

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA
NOV/2018

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY
RUA BIRI-ECO DA SERRA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO -
PETROPÓLIS POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.064.115.0005.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto	
N.176643254	23/01/2018	EXCELENTE		POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)	TEMPO DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
104	115	11	32	08/12/2018		
0017/2018	0017/2018	1.111	1. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			
0017/2018	0017/2018	9	PARAMÉTROS EXIG.	ANALIS.		
SET/2018	11	TURBIDEZ	46	46	46	
AGO/2018	22	CLORO	46	46	46	
JUL/2018	20	COL.TERROT	0	0	0	
JUN/2018	11	COR	36	36	36	
MAR/2018	9	COL.TOTALS	46	46	46	
MÉDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A SET/2018				

DATA DA LEITURA: 09/11/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 07:30:27
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA	
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	
AT: 10 m ³ - R\$ 6,65 POR UNIDADE	10 m ³ 67,65
ACIMA DE 10 m ³ - R\$ 11,72 POR m ³	1 m ³ 11,72
ESGOTO	
VALOR APRECIADO DE FRETOS: R\$ 0,00	
VENCIMENTO: 23/11/2018	Total a Pagar: R\$ 79,37

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	CAGEPA CONDIÇÃO DE FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:		
"QUANDO A INFANIA É PERDIDA, NÃO TEU JOGO GANHOU!"		



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	NOV/2018	23/11/2018	R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS VANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.946.134 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DE FÁTIMA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.647.054 / 59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DE FÁTIMA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 090.647.054 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:
IMPOSTO SOBRE A RENDA

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 BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>		<u>219</u>	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>		<u>PARAIBA</u>	<u>58940 -000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>JACQUES . ADV @ AOL . COM . BR</u>	<u>(83) 99974-6322</u>	<u>(55) 9 8148-8766</u>	

POMBAL - PB, 10 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

18 DEZ. 2018

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 estabeleça a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDENCEY

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

MANIA DE FATIMA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054-59,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANIA DE FATIMA SANTOS,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054-59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 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 BCL FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCANITONIO</u>
Bairro:	<u>PETRÓPOLIS</u>	Cidade:	<u>POMBAL</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>JACQUES-ADV@BOL.COM.BR</u>			CEP:	<u>58.840-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(83) 999746322</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 15.07.2019

Jacques Wandencey

Assinatura do Declarante

16 JUL 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	

(Valores em Reais)

164.613,84

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.228,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR	
GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00

CONFIDENCIAL

PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)

NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 25/04/2019 às 15:55:26
2505058096

16 JUL 2019

Pombal-PB, 24 de OUTUBRO de 2018

DECLARAÇÃO

Eu, Edson Lira do Prado, brasileiro, casado, Coordenador Geral da Base do SAMU da cidade de Pombal, COREN-PB 317.165, venho declarar através deste que no dia 02/09/2018, o SAMU da cidade de Pombal prestou atendimento a cidadã de nome MARIA DE FATIMA SANTOS, nascida no dia 14/03/1979, de RG 2.027.280, de filiação de JOSEFA MARIA DOS SANTOS. Declaro ainda que por equívoco e por a paciente não se encontrar com seus documentos pessoais a equipe do SAMU plantonista no dia supracitado do atendimento, não preencheu de forma adequada os dados do paciente, não preenchendo o campo da ficha que identifica o nome do paciente. A Coordenação procurada pela vítima, admite a falta do preenchimento e declara que realmente prestou atendimento a paciente MARIA DE FATIMA SANTOS onde prestaram atendimento e a conduziram para o HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL: Enfermeira Andressa Ugulino e Condutor José Dimas.

A Coordenação do SAMU de Pombal fica a disposição para esclarecer quaisquer fatos que por ventura apareça em decorrência do preenchimento da ficha e declara veracidade dos fatos.

Atenciosamente,



EDSON LIRA DO PRADO
COORDENADOR GERAL
Matrícula 1476



1833

Data/Hora 02/09/2018 23:40:24

Ocorrência:

INTERNAMENTO

Servidor do Dr.:

Paciente

MARIA DE FATIMA SANTOS

Daniela - 99930-1200
Sobrinha

Idade: 39 Sexo F

Filiação

Pai:

Mãe:

MARIA JOSEFA DOS SANTOS

Endereço

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: PROJETADA

Bairro: JANDUY CARNEIRO

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

N.: SN

Documentos

CNS: 200-5022-1323-0003

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 14/03/1979

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: DO LAR

Responsável:

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

Praticava atividades de agricultura, veio ao serviço com sudorese, hipotensão e com dor faríngea importante.

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

Exame com diminuição do humor e sono.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

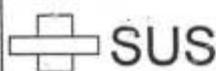
Diagnóstico:

- Tóxico instável.

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____ / _____ / _____

Recepção: BARBARA



Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		2592568
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO
3 - NOME DO PACIENTE MARIA DE FATIMA SANTOS		33158
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 200-5022-1323-0003	6 - DATA DE NASCIMENTO 14/03/1979	7 - SEXO F
8 - RACA / COR PARDA	10 - TELEFONE 34312149	
9 - NOME NA MÃE MARIA JOSEFA DOS SANTOS		11 - NOME DO RESPONSÁVEL
12 - ENDEREÇO PROJETADA		13 - BAIRRO JANDUY CARNEIRO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	<p>Psenteu seu enteado um grande de dor forte, dura do mome tante.</p>		
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<p>Necessidade de internar</p>		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	<p>Exame pos</p>		
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Tonico intestinal	Q93.8		

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - COD. PROCEDIMENTO		
Onenoxia de Tontura	0912040166		
27 - CLÍNICA	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
		() CNS () CPF	009.489.854-62
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC.	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)
		02/09/2018	

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

AUTORIZAÇÃO		
44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL	
() CNS () CPF		
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
/ /		14 JAN 2019

CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Maria de Fátima dos Santos

Filiação: _____

Sexo: F Idade: _____ Cor: Parda

Procedência: Área Arredonda Data 02/09/2018

Intervenção: Drainagem de Tórax

Cirurgião: Dr. Júlio

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

Anestesista: Jn. Andrade

Anestesia: Sedacat

Início da Anestesia: 22:53 Término: _____ Duração: _____

Início da Intervenção: 23:00 Término: _____ Duração: _____

Material

Espécie	Quantidade
Midaclam	01
Ketalar	04
Soro fisiológico	03
Líva estéril	02
Álcool a 70%	30 ml
PUPPI	50 ml
Algodão 2-0 c/ aquela	02
Nylon 2-0	02
Lidocaína 2% 20ml	01
Seringa 10 ml	03
n 5ml	02
Tubo d/ dreno fl.	02
Grude n: 4	01
Dreno de tórax n: 36	01
Lâmina de bidini n: 24	01
Atropina	02
compressa	06
Gaze	05

Manny Oliveira Alves

Enfermeira

COREN-PB: 238.746

Enfermeira 652.0964

Téc. de Enfermagem

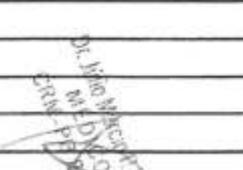
FOLHA DE ANESTESIA

Andar, no a, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias



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



HOSPITAL		Nº PRONTUÁRIO
1. NOME DO PACIENTE	M. de Britto dos Santos	
2. DATA DA OPERAÇÃO	21/9/68	ENF.
3. OPERADOR	Dr. Julio	1º AUXILIAR
4. 2º AUXILIAR		3º AUXILIAR
5. NESTESISTA		INSTRUMENTADOR
6. DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Tó seco, fistula	
7. TIPO DE OPERAÇÃO	Torectomia fechada	
8. DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	Tó seco, fistula	
9. ELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
10. EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
11. ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
1. Pique de círculo dorsal horizontal;		
2. Antíspas;		
3. Incisões intrícos;		
4. Reboçoamento Daeney em tórax.		
 Dr. Julio M. da C. Britto		



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03
NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE
CIDADE: POMBAL

ESTADO: PARAIBA UF: 25

Paciente: **MARIA DE FATIMA SANTOS**

Mae: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

Nascimento: 14/03/1979 Idade: 39 Cor: BRANCA

Sexo: F

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: CONJ NOVO HORIZONTE Num.: SN

Bairro: POPULARES Fone:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101 Identidade: 2027280

CNS: 200-5022-1323-0003 Reg. Nasc.:

CPF: Recepcionista: SANDRA

Data / Hora: 17/09/2018 13:33:19 N Ficha: 74218 N Prontuario: 30111

Atendimento: FRATURA

SPO: _____ FC: _____ HGT: _____ GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS _____

PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exame fisiológico (C)

(fto normal)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

126 Canto das Flores agrol

- | | | |
|---|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO | CARÁTER DO ATENDIMENTO | |
| <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA | | |
| <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA | | |
| <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO | | |
| <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS | | |

PROCEDIMENTO Descrição

Exame fisiológico

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO							
	1. PRESCRITA	2. APlicada	OBSERVAÇÃO	OUTRO HOSPITAL	RESIDÊNCIA	ÓBITO	INTERNAÇÃO	OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -								
2 -								
3 -								

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns

CBO

JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL

Polgar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

14 JAN 2019



Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Pombal-PB

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que
Maria de Fátima Sampaio,
Portador do RG _____, foi submetido à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
Sendo portador da infecção CID-10 S42.2.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades
laborativas por um período de 60 (sementa)
dias, a parti desta data.

Pombal-PB, 02 de 09 de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

Eu, _____ autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou Responsável



18 DEZ. 2018



TRABALHADORMINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

200.50221.32-3

9407283

0040

PB

- Maria de Fátima Santos



18 DEZ. 2018

- MARIA DE FÁTIMA SANTOS
FILIAÇÃO: JOSEFA MARIA DOS SANTOS
NASCIMENTO: 14/03/1979 SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: POMBAL - PB
DOCUMENTO: C.M. 7120 LVA 00008 FLS 070 - 17/10/2013 - CART. REG.
CIVIL: POMBAL - PB
LEI N° 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1990
CPF: 040.047.054-50 CNH:
TIT. ELEITOR: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 15/12/2014

Rodrigo Henrique Costa
Supervisionador Regional do Trabalho e Emprego da Previdência Social

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTRA

Nº 1

Nº 2

Nº 3

Nº 4

Nº 5

Nº 6

Nº 7

Nº 8

Nº 9

Nº 10

Nº 11

Nº 12

DOC. ATIVO

DOC. INATIVO

DOC. VENC.

DOC. VENC.

DOC. VENC.

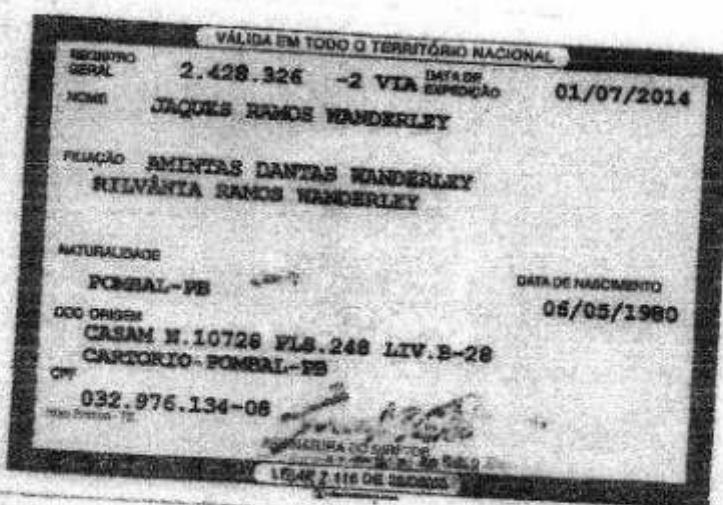
DOC. VENC.

DOC. VENC.

DOC. VENC.



18 DEZ. 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190043652 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA), DEMAIS LESÃO TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3190043652 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA), DEMAIS LESÃO TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

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, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190043652

Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

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

Autorização de pagamento

Declaração de Inexistência de IML

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190043652

Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190043652 **Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS**

Data do Acidente: 02/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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:

040.647.054-59

Nome completo da vítima:

MARIA DE FÁTIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/101

Nome completo:

MARIA DE FÁTIMA SANTOS

CPF:

040.647.054-59

Profissão:

DOMÉSTICA

Endereço:

RUA NOVO HORIZONTE

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

NOVO HORIZONTE

Cidade:

POMBAL

Estado:

PERNAMBUCO

CEP:

58.840-00

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 99974632

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

RENDA MENSAL:

 RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Semente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 42480-5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 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 pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

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

 Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

 1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50

 Amintas Dantas Wanderly Júnior
Assinatura

 2º | Nome: CAMILA GOMES DE SOUZA
CPF: 079.703.494-39

 Camila Gomes de Souza
Assinatura

Maria de Fátima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Inez Neiva

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 RODO, 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.



18 DEZ. 2018

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: 3190043652	CPF da vítima: 040.647.054-59	Nome completo da vítima: Maria de Fátima Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Maria de Fátima Santos		CPF: 040.647.054-59		
Profissão: AGRICULTORA	Endereço: NOVO HORIZONTE	Número: S/N	Complemento: 	
Bairro: NOVO HORIZONTE	Cidade: BOMBAL	Estado: PARAÍBA	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746322
E-mail: 				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **013. 42480-5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **BomBal - PB, 14.07.2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Maria de Fátima Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jesuva Veneri

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: **Antônio Ribeiro da Cunha Júnior**
 CPF: **064.978.664-50**
Antônio Ribeiro da Cunha Júnior
 Assinatura

2º | Nome: **Maria da Conceição Aquino da Cunha Júnior**
 CPF: **059.842.774-09**
Maria da Conceição Aquino da Cunha Júnior
 Assinatura

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 023/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO / DPVAT - ADITAMENTO BO N° 851/2018

Data do fato: 02/09/2018 – por volta das 19:30 horas

Local do ocorrido: BR-230, CIDADE DE POMBAL/PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 11/01/2019 – 15:20 Horas

COMUNICANTE: MARIA DE FÁTIMA SANTOS, **Filiação:** JOSEFA MARIA DOS SANTOS e PAI NÃO DECLARADO; **Profissão:** doméstica; **Estado Civil:** solteira; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 14.03.1979; **Endereço Residencial:** Rua Novo Horizonte, S/N, Novo Horizonte, Pombal/PB; //; **Telefone:** ***/Portador de RG nº 2027280 SSP-PB. **CPF** 040.647.054-59

HISTÓRICO: Que afirma a comunicante que no dia e hora acima informados, trafegava na BR-230, em frente a Loja de Carros Gavel, Pombal-PB; Que ao atravessar a rodovia que corta a cidade, foi atropelada por um veículo carro de passeio; Que populares ligaram para o SAMU, e em seguida saiu do local, não sabendo identificar quem é a pessoa que conduzia o carro que lhe atropelou, nem sabe as características do veículo; Que, fora socorrida pelo SAMU local e levada para o Hospital Regional de Pombal-PB, onde recebeu os primeiros atendimentos; Que sofreu fraturas nas costelas e no braço; Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

POMBAL, 11/01/2019

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Clenaldo Queiroz de Meideiros.

O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Maria de Fátima Santos

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Francisco José S. Lacerda
 ESCRIVÃO AD HOC
 MAT.: 168.536-8

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:

040.647.054-59

Nome completo da vítima:

MARIA DE FÁTIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/101

Nome completo:

MARIA DE FÁTIMA SANTOS

CPF:

040.647.054-59

Profissão:

DOMÉSTICA

Endereço:

RUA NOVO HORIZONTE

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

NOVO HORIZONTE

Cidade:

POMBAL

Estado:

PARANÁ

CEP:

58.840-00

E-mail:

Tel.(DDD):

(83) 99974632

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

RENDA MENSAL:

 RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Semente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0732

CONTA: 42480-5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 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 pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

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

 Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

 1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50

 Amintas Dantas Wanderly Júnior
Assinatura

 2º | Nome: CAMILA GOMES DE SOUZA
CPF: 079.703.494-39

 Camila Gomes de Souza
Assinatura

Maria de Fátima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Inez Neiva

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 RODO, 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.



18 DEZ. 2018

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: 3190043652	CPF da vítima: 040.647.054-59	Nome completo da vítima: Maria de Fátima Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Maria de Fátima Santos		CPF: 040.647.054-59		
Profissão: AGRICULTORA	Endereço: NOVO HORIZONTE	Número: S/N	Complemento: 	
Bairro: NOVO HORIZONTE	Cidade: BOMBAL	Estado: PARAÍBA	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746322
E-mail: 				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **013. 42480-5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **BomBal - PB, 14.07.2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: **Antônio Ribeiro de Souza Júnior**
 CPF: **064.978.664-50**
Antônio Ribeiro de Souza Júnior
 Assinatura

2º | Nome: **Maria de Fátima Santos**
 CPF: **059.842.774-09**
Maria de Fátima Santos
 Assinatura

^(*) Assinatura de quem assina o RODO
Maria de Fátima Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jesuas Ferreira

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 RODO, 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.



Pombal-PB, 24 de OUTUBRO de 2018

DECLARAÇÃO

Eu, Edson Lira do Prado, brasileiro, casado, Coordenador Geral da Base do SAMU da cidade de Pombal, COREN-PB 317.165, venho declarar através deste que no dia 02/09/2018, o SAMU da cidade de Pombal prestou atendimento a cidadã de nome MARIA DE FATIMA SANTOS, nascida no dia 14/03/1979, de RG 2.027.280, de filiação de JOSEFA MARIA DOS SANTOS. Declaro ainda que por equívoco e por a paciente não se encontrar com seus documentos pessoais a equipe do SAMU plantonista no dia supracitado do atendimento, não preencheu de forma adequada os dados do paciente, não preenchendo o campo da ficha que identifica o nome do paciente. A Coordenação procurada pela vítima, admite a falta do preenchimento e declara que realmente prestou atendimento a paciente MARIA DE FATIMA SANTOS onde prestaram atendimento e a conduziram para o HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL: Enfermeira Andressa Ugulino e Condutor José Dimas.

A Coordenação do SAMU de Pombal fica a disposição para esclarecer quaisquer fatos que por ventura apareça em decorrência do preenchimento da ficha e declara veracidade dos fatos.

Atenciosamente,

18 DEZ. 2018



EDSON LIRA DO PRADO
COORDENADOR GERAL
Matricula 1476



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

18/09/2018 23:40:24

Ocorrência:	INTERNAMENTO	96/43626 (Getulio)	18/09/2018
Servidor do Dr.:		(Convidado)	Daniela - 99930-1200
Paciente	MARIA DE FATIMA SANTOS		SOBRE NOME
Filiação			Idade: 39
Pai:			Sexo: F
Mãe:	MARIA JOSEFA DOS SANTOS		
Endereço			
Cidade	POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101		
Endereço:	PROJETADA		N.º SN
Bairro:	JANDUY CARNEIRO		
Naturalidade:	POMBAL - PB		
Fone:			
Documentos			
CNS:	200-5022-1323-0003		
Identidade:			
CPF:			
Reg. Nasc.:			
Informações adicionais			
Nascimento	14/03/1979		
Cor:	PARDA		
Estado Civil:	N. INF.		
Profissão:	DO LAR		

Responsável:

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

Paixão vítima de atropelamento, veio ao
serviço com sudorese, hipotensão e
com dor torácica importante.

18 DEZ. 2018

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

AO exame com diminuição do
ritmo cardíaco à vista.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

- Tóxico instável

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____ / _____ / _____

Recepção: BARBARA

