | 03/2019          |  |
| Cargos/Funções                   |  | 0140 PROFESSOR B                                       |  | 0140 PROFESSOR B                               |  | 07.0006          |  | 07.0006                   |  | 07.0006          |  |
| Nome do Instituidor do Benefício |  | Mensagem Complementar                                  |  | 982,15   |  |                  |  |                           |  |                  |  |
| Código                           |  | Descrição  |  | Ref.   |  | Limite           |  | Vantagens                 |  | Descontos        |  |
| 1001                             |  | VENCIMENTOS  |  | 30   |  |                  |  | 2.455,40                  |  |                  |  |
| 1007                             |  | HORAS ADIC.  |  | 20   |  |                  |  | 512,88                    |  |                  |  |
| 1011                             |  | GRAT. DE RESCISÃO 5%                                   |  | 30   |  |                  |  | 122,77                    |  |                  |  |
| 1015                             |  | QUINQUÊNIO   |  | 1  |  |                  |  | 122,77                    |  |                  |  |
| 2103                             |  | INSS   |  | 30   |  |                  |  |                           |  | 242,08           |  |
| 2300                             |  | INTE   |  | 30   |  |                  |  |                           |  | 41,53            |  |
| 2967                             |  | S-DEPBD  |  | 15   |  |                  |  |                           |  | 30,83            |  |
| Total de Vencimentos             |  | 3.273,82   |  | Total de Descontos                             |  | 321,44           |  | Valor Liquidado a Receber |  | 2.952,38         |  |
| Mensagem geral:                  |  |  |  | Mensagem complementar:                         |  |                  |  |                           |  |                  |  |
| Data                             |  | Assinatura   |  |  |  |                  |  |                           |  |                  |  |





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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)

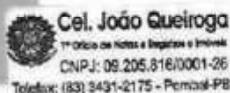
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Sabryna de Brito Araújo,  
RG nº 62.690.137-6, data de expedição 17/08/2017  
Órgão SSP, portador do CPF nº 111.833.894-42,  
com domicílio na cidade de Pombal, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Dolva Ferreira de Queiroga, nº S/N,  
complemento Ono, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era  
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA.  
Veículo: MISTO Modelo: RENAULT DUSTER 2.0 D Ano: 2013/2014  
Placa: P6P-8350 Chassi: 93YHSR2LAE1898557  
Data do Acidente: 03/10/2018

Local e Data: Pombal - PB, 27/03/2019  
Sabryna de Brito Araújo  
Assinatura do Declarante

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



SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



SABEMI - REC. EM 03 MAI 2019

| HOSPITAL   |                   |                |  |
|--|-------------------|----------------|--|
| NOME DO PACIENTE <i>Romário da Silva</i>   |                   | Nº PRONTUÁRIO  |  |
| DATA DA OPERAÇÃO <i>26.10.18</i>   | ENF.              | LEITO          |  |
| OPERADOR <i>Dr. Senom</i>  | 1º AUXILIAR       |                |  |
| 2º AUXILIAR  | 3º AUXILIAR       | INSTRUMENTADOR |  |
| ANESTESISTA <i>Dr. Alison</i>  | TIPO DE ANESTESIA |                |  |
| DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO <i>fratura de antebraço (RT)</i>   |                   |                |  |
| TIPO DE OPERAÇÃO <i>Osteossíntese</i>  |                   |                |  |
| DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO <i>O normal -</i>  |                   |                |  |
| RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA  |                   |                |  |
| EXAME RADIOLOGICO NO ATO   |                   |                |  |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO  |                   |                |  |
| VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS |                   |                |  |
| <i>1. Pto em decúbito dorsal Horizontal</i>  |                   |                |  |
| <i>2. Banimento</i>  |                   |                |  |
| <i>3. Incisão dorsal</i>   |                   |                |  |
| <i>4. Dissecção por plano + Hemostase</i>  |                   |                |  |
| <i>5. Insuflação de foco de fratura</i>  |                   |                |  |
| <i>6. Passagem de pinos de tração no fragmentos</i>  |                   |                |  |
| <i>7. Redução</i>  |                   |                |  |
| <i>8. Fixação em placa DCP. 7 par. corticais</i>   |                   |                |  |
| <i>9. Cobertura por plm</i>  |                   |                |  |
| <i>10. Anestha.</i>  |                   |                |  |



HOSPITAL REGIONAL DE FOMBAZ DO VALE DO CARNEIRO

Nome: Ronaldo dos Santos Silva

Filiação: José Maria dos Santos Mendes

Sexo: Masculino Idade: 44a. Cor: Parda

Procedência: Clínica Quirúrgica Data: 28/10/18

Cirurgião: Dr. Sérgio Auxiliar: -

Anestesista: Dr. Allan Allisson Anestesia: Bloqueio + Sedação

Início da anestesia: 14:15 Término: 1 Duração: -

Início da intervenção: - Término: 15:25 Duração: -

| Insumo                                  | Quantidade |
|---|------------|
| Equipo macrogotas                       | 01         |
| Jelco 20                                | 01         |
| Soro fisiológico 0,9% 500ml             | 20         |
| Seringa 5ml                             | 05         |
| Seringa 10ml                            | 10         |
| Lidocaína 2%                            | 01         |
| Neocaína                                | 01         |
| Dimorf 0,2                              | 01         |
| Agulha para raque                       | 01         |
| Luva estéril                            | 03         |
| PVPI tópico                             | 50ml       |
| Gaze (pacote com 10 unidades)           | 12         |
| Compressas                              | 18         |
| Efortil                                 | 01         |
| Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona | 01         |
| Nauseidron                              | 01         |
| Decadrom 4mg                            | 01         |
| Água para injeção                       | 04         |
| Esparadrapo                             | 80cm       |
| Escova de PVPI degermante               | 07         |
| Touca                                   | 05         |
| Máscara                                 | 05         |
| Propé (par)                             | 05         |
| Luva de procedimentos (par)             | 12         |
| Látex                                   | 01         |
| Cateter de oxigênio tipo óculos         | 01         |
| Lâmina de bisturi nº 24                 | 01         |
| PVPI degermante                         | 100ml      |
| Algodão ortopédico 12cm                 | 08 rolos   |

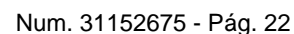




|             |   |                |
|-------------|---|----------------|
| Agente      |   |                |
| Técnica     | Blaqueira de Pleno cervical e axilar (E).       | Assistência    |
| Operante    | Fratura de antebraço (E) - trat. cirúrgico.     | início: 14:30h |
| Cirurgião   | Dr. Sérgio                                      | fim: 15:30h    |
| Anestesiado | Dr. Allison                                     |                |
| Observações | Curatamento do MSR: início: 14:30h fim: 15:30h. |                |

caso presente história de acidente automobilístico e trauma no antebraço (E) será submetido à tentativa cirúrgica. **FOLHA DE ANESTESIA** - Sentado, déficit motor e sensitivo após o acidente e antes da realização do bloqueio deplexo braquial (E).

Ulan Aikson  
Moulin Air  
- 1911 12 12 - 1911 12 12



|  |   |   |
|--|---|---|
|  | Sistema Único de Saúde<br>Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |
|--|---|---|

|   |                     |
|---|---------------------|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde   |                     |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO | 2 - CNES<br>2592568 |

|  |                                      |                            |                         |
|--|--------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Identificação do Paciente  |                                      |                            |                         |
| 3 - NOME DO PACIENTE<br>RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA  |                                      | 4 - PRONTUÁRIO<br>33876    |                         |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>706-5023-1845-8692   | 6 - DATA DE NASCIMENTO<br>20/12/1973 | 7 - SEXO<br>M              | 8 - RACA / COR<br>PARDA |
| 9 - NOME NA MÃE<br>TEREZINHA DOS SANTOS MEDEIROS   |                                      | 10 - TELEFONE<br>3431 2149 |                         |
| 11 - NOME DO RESPONSÁVEL   |                                      |                            |                         |
| 12 - ENDEREÇO<br>ERON DE SOOUSA LEITE N.:250   |                                      |                            |                         |
|  |                                      | 13 - BAIRRO<br>PETROPOLIS  |                         |
| 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE<br>POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101 |                                      |                            |                         |

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  |                                    |
| 18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Vacante rotina de captação de cava hnt<br/>12h. Com dor em torn + paralisia de MME<br/>Paralisia total de MME</i> |                                    |
| 19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Reclamação de cava</i>  |                                    |
| 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><i>Exat. 8/10 + Rp</i>  |                                    |
| 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Faturo de náveis de 10/10</i>   | 22 - CID 10 PRINC.<br><i>952.9</i> |
| 23 - CID 10 SEC.<br><i>V87.8</i>   | 24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.          |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur de 10/10</i>                           |  | 26 - COD. PROCEDIMENTO<br><i>0708020431</i>                     |
| 27 - CLÍNICA<br><i>Ortopedia</i>  | 28 - CARÁTER INTERNAÇÃO<br><i>Elon</i> | 29 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF                               |
| 30 - ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE<br><i>Dr. Fábio Alberto de O. Souza<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM: 92512</i> |  | 31 - ASS. CARIMBO SOLIC. / ASSISTENTE<br><i>027.187.1849</i>    |
| 32 - DATA SOLIC.<br><i>04.10.18</i>   |  | 33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)<br><i>[Assinatura]</i> |

|  |                      |                   |            |
|--|----------------------|-------------------|------------|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)   |                      |                   |            |
| 34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO   | 37 - CNPJ SEGURADORA | 38 - Nº BILHETE   | 39 - SÉRIE |
| 35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  | 40 - CNPJ EMPRESA    | 41 - CNAE EMPRESA | 42 - CBOR  |
| 36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO   |                      |                   |            |
| 43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |                      |                   |            |

|                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| AUTORIZAÇÃO                         |   |  |
| 44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR  | 45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR                   | 50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR |
| 46 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF   | 47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL |  |
| 48 - DATA AUTORIZAÇÃO<br><i>/ /</i> | 49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)      |  |





# Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

Nº do Paciente: PB180201273

Data de Nascimento: 20/12/1973

Data do Exame: 01/02/2019

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

## RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO ANTEBRACO ESQUERDO AP/PERFIL

### RELATÓRIO:

Osteossíntese metálica do terço médio da diáfise do rádio.

Imagem densa projetada junto a face medial da porção proximal da ulna (calcificação?).

Relações articulares mantidas.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Bianca Welkersheimer CRM 734845-RJ | Médica-radiologista RQE 26199-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 01/02/2019 11:14:02 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catalão do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





**Nome:** RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA  
**Convênio:** PARTICULAR  
**Médico Solicitante:** FERNANDO HENRIQUE SOUZA

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

#### TÉCNICA DE EXAME:

Foram realizadas aquisições multisequências e multiplanares ponderadas em T1, T2, T2-STIR. Realizadas sequências ponderadas em T1/FS antes e após a infusão EV do meio de contraste paramagnético(gadolínio).

#### ANÁLISE :

Desfiladeiro torácico anatômico.

Alteração morfológica e hipersinal nas sequências T2/STIR na topografia do trajeto das raízes do plexo braquial esquerdo, de C5 a T1, sugerindo lesão neural traumática. Após a infusão EV do meio de contraste paramagnético observamos impregnação anômala do trajeto das raízes do plexo braquial e dos planos musculares e adiposos regionais, sugerindo atividade inflamatória.

Triângulos dos escalenos bem configurados bilateralmente.

Ausência de lesões sólidas ou císticas no trajeto dos desfiladeiros torácicos.

Âpices dos hemitóraxes conservados.

Dr. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5942-PB  
Dr. Henrique Queiroga Cortaxo - CRM 4746-PB  
Dr. Ítalo Miranda Pereira - CRM 5206-PB  
Dr. Maralio Mendes Cortaxo - CRM 2044-PB  
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7384-PB  
Dr. Océlio Queiroga Cortaxo Filho - CRM 5056-PB  
Dr. Pedro Guedes Pereira - CRM 5033-PB

**MAGNETOM SAMARITANO**  
Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450  
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2988

**MAGNETOM PRAIA**  
Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101  
Tel.: (83) 3247-3111  
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br





# MAGNETOM

- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinais de lesão neural traumática acometendo as raízes do plexo braquial esquerdo de C5 a T1, destacando-se atividade inflamatória nestas estruturas neurais e dos planos musculares e adiposos regionais.

DR. Carlos Ferreira Neto II  
CRM - 5962 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II • CRM 5962-PB  
Dr. Henrique Queiroga Cortazo • CRM 4146-PB  
Dr. Italo Miranda Pereira • CRM 5506-PB  
Dr. Marílio Mendes Cortazo • CRM 2044-PB  
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues • CRM 7884-PB  
Dr. Océlio Queiroga Cortazo Filho • CRM 5056-PB  
Dr. Pedro Guedes Pereira • CRM 5033-PB

João Pessoa, 31 de Outubro de 2018

### MAGNETOM SAMARITANO

Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450  
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2988

### MAGNETOM PRAIA

Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101  
Tel.: (83) 3247-3111  
[www.magnetom.com.br](http://www.magnetom.com.br) • Email: [magnetom@magnetom.com.br](mailto:magnetom@magnetom.com.br)



## Relatório de Eletroneuromiografia

**Paciente:** RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA, 44 anos

**Data:** quarta-feira, 31 de outubro de 2018

**INSTITUTO PARAIBANO DO CÉREBRO**

AV. AMAZONAS, 187- BAIRRO DOS ESTADOS - JOÃO PESSOA - PB - FONE: (83) 999485408

**Médico Solicitante:** DR. FERNANDO HENRIQUE

APARELHO NEURO-MEP MICRO

### História Clínica:

ACIDENTE DE AUTOMÓVEL EM 04.10.2018 (CAPOTAMENTO); SOFREU FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, CLAVÍCULA E COSTELAS; DESDE ENTÃO, MONOPLÉGIA EM BRAÇO ESQUERDO.

### ACHADOS RELEVANTES: EXAME REALIZADO EM MEMBROS SUPERIORES

#### **ESTUDO DE CONDUÇÃO MOTORA**

O NERVO MEDIANO DIREITO DEMONSTROU ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL PROLONGADA, AMPLITUDE E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO ABDUTOR CURTO DO POLEGAR, ESTÍMULOS EM PUNHO E COTOVELO; O NERVO MEDIANO ESQUERDO NÃO DEMONSTROU RESPOSTA;

O NERVO ULNAR DIREITO DEMONSTROU ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL, AMPLITUDE E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO ABDUTOR DO DEDO MÍNIMO, ESTÍMULOS EM PUNHO, ABAIXO E ACIMA DO COTOVELO; O NERVO ULNAR ESQUERDO NÃO DEMONSTROU RESPOSTA DETECTÁVEL;

OS NERVOS MÚSCULO-CUTÂNEO E AXILAR DIREITOS DEMONSTRARAM ONDA M COM AMPLITUDE, LATÊNCIA DISTAL DENTRO DA NORMALIDADE; A ESQUERDA NÃO EVIDENCIARAM RESPOSTA DETECTÁVEL;

#### **ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA**

OS NERVOS MEDIANO NO II, III DEDOS NERVOS ULNAR NO V DEDO, RADIAL SUPERFICIAL SENSITIVO E CUTÂNEO-LATERAL DO ANTEBRAÇO A DIREITA DEMONSTRARAM PICOS DE LATÊNCIA E AMPLITUDES NORMAIS;

EVIDENCIADO AMPLITUDE REDUZIDA DOS NERVOS MEDIANO NO II, III DEDOS E RADIAL SUPERFICIAL A ESQUERDA; NÃO SE DETECTOU RESPOSTA DO NERVO ULNAR NO V DEDO A ESQUERDA;

#### **ELETROMIOGRAFIA COM USO DE AGULHA MONOPOLAR DESCARTÁVEL**

O EXAME DE AGULHA REVELOU ATIVIDADE DE INSERÇÃO NORMAL, COM INTENSA ATIVIDADE ESPONTÂNEA (FIBRILAÇÕES E ONDAS AGUDAS POSITIVAS) DURANTE O REPOUSO NOS MÚSCULOS A ESQUERDA DELTOÍDE (C5, C6- NERVO AXILAR, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO POSTERIOR), BÍCEPS BRAQUIAL (C5, C6- NERVO MÚSCULO CUTÂNEO, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO LATERAL), PRONADOR REDONDO (C6, C7- NERVO MEDIANO, CORDÃO LATERAL E MEDIAL, TRONCOS SUPERIOR E MÉDIO), ABDUTOR LONGO DO POLEGAR (C7, C8- NERVO RADIAL, TRONCOS MÉDIO E INFERIOR, CORDÃO POSTERIOR); SILÊNCIO ELÉTRICO NO MÚSCULO I INTERÓSSIO DORSAL (C8, T1- NERVO ULNAR, C8, T1- NERVO ULNAR, TRONCO INFERIOR, CORDÃO MEDIAL), INFRAESPINHOSO (C5, C6- NERVO SUPRAESCAPULAR, TRONCO SUPERIOR). NÃO REGISTRADO POTENCIAIS DE UNIDADE MOTORA NOS MÚSCULOS ACIMA AVALIADOS.

CONTINUA...

RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

1



**CONCLUSÃO:**

ESTUDO REALIZADO COM 28 DIAS DE TRAUMA, EVIDENCIADO SINAIS DE DESNERVAÇÃO EM ATIVIDADE NOS MÚSCULOS A ESQUERDA DELTÓIDE (C5, C6- NERVO AXILAR, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO POSTERIOR), BÍCEPS BRAQUIAL (C5,C6-NERVO MÚSCULO-CUTÂNEO, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO LATERAL), PRONADOR REDONDO (C6,C7-NERVO MEDIANO, CORDÃO LATERAL E MEDIAL, TRONCOS SUPERIOR E MÉDIO), ABDUTOR LONGO DO POLEGAR (C7,C8- NERVO RADIAL, TRONCOS MÉDIO E INFERIOR, CORDÃO POSTERIOR), DENOTANDO PLEXOPATIA BRAQUIAL A ESQUERDA, COM COMPROMETIMENTO DE TRONCOS SUPERIOR, MÉDIO E INFERIOR, COM DESNERVAÇÃO EM ATIVIDADE, COM CARACTERÍSTICAS PRÉ E PÓS GANGLIONAR.

**COMENTÁRIOS:**

NÃO EVIDENCIADO AINDA ATIVIDADE DE DESNERVAÇÃO EM MIÓTOMOS DE C8, T1 (MÃO); ENTRETANTO, PELO TEMPO DE TRAUMA AINDA NÃO SE PODE AFIRMAR AUSÊNCIA DE COMPROMETIMENTO AXONAL

  
DR. RICARDO CARVALHO

NEUROCIRURGIA / NEUROFISIOLOGIA

CRM 6628

RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA

2





Paciente: RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA  
Nº do Paciente: P-201810040517  
Data de Nascimento: 20/12/1973  
Data do Exame: 04/10/2018  
Procedência: Paciente Interno  
Sexo: M

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DE TÓRAX

### INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação.

### TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### RESULTADO:

Múltiplas fraturas de arcos costais posteriores à esquerda.

Consolidação no lobo inferior esquerdo, inespecífica, podendo corresponder a contusão pulmonar / área de hemorragia intraparenquimatosa.

Pequeno derrame pleural bilateral, pouco maior à esquerda, e pequeno derrame pleural loculado no ápice esquerdo.

Traqueia centrada e de calibre usual.

Brônquios fontes sem alterações detectáveis.

Não há evidências de linfonodomegalia ou massas mediastinais.

Ausência de derrame pericárdico.

Imagens obtidas no abdomen superior sem alterações.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Nêiva, s/n / Centro - Catole do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





## CONCLUSÃO:

Múltiplas fraturas de arcos costais posteriores à esquerda.

Consolidação no lobo inferior esquerdo, inespecífica, podendo corresponder a contusão pulmonar / área de hemorragia intraparenquimatosa.

Pequeno derrame pleural bilateral, pouco maior à esquerda, e pequeno derrame pleural loculado no ápice esquerdo.

*Saulo C. de Carvalho*

Assinado Eletronicamente por: Dr. Saulo Carvalho CRM 8078-RN | Médico-radiologista RQE 2723-RN através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 04/10/2018 16:07:43 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/odontista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/odontista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catalão do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 LABORATÓRIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
 1643364700

**PROVEDOR PLASTIFICAR**  
 1643364700

**NOME**  
 RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

**SOCIEDADE / CDD / ENDERÇO**  
 1351219 SSP RN

**CPF**  
 852.074.034-00

**DATA NASCIMENTO**  
 20/12/1973

**FUNÇÃO**  
 JOSE JOAO DA SILVA  
 TEREZINHA DOS SANTOS  
 MEDICOS

**TERREÇA**  
 ACC CATAR

**HP REGISTRO**  
 02500041594

**ARREDE**  
 11/05/2021

**1ª NABILTAÇÃO**  
 05/09/1992

**ASSINATURAS**  
 A :  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
 JOAO PESSOA, PB

**DATA EMISSÃO**  
 16/05/2018

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
 50756500288  
 PB036780936

**PARAIBA**

12393881279



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.264.265 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/10/2013

NOME CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

FILIAÇÃO FRANCISCO BATISTA DE QUEIROGA MARIA ERVANIA DE QUEIROGA

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 24/04/1979

DOO ORGEM CERT. CAS. Nº11923 - LIV.8-32 - FLS.243V - CARTORIO POMBAL-PB

CNP 030.823.874-29

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA GERAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235





Carlos Evandro Rabelo de Queiroga

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



[illegible]



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190303896 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA TORÁCICO.  
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.  
FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO RÁDIO ESQUERDO. (P.1)  
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**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          |
| Total   |  |  | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190303896 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA TORÁCICO.  
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.  
FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO RÁDIO ESQUERDO. (P.1)  
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**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          |
| Total   |  |  | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, comerciante, portado da cédula de Identidade de nº. 1361219 SSP/RN, e CPF de nº 852.074.03400, residente e domiciliado a Rua Pe. Amâncio Leite, 346, Centro, Pombal – PB.

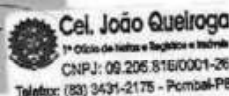
**Outorgado:** CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA, brasileiro, casado, RG. 2.264.265 SSP/PB, CPF. 030.823.674-29, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 21.101, seccional da Paraíba, com endereço profissional na Rua Miguel Alves da Silva, 606, Petrópolis, Pombal – PB.

**Confere poderes:** Para o foro em geral, com a cláusula ad judicia – “et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, qualquer instância administrativa ou judicial, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, **poderes especiais** para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, e apresentar documentos referentes ao sinistro, ocorrido no dia 03/10/2018, as 23h30min, em um veículo Renault Duster, 2013/2014, de placa PGP-8350, requerer indenização por invalidez permanente, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs. É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pombal – PB 08/02/2019



*Ronaldo Jose dos Santos Silva*



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148151/19

**Vítima:** RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 852.074.034-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/10/2018

**Titular do CPF:** RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

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

### 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

#### CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA : 030.823.674-29

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

#### RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA : 852.074.034-00

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](http://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: 03/05/2019  
Nome: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA  
CPF: 852.074.034-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019  
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES  
CPF: 026.874.120-40

RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

JULIANE CAMPOS RODRIGUES





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148151/19

Número do Sinistro: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

CPF: 852.074.034-00

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

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA : 852.074.034-00**

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](http://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: 31/05/2019  
Nome: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA  
CPF: 030.823.674-29

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019  
Nome: CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA  
CPF: 719.562.550-87

CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA

