



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

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
5170642254	23/01/2018	ENTRADA DE CALÇADA	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA	
104	115	11	32	08/12/2018	
MÉDIA: CONSUMO ANTER. LEIT. E QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.					
OUT/2018	9	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
SET/2018	11	TURBIDEZ	46	46	46
AGO/2018	22	CLORO	46	46	46
JUL/2018	20	COL. TERMOT	0	0	0
JUN/2018	11	COR	10	36	36
MAY/2018	9	COL. TOTAIS	46	46	46
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A SET/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 09/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:30:27

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
AT: 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE	10 M3	67,65
ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3	1 M3	11,72
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRÊS DIAS DE CONSUMO: R\$ 2,34 DÍG. E CONSUMO: R\$ 17,74/12

VENCIMENTO: 23/11/2018	Total a Pagar: R\$ 79,37
------------------------	--------------------------



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

DEBITO AUTOMATICO

18 DEZ. 2018

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.946.134 / 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: 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 <u>RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>		Número <u>219</u>	Complemento <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro <u>RETROPOLIS</u>	Cidade	Estado <u>PARAIBA</u>	CEP <u>58940-000</u>
Email <u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)99974-6322</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)98148-8766</u>

POMBAL-PB, 10 de DEZEMBRO de 2018

Local e Data

x Jacques dos Wanderley  
Assinatura do Declarante

18 DEZ. 2018

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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 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@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 Ramos 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	GEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

	(Valores em Reais)
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



# HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

1833  
Data/Hora 02/09/2018 23:40:24

Ocorrência:

1  
**INTERNAMENTO**

Servidor do Dr.:

Paciente

**MARIA DE FATIMA SANTOS**

96/43626 (Genivle)  
DANIELA - 99930-1200  
(univle)

SOBRINHA

Idade: 39 Sexo F

Filiação

Pai:

Mãe:

MARIA JOSEFA DOS SANTOS

Endereço

Cidade

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço:

PROJETADA

N.: 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)

Paciente vítima de estupro, veio ao  
serviço com síndrome, hipotensão e  
com dor femoral esquerda.

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

Ao exame com diminuição do  
músculo ventral da direita.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

- Tônus instável.

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: BARBARA

14 JAN 2019

**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA SANTOS

4 - PRONTUÁRIO

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

9 - NOME NA MÃE

MARIA JOSEFA DOS SANTOS

10 - TELEFONE

34312449

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

PROJETADA

N.: SN

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

Paciente com sintoma um gineco de  
obs. tórax, dor no  
a anto.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessidade de internar

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Tórax esquerdo

22 - CID 10 PRINC.

J95.8

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Drenagem de tórax

26 - COD PROCEDIMENTO

0712040166

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

009.489.854-6 Z

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

02/09/2018

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

CRIMPA 02/09/2018  
0249-207-207-11-02457  
Diretor Medico

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

14 JAN 2019



CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Maria de Sílvia dos Santos

Filiação: \_\_\_\_\_

Sexo: F Idade: \_\_\_\_\_ Cor: Parda

Procedência: Área Ampla Data 02 / 09 / 20 18

Intervenção: Drenagem de Tórax

Cirurgião: Dr. Jairo

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Anestesista: Dr. Edmar

Anestesia: Sedação

Início da Anestesia: 22.53 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Início da Intervenção: 23.00 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Material

Espécie	Quantidade
Nidazlam	01
Ketalar	01
Soro fisiológico	03
Suva estéril	02
Alcool a 70%	30ml
PVP I	50ml
Algodão 2.0 cl aquinha	01
Nylon 2.0	01
Lidocaína 2% 20ml	01
Seringa 10 ml	03
" 5ml	01
Tubo pl drenos H.	01
Queda n. 4	01
Dreno de tórax n. 36	01
Lâmina de vidro n. 24	01
Atropina	02
compressa	06
Gaze	05

Manny Oliveira Alves

Enfermeira

CONCREME: 230.740  
CONCREME: 632.0964

Téc. de Enfermagem



## FOLHA DE ANESTESIA

Anotar, no 9, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

Observações

Anestésicas

Cirurgias

Operação

Técnicas

Agentes

Posição

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

CÓDIGO P.V. ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO VENTIL. ANESTESIA: OPERAÇÃO

20  
40  
60  
80  
100  
120  
140  
160  
180  
200  
220  
240  
260

Líquido

AGENTES ANESTÉSICOS

02

Medicação Pré-Anestesia

Anestésicas Anteriores

Diagnósticos Pré-Operatório

Estado Mental

Ap. Digestivo

Ap. Circulatório

Ap. Respiratório

Tipo Sanguíneo

Hemoglobina

Hematócrito

Glicemia

Ureia

Outros

Data

Pressão Arterial Puls

Nome

Idade

Sexo

Altura

Peso

Temperatura

Respiração

Lado

Enfermagem

Nº Prontuário

Estado

Aluna

Risco

Hipotensões

Estado Físico

Risco

MANUTENÇÃO

INDUÇÃO

DESPERTAR

CONDIÇÕES

Para alto Sim: Não

Como Clínica

Outros:

Náuseas:

Vômito:

Obst.:

Reflexo na 30°:

Cet.:

Ext.:

Não, por quê?

ANESTESIA SATISF. Sim: Não

Outros:

Náuseas:

Vômito:

Laringo espasm.:

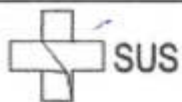
Lentor:

Sede:

Tosse:







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**  
Mãe: JOSEFA MARIA DOS SANTOS  
Nascimento: 14/03/1979 Idade: 39 Cor: BRANCA Sexo: F  
Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço: 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)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

*Do Conto das Primas apólice*

☐ 01 - ELETIVO **CARÁTER DO ATENDIMENTO**  
☐ 02 - URGÊNCIA  
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS  
**PROCEDIMENTO Descrição**

*FX comiss proximal* **DIAGNÓSTICO** CID-10 \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**

1 -									
2 -									
3 -									

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000		CBO
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL <i>Maria de Fátima Santos</i>		Polagar Direito
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo	ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo	

14 JAN 2019





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Pombal-PB

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Marcia de Fátima Santos

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 (semente)

dias, a parti desta data.

Pombal-PB, 02 de 09 de 20 18

Assinatura e Carimbo do Médico

 CRM 4734801

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o

Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou Responsável



18 DEZ. 2018







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA PATRIOTICA  
DEPARTAMENTO DE ELUCIDACAO

Y-02  
P-239



*Jaques Ramos Wanderley*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



18 DEZ. 2018

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 POMBAIS-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DOO ORIGEM CASAM N.10726 FLS.248 LIV.B-28  
CARTÓRIO-POMBAIS-PB

CPF 032.976.134-06

ASSINATURA DO TITULAR

15447 7 116 DE 500000

# 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



**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



---

**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

---

**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:

Nome completo da vítima:

040.647.054-59

MANIA DE FATIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/01

Nome completo:

MANIA DE FATIMA SANTOS

CPF:

040.647.054-59

Profissão:

DOMESTICA

Endereço:

RUA NOVO HORIZONTE

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

NOVO HORIZONTE

Cidade:

POMBAL

Estado:

PARAIBA

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:

☐ 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: 42480-5

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 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:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mania de Fatima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Reis Viana

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: CAMILA GOMES DE SOUSA

CPF: 079.703.494-39

Camila Gomes de Sousa

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.



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: **MANIA DE FATIMA SANTOS**

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

Nome completo: **MANIA DE FATIMA SANTOS** CPF: **040.647.054-59**  
Profissão: **AGRICULTORA** Endereço: **NOVO HORIZONTE** Número: **SIN** Complemento:   
Bairro: **NOVO HORIZONTE** Cidade: **BOMBAL** Estado: **PARAIBA** CEP: **58.840-000**  
E-mail:  Tel.(DDD): **(83) 999746322**

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: **013. 424805**  
(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 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 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: **BOMBAL-PA, 14.07.2019**  
Nome:   
CPF:

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: **MANITAS SANTAS WANDERLEY JUNIOR**  
CPF: **064.978.664-50**  
**Manitas Santos Wanderley Junior**  
Assinatura

2ª Nome: **MAYANA MONIQUE GULINAGA WANDERLEY**  
CPF: **059.842.774-09**  
**Mayana Monique Gulinaga Wanderley**  
Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**Mania de Fatima Santos**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
**José dos Santos**  
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 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.





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 023/2019**

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO / DPVAT - ADITAMENTO BO Nº 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:

Nome completo da vítima:

040.647.054-59

MANIA DE FATIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/01

Nome completo:

MANIA DE FATIMA SANTOS

CPF:

040.647.054-59

Profissão:

DOMESTICA

Endereço:

RUA NOVO HORIZONTE

Número:

S/N

Complemento:

Bairro:

NOVO HORIZONTE

Cidade:

POMBAL

Estado:

PARAIBA

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:

☐ 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: 42480-5

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 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:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mania de Fatima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Reis Viana

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: CAMILA GOMES DE SOUSA

CPF: 079.703.494-39

Camila Gomes de Sousa

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.



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: **MANIA DE FATIMA SANTOS**

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

Nome completo: **MANIA DE FATIMA SANTOS** CPF: **040.647.054-59**  
Profissão: **AGRICULTORA** Endereço: **NOVO HORIZONTE** Número: **SIN** Complemento:   
Bairro: **NOVO HORIZONTE** Cidade: **BOMBAL** Estado: **PARAIBA** CEP: **58.840-000**  
E-mail:  Tel.(DDD): **(83) 999746322**

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: **013. 424805**  
(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 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 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: **BOMBAL-PA, 14.07.2019**

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**Mania de Fatima Santos**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: **MANITAS SANTAS WANDLEY JUNIOR**  
CPF: **064.978.664-50**

**Manitas Santos Wandley Junior**  
Assinatura

2ª Nome: **MAYANA MONIQUE GULINAGA WANDLEY**  
CPF: **059.842.774-09**

**Mayana Monique Gulinaga Wandley**  
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.



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 Ugolino 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

1833  
Data/Hora 02/09/2018 22:40:24

Ocorrência:

INTERNAMENTO

Servidor do Dr.:

Paciente

MARIA DE FATIMA SANTOS

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)

Paciente vítima de Abuso Sexual, veio ao  
serviço com insônia, hipotensão e  
com dor nas costas persistentes.

18 DEZ. 2018

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

Exame com diminuição do  
músculo biceps à direita.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

- Tórax instável.

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Satis Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

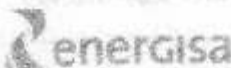
Recepcionista: BARBARA

MARIA DE FATIMA SANTOS  
RUA NOVO HORIZONTE, 561 - NOVO HORIZONTE  
POMBA, RJ CEP: 06600-000 (A5-227)

Emissão: 28/11/2018 Referência: Nov/2018

Classificação: RESIDENCIAL / BARRAGEM MONOFÁSICA R22, 11kV - Cota Rede: João Pires 15 - CEP 06600-000

Roteiro: 18-227-165-4360 Nº medidor: 0300137130



ENERGISA S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 06.908.100/0001-00 - Inscrição Estadual: 18045402-7

Rua Foz de Iguçu, 100 - Vila Militar - 20130-000 - Rio de Janeiro - RJ

COD. para D.E. Autenticação: 1000447830

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ / CNPJ / RAN
Nov / 2018	29/11/2018	31/12/2018	040.547.054-59 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1046762-9

#### Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2018  
Frequente a Prefeitura de sua cidade até 18/11/2018 para atualizar  
os dados no Cadastro Único e obter a pasta da Terra Social de  
Energia. Para mais informações entre em contato com o  
Terra Social de Energia RJ - 1655. Recebido para L  
nº 10.436 de 25 de setembro de 2018.  
Exercício de apuração: 10 de dezembro de 2018 a 14 de  
dezembro de 2018.  
Reservado, aposte-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
27/09/18	8930	29/11/18	8937				77		95
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Adi. (R\$)	Subtotal (R\$)	Parcela (R\$)	Parcela (R\$)	Parcela (R\$)
0001	Consumo de 95 kWh-BR	30,000	0,276970	8,309	9,28 25	1,07 0,26 0,50 0,08			
0001	Consumo de 31 a 100 kWh-BR	47,000	0,470000	22,06 22,26 24	6,50 22,00 0,1 6,97				
0001	Adic. E Variável			0,04 0,04 25	0,51 0,04 0,00 0,00				
0001	Adic. E Variável			0,53 0,53 25	0,13 0,53 0,00 0,02				
0019	Subsídio			33,35 33,35 25	0,00 33,35 0,0 1,44				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			7,86 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00				
0004	JUROS DE MORA 10/2018			0,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00				
0005	MULTA 10/2018			1,00 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00				
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,01 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00				
0008	Devolução Subsídio			-33,35 0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00				

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 50,11 64,37 16,00 24,27 0,00 0,79

Média última mês (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
69 **06/12/2018** **R\$ 50,11**

Histórico de Consumo (kWh)

4 10 16 22 28 34 40 46 52 58 64 70 76 82 88 94 100  
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

5eb1.9adb.5c49.2551.1a58.e59d.2da6.3f1b

Indicadores de Qualidade		
Limites de Atividade	Apurada	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	9,91	0,00
DI TRIMESTRAL	11,55	
DI ANUAL	23,05	
FC MENSAL	2,74	0,10
FC TRIMESTRAL	5,26	
FC ANUAL	13,70	
OMC	3,40	0,00
OCR	12,75	

#### ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada com Base Fixa, levando em consideração o R\$33,18

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia	11,37	22,69
Consumo de Iluminação	1,00	1,96
Consumo de Energia	1,79	3,57
Consumo de Energia	20,42	40,75
Consumo de Energia	0,00	0,00
Total	50,11	100,00

Faturas em atraso

PARA A

Roteiro: 18-227-165-4360

Medição: 1046762-2018-11-5

A3650000000-2 50110054000-1 10467622018-9 11800227019-1

**VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
**06/12/2018** **R\$ 50,11**



18 DEZ. 2018