



Número: **0801801-36.2019.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **19/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.050,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31399226	09/06/2020 12:14	2724802_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280997

Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

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,

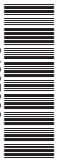
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14211968

Pag. 01345/01346 - carta_01 - INVALIDEZ

00020673





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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280997

Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000040929-6**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3190280997
JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190280997**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01549/01550 - carta_09 - INVALIDEZ

00050775



Carta nº 14460857



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 ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

492.099.178-98

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

CPF:

492.099.178-98

Profissão:

OPERADOR DE MAQUINAS

Endereço:

RUA PROJETADA

Número:

SIN

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Cidade:

PAULISTA

Estado:

PARAIBA

CEP:

58.860-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 99974 6322

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0732

CONTA:

40929-6

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, PAULISTA-PA, 12.04.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wanderley Junior
Assinatura

2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

CPF: 059.842.774-09

Mayara Monique Queiroga Wanderley
Assinatura

(*) 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.

001/2018

17 ABR 2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0271/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **20/12/2018** hora: **07:30 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento: ,
, filho(a) de e de , endereço: ***** ,
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **ANDERSON FONTES CAMPOS**

Vítima: **JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA**, alcunha " ",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, idade: 22
anos, nascido em 25/12/1996, cor/raça: *****, Estado Civil:
Solteiro, Profissão: operador de máquinas, Escolaridade:
fundamental, documento: CPF 492.099.178-98, filiação: Janio
Rodrigues de Oliveira e de Vanilda Venancio de Oliveira, endereço:
Rua Projetada, Sn, Centro, Paulista-PB, referência: próximo ao
colégio José Jerônimo e a creche. Tel/Cel:(83) 99886-0183;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 20/12/2018
por volta das 07:30 hrs a vítima conduzia a moto Honda Biz 110i,
2016/2016, vermelha, chassi 9C2JC7000GR209693, placa QFQ-6656
licenciada em nome de Vanessa Venancio de Oliveira Ramalho, quando
trafegava por uma rua do centro da cidade de Paulista-PB em um
cruzamento foi desviar de um cachorro e acabou colidindo em uma
árvore; Que em virtude do acidente a vítima sofreu uma colisão no
pé esquerdo; Que após receber atendimento no hospital de Paulista,
foi encaminhado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro em
Patos; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais
a consignar.

São Bento-PB, 29 de março de 2019. Às 09:57 horas.

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada


Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

POLÍCIA DELEGADO

17 ABR 2019



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 ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

492.099.178-98

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

CPF:

492.099.178-98

Profissão:

OPERADOR DE MAQUINAS

Endereço:

RUA PROJETADA

Número:

SIN

Complemento:

Bairro:

CENTRO

Cidade:

PAULISTA

Estado:

PANAIBA

CEP:

58.860-000

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 99774 6322

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0732

CONTA:

40929-6

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vivos:

Falecidos:

nascituro (vai nascer)?

pais/avós vivos?

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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

PAULISTA-PA, 12.04.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wanderley Junior

Assinatura

2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

CPF: 059.842.774-09

Mayara Monique Queiroga Wanderley

Assinatura

(*) 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.

001/2018

17 ABR 2019



17 ABR 2019



1004
Pular internamente



Prefeitura Municipal de Paulista - PB
Secretaria Municipal de Saúde

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente Jonas Vinícius de Oliveira

Residente na (o) Rua prof. Teófilo

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Petos

Na Cidade de Petos

MOTIVO

Paciente vítima de celos moto-circulares, sem contusão ou registro de cefaléia ou perda de consciência. Exame físico normal, sem HIE com sinais de edema e hiperreflexia de meninges. RX sem fratura e deslocamento com sinais de fratura em nível distal em 1°, 4° e 5° metacarpo e no registro proximal de alongamento de 1° metacarpo. Contato a Dr. Honorato.

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

A tenciosamente,

Paulista (PB) em, 20/12/19.


Geovane Ribeiro de Brito
Médico
CRM-PB 12000

17 ABR 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: 08/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000040929-6

Nr. da Autenticação 3D03604D5DEB8F30





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71674110

REFERÊNCIA

1AN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA

RUA PROJETADA, SN - CENTRO PAULISTA PB 58860-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Sócio	
185.001.650.0351.000.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V15N331421	04/05/2016	ENTRADA LIVRE	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA			
345	356	11	30	09/02/2019			
HIST. CONS./AMOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
DEZ/2018	9	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2018	6	TURBIDEZ		24	24	24	
OUT/2018	5	CLORO		24	24	24	
SET/2018	3	COL. TERMOT		0	0	0	
AGO/2018	10	COR		10	15	15	
JUL/2018	11	COL. TOTAIS		24	24	24	
MEDIA(M)	7	DADOS REFERENTES A: NOV/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 10/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:43:25

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 H3 - 37,91 POR UNIDADE

10 H3

37,91

11 H3 A 20 V3 - R\$ 4,89 POR H3

1 H3

4,89

ESGOTO

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 11/2018

0,76

JUROS DE MORA 11/2018

0,23

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,06 DTS E CONEINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/01/2019

Total a Pagar:

R\$ 43,79



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO

DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO.

LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARI

RE - NA DATA 18/01/2019 ÀS 14:00H.

17 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 12:14:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912143153900000030120959>

Número do documento: 20060912143153900000030120959

Num. 31399226 - Pág. 10



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY
RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO -
PKTROPOLIS POMBAI. PB 58840-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.115.0005.000		000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y17K649254	23/01/2018	EXT LACR	LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
133		140	7	30	07/03/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
JAN/2019	6	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES					
DEZ/2018	12	TURBIDEZ		46	46	46	
NOV/2018	11	CLORO		46	46	46	
OUT/2018	9	COL. TERMOT		0	0	0	
SET/2018	11	COR		10	46	42	
AGO/2018	22	COL. TOTAIS		46	46	46	
MEDIA(M)	11	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 09/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 07:34:58

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	67,65
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,26 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 22/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 67,65



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2019	22/02/2019	R\$ 67,65

DEBITO AUTOMATICO

17 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 12:14:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912143153900000030120959>

Número do documento: 20060912143153900000030120959

Num. 31399226 - Pág. 11

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JAQUES NAMOS WANDENGEY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178/98

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178-98 /, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARANÁ</u>
E-mail: <u>JAQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 999746322</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 12.04.2019

Jaques Namos Wandengey

Assinatura do Declarante



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDENCEY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178 / 98

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178-98 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: <u>JACQUES.ADV@GOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 999746322</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 12.04.2019

Jacques Ramos Wandencey

Assinatura do Declarante

26 ABR. 2019



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA		Número 284
Complemento CASA		
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais)
	115.190,01
IMPOSTO DEVIDO	16.637,48
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	14.821,36
IMPOSTO A PAGAR	
GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2018)	
NÚMERO DE QUOTAS	1
VALOR DA QUOTA	14.821,36

26 ABR. 2019

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 29/04/2018 às 12:43:14
0702617654

0702617654

Página 1 de 2



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **Vanessa Venancio de Oliveira Ramalho**, RG nº 55.326.797-8, data de expedição 29/03/2011, Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 106.812.084-30, com domicílio na cidade de Paulista, CEP: 58.860-000, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Projetada, nº s/n, centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **Janio Venancio de Oliveira**, cujo o condutor era **Janio Venancio de Oliveira**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ

Ano: 2016

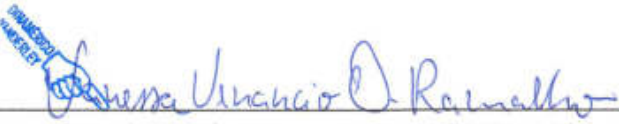
Cor: VERMELHA

Placa: QFQ 6656/PB

Chassi: 9C2JC7000GR209693

Data do Acidente: 20 / 12 / 2018

Local e Data: PATOS - PB, 04 / 04 / 2019


Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

DINAMÉRICO WANDERLEY SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL Rua. RAYVANT NUNES DE WANDERLEY, 244 - CENTRO Patos - PB	Dr. Tullio Torres, 174 - Centro CEP 58160-020 - Patos - Paraíba Tel: (33) 3421-2735 Fax: (33) 3421-6020
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de: VANESSA VENANCIO DE OLIVEIRA RAMALHO	
Em test.da verdade. Patos-PB 05/04/2019 11:17:15 ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE [2019-007035]EML:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,00 SELO DIGITAL: ATR15105-PW31	
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br	



17 ABR 2019



1004
Pêlo internamento



Prefeitura Municipal de Paulista - PB
Secretaria Municipal de Saúde

ENCAMINHAMENTO

Encaminhado o paciente Jonas Vinícius de Oliveira

Residente na (o) Rua profeta

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Petos

Na Cidade de Petos

MOTIVO

Paciente vítima de celos meta-cervical, sem contusão ou registro de trauma
ou perda de consciência. Exame físico, com ME com sinais de edema + diplopia
idade de manifestar. RX sem fratura e deslocamento com sinais de fratura em
dorso distal com 1°, 4° e 5° metatarsos e um registro proximal de alongamento de 1° metatarsiano
Contato a Dr. Honorato

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

A tenciosamente,

Paulista (PB) em, 20/12/19


Geovane Ribeiro de Brito
Médico
CRM-PB 12000

17 ABR 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	28/12/2018	HORA	15:24
OCCORRÊNCIA	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA		IDADE 21a 11m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO II	JANIO RODRIGUES DE OLIVEIRA		
CIDADE	PAULISTA	PB	58860880
ENDEREÇO	RUA PROJETADA SN		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	PAULISTA		
TELEFONE	8398880850	CELULAR	
C.N.S.	898081463901581	IDENTIDADE	55.328.345-5
C.P.F.	492.099.178-98	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/12/1996	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	SERVICO GERAL

RESPONSÁVEL JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA Ass. Resp./Paciente *Venancio de Oliveira*

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

Trat. 3º, 4º e 5º MTO e Hetero ©

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

Idm

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Idm*

DIAGNÓSTICO *Trat. de pi (Metastase)*

CID

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data *27.02.19* Hora ____ H ____ Min

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

Leonardo Monteiro
CRM 1522 - 1929 12.151

17 ABR 2019

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	20/12/2018	HCRA	15:24
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO	OPERADOR	KGONES
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	IDADE	21a 11m

RESUMO CLÍNICO:

Janio Venancio de Oliveira
Travessa na Pó - 1º Estádio
de Mafra

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PATIENTE DE MAFRA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Regulagem, F-1000 de 5: MT7
Regulagem de 3: 1 4: MT7

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

NENHUMA

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Retorno Ambulatorial
- Uso de Medicamentos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 20 DE Dezembro DE 2018

MÉDICO/CRM

17 ABR 2019



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
NOME	Jânio Verônica de Oliveira				
SEXO	F	IDADE	21	ESPORTE	1372 b
ENDEREÇO	Rua Fátima, 100 (F)				
CIDADE	Recife	CEP	50000	DATA	22/12/2018
PROFISSIONAL	Dr. Tássio	ASSISTENTE	Dr. Tássio	DATA	16/10/18
PROFISSIONAL	Dr. Tássio	ASSISTENTE	Dr. Tássio	DATA	16/10/18

GOVERNO DA PARÁIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

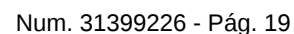
HOSPITAL REGIONAL
DE JUCATÁ - CARUÍTO



HOSPITAL REGIONAL
DEP. JACINTO CARNERO

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Inst. umetador		Equipo p/ core e sangue
	TX. Capnógrafo		Séalo 3/0/4
	TX. Bomba de Infusão		Levas Est. p/ Procedimentos
X	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
X	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação B. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Selo		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos de est.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Triclenbutol		Atadura Gessada 10cm
	Quelidín		Sonda Uretral
	Pavutan		Sonda Nasogástrica
	Domínid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Drenoovacase
	Xilostatin a 5%		Dreno Sucção
	Insulin		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espandrapo
	Etidimidate		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovina 0,5%		PVPi Vinura
	Dimorf		Gaseq
	Lansox 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Janocin		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Cetil
	Diazepam		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 x/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eferil		Fio Cromado 1 x/ agulha
	Cefalotina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dizal		Fio Cromado 2-0 x/ agulha
	Pireli		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirons		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Espirin 6000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilast		Cat-gut simples 2-0 x/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotte 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 x/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 x/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 x/ agulha		Prolene 3-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

17 APR 2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Junio Vinicio</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>12/12/18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Sérgio</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Leonardo</u>	
Anestesiista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura de Metacarpo 3: 4: 15...</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Redução + Fixação</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1) Incisão em D
2) exposição - curiósse
3) exposição do corpo
4) incisão lateral dorsal em m (E)
5) observação campo de S: MIT. Gl. Det. via
6) Redução + Fixação
7) observação redução de osso
8) Feridas sob inspeção

17 ABR 2019



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a)

Jaime Adriano de Almeida

portador(a) da identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às _____ h _____, portador(a) da patologia CID-10

S923

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (60) dias, a
partir desta data.

Patos, 22.06.19

Stênio Guy W. Araújo

CRM 1325 - CBO 223146

OBSTETRA GINECOLOGIA

Assinatura do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

autorizo o(a) Dr.(a) _____

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tensão neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n - Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone: 83 3423.2741

17 ABR 2019



Hospital Regional de Patos - RX

000000120643

05 %

El: 1016: 000000120643

05 %

El: 1016



P4: Ap

27/04/2018 16:00:51

de Celique

22/04/2018 16:00:08

000000000574

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA, *25/Dec/1996

RUA HORACIO NOBREGA, S/N - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - BELO HORIZONTE - PATOS (PR)



17 ABR 2019





Paciente: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA
Nº do Paciente: PB180251296
Data de Nascimento: 25/12/1996
Data do Exame: 12/04/2019
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PÉ ESQUERDO AP/PERFIL/OBL

RELATÓRIO:

Discreta lateralização da cabeça do terceiro metatarso, em relação ao eixo de seu corpo, com tênue área de maior radiodensidade na transição da cabeça com o corpo.

Alteração morfológica, com discretas irregularidades dos contornos e formações osteohipertróficas e que se projeta medialmente na transição da cabeça com o corpo do quarto metatarso, com discreta esclerose óssea e pequeno desvio lateral da cabeça em relação ao eixo do corpo.

Irregularidade dos contornos ósseos, mais pronunciados, são observadas no segmento distal do quinto metatarso, com maior comprometimento da sua cabeça, com áreas de maior radiodensidade entremeadas por pequenas áreas luscentes, com formações osteohipertróficas, que se projetam notadamente em sua face lateral.

Pequena imagem ossificada, ovalada, projetada na face medial da articulação metatarso-falangiana do primeiro dedo, de limites definidos e contornos regulares.

Pequena formação osteohipertrófica nas porções mais proximais e mediais do cuneiforme medial.

Demais estruturas ósseas preservadas, com morfologia e densidade habitual.

Espaços e relações articulares estão mantidos.

Demais partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Balak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 12/04/2019 10:03:54 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. Esta 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 - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114

17 ABR 2019



JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E



17 ABR 2019

3cm

17 ABR 2019

C 1420
L 3917



E



C 1132
L 4013



JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E





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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280997

Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000040929-6

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 retomar 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

14 JUN 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 12:14:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912143153900000030120959>

Número do documento: 20060912143153900000030120959

Num. 31399226 - Pág. 27



Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE: 5521
CRM-PB: 9251 / CRM-RN: 9800

LAUDO MÉDICO

Atesto para fins de perícia médica que o paciente Sr. **JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA**, é portador de sequela de fraturas múltiplas do pé esquerdo (colo dos 3º, 4º e 5º metatarsos e fratura de falange proximal do hálux esquerdo), devido a acidente de trânsito (queda de moto) em 20/12/2018. Com queixa de dor importante em pé esquerdo. O paciente foi submetido a intervenção cirúrgica no dia 22/12/2018 para redução e fixação de fratura. Ao exame: Ferida operatória na região dorsolateral sobre o 5º metatarso do pé esquerdo cicatrizada, deambulação antálgica, edema em pé esquerdo além de limitação de dorsiflexão e flexão plantar de tornozelo esquerdo, limitação e dor a mobilização de artelhos do pé esquerdo. Radiografia do pé esquerdo: fraturas supracitadas consolidadas. Alta da ortopedia.

CID 10: S 92.7 / M 25.5 / M 25.6

Pombal, em 26 de maio de 2019.

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9251 PB

MÉDICO

Clinica Santa Cecília - R. Cel. João Carneiro, 368 - Centro, Pombal - tel: (83) 3431-2020 / 99989-0097

14 JUN 2019



1004
Pular internamente



Prefeitura Municipal de Paulista - PB
Secretaria Municipal de Saúde

ENCAMINHAMENTO

Encaminhado o paciente Jonas Vinícius de Oliveira

Residente na (o) Rua prof. Teófilo

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Petos

Na Cidade de Petos

MOTIVO

Paciente vítima de celos meta-cervicais, sem contusão ou registro de trauma
ou perda de consciência. Exame físico normal, sem HIE com sinais de edema + diplopia
classe de movimentar. RX sem fratura e deslocamento com sinais de fratura em
dorso distal sem 1°, 2° e 3° metatarsos e no registro proximal de alongamento de 1° metatarsiano
Contato a Dr. Honorato

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

A tenciosamente,

Paulista (PB) em, 20/12/19

Geovane Ribeiro de Brito
Médico
CRM-PB 12000

17 ABR 2019



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	28/12/2018	HORA	15:24
OCCORRÊNCIA	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO		
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	IDADE	21a 11m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO II	JANIO RODRIGUES DE OLIVEIRA		
CIDADE	PAULISTA	PB	58860880
ENDEREÇO	RUA PROJETADA SN		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	PAULISTA		
TELEFONE	8308880850	CELULAR	
C.N.S.	898081463901581	IDENTIDADE	55.328.345-5
C.P.F.	492.099.178-98	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/12/1996	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	SERVICO GERAL

RESPONSÁVEL JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA Ass. Resp./Paciente *Venancio de Oliveira*

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

Trat. 3º, 4º e 5º MTO e Hetero ©

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

Idm

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Idm*

DIAGNÓSTICO *Trat. de pi (Metastase)*

CID

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data *27.02.19* Hora ____ H ____ Min

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. Leonardo Monteiro
CRM 1522 - 1929 12.151

17 ABR 2019

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	20/12/2018	HCRA	15:24
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO	OPERADOR	KGONES
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	IDADE	21a 11m

RESUMO CLÍNICO:

Janio Venancio de Oliveira
Travessa na Pó - 1º Estádio
de Mafra

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PATIENTE DE MAFRA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Regulagem, F-1000 de 5: MT7
Regulagem de 3: 1 4: MT7

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

NENHUMA

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Retorno Ambulatorial
- Uso de Medicamentos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 20 DE Dezembro DE 2018

MÉDICO/CRM

17 ABR 2019



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Júlio Veríssimo de Oliveira

DATA: 21/12/2018 HORA: 13:30

LOCAL: 21 REGISTRO: 13326

PROFESSOR: Dr. Fábio ANESTESISTA: Dr. Fábio

DATA: 21/12/2018 HORA: 16:10 PR: -

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL
DEP. JUCYARY CARNEIRO

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Insuficiência		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Saco 500 ml
	TX. Bomba de Infusão		Levas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação G. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Nocodol		Atadura da Crepom 10cm
	Holotano		Atadura da Crepom 20cm
	Triclenbutol		Atadura Oesofágica 10cm
	Quelich		Sonda Uretral
	Povidon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfônico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Pacrose
	Xiloprestin a 5%		Dreno Sucção
	Idoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espandrapo
	Etidimidato		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanesat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Isomax		Algodão Ortopédico
	Forone		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Passilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eferol		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Cefalotina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixal		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Pirell		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Esparin 6000 VI		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Tilant		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut 2-0 p/ amiodolotomia
	Abbotat 20 e 22		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha

17 ABR 2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Junio Vinicio</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>12/12/18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Sérgio</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Leonardo</u>	
Anestesiista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura de Metacarpo 3: 4: 15...</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Redução + Fixação</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais
1) Incisão em D
2) exposição - curiósse
3) exposição do corpo
4) marca lateral dorsal em m (E)
5) observação campo de S: MIT. Gl. Det. via subluxação
6) redução + fixação
7) observação redução de dedos
8) fraturas sob inspeção

17 ABR 2019



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a)

Jaime Viana da Silva

portador(a) da identidade RG _____

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de
hoje, às _____ h _____, portador(a) da patologia CID-10

S923

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades
laborativas por um período de (60) dias, a
partir desta data.

Patos, 22.06.19

Stênio Guy W. Araújo

CRM 1325 - CBO 223146

OBSTETRA GINECOLOGIA

Assinatura do Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

autorizo o(a) Dr.(a) _____

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-
tensão neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB
Fone: 83 3423.2741

17 ABR 2019



Hospital Regional de Patos - RX

000000120643

05 %

El: 1016: 000000120643

05 %

El: 1016



P4, Ap

27/04/2018 16:00:51

22/04/2018 16:00:08

000000000574

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA, *25/Dec/1996

RUA HORACIO NOBREGA, S/N - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - BELO HORIZONTE - PATOS (PR)



17 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 12:14:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912143153900000030120959>

Número do documento: 20060912143153900000030120959



Paciente: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA
Nº do Paciente: PB180251296
Data de Nascimento: 25/12/1996
Data do Exame: 12/04/2019
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PÉ ESQUERDO AP/PERFIL/OBL

RELATÓRIO:

Discreta lateralização da cabeça do terceiro metatarso, em relação ao eixo de seu corpo, com tênue área de maior radiodensidade na transição da cabeça com o corpo.

Alteração morfológica, com discretas irregularidades dos contornos e formações osteohipertróficas e que se projeta medialmente na transição da cabeça com o corpo do quarto metatarso, com discreta esclerose óssea e pequeno desvio lateral da cabeça em relação ao eixo do corpo.

Irregularidade dos contornos ósseos, mais pronunciados, são observadas no segmento distal do quinto metatarso, com maior comprometimento da sua cabeça, com áreas de maior radiodensidade entremeadas por pequenas áreas luscentes, com formações osteohipertróficas, que se projetam notadamente em sua face lateral.

Pequena imagem ossificada, ovalada, projetada na face medial da articulação metatarso-falangiana do primeiro dedo, de limites definidos e contornos regulares.

Pequena formação osteohipertrófica nas porções mais proximais e mediais do cuneiforme medial.

Demais estruturas ósseas preservadas, com morfologia e densidade habitual.

Espaços e relações articulares estão mantidos.

Demais partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Balak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 12/04/2019 10:03:54 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. Esta 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 - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114

17 ABR 2019



JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

E



17 ABR 2019

3 cm

17 ABR 2019

C 1420
L 3917



E



C 1132
L 4013



E





17 ABR 2019





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DOO ORDEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28
CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO DIRIGENTE
LEIANE Z.118 DE S. CARLOS

17 ABR 2019





17 ABR 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

LAACRE 0044223550

Nº 014797592296

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM 2019041144 EXERCÍCIO
1 0110438771-6 00/00000000 2019

Nome VANESSA VENANCIO DE O RAMALHO

CPE / CNPJ 10681208430 PLACA QFQ6656/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2JC7000GR209693

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APPLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / BIZ 1101 ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

CAP / POT / CL 2 P/109 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 1 VENC. COTA UNICA 00/00/0000 1ª VENC / COTAS 3ª
P FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª
V ***** 0 3ª
A ***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 28/02/2019

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DATOS - PB LOCAL DATA 28/02/2019

36838



41033

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

PB Nº 014797592296 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 28/02/2019

VIA 1 10681208430 CPE / CNPJ PLACA QFQ6656/PB

RENAVAM 1104387716 MARCA / MODELO HONDA / BIZ 1101

ANO FAB 2016 COT. TARIF. 9 CHASSI 9C2JC7000GR209693

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) *****
DENATRAN (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) SEGURO P A G O

COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04

41033-1619353-20190228



17 ABR 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 07

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



17 APR 2019





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

71825665

N.º OSP
19511758

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

AMINTAS DANTAS W JUNIOR
RUA SANCHI QUEIROGA ALENCAR, S/N - L ANDAR -
JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.002.155.0307.000	(000)	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N/469919	17/01/2017	EXT LACRE	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
OUT/2018	22/10/2018	37,91			

EMIÇÃO: 10/12/2018 Total a Pagar: R\$ 37,91

	MATRÍCULA	N.º OSP	EMIÇÃO	TOTAL A PAGAR
	71825665	19511758	10/12/2018	R\$ 37,91
826400000000 4 37910010112 8 07182566501 2 95117581215 9				

17 ABR 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
PARTILHA NACIONAL DE VEÍCULOS

NOME: **MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**

DOC. IDENTIFIC. / CDS. EMISSOR: **3141039 SSP PB**

CPF: **059.842.774-09** DATA NASCIMENTO: **12/06/1988**

Função: **ISAÍAS QUEIROGA SOBRINHO JUSSARA PEREIRA NUNES QUEIROGA**

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
629555924

VALIDADE: **04/09/2020** 1ª EMISSÃO: **03/09/2017** 2ª EMISSÃO: **20/09/2007**

ASSINATURA: *Mayara Monique Wanderley*

ADMINISTRADOR DO VEÍCULO

LOCAL: **PORECAL, PB** DATA EMISSÃO: **11/09/2012**

ASSINATURA: *Rodrigo Correia/ho* 78396152013 PB024787868

DETRAN - PB (PARAIBA)

PRIMEIRO PLACIFICAR
629555924

17 ABR 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 07

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

