



Número: **0801543-20.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DE FATIMA SANTOS (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32523 715	21/07/2020 14:42	<a href="#">2736234_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.123.854/0001-87

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	Público	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
5170642754	23/01/2018	INTELA CRUICADO	POTENCIAL	

18 DEZ. 2018

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	TEM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
104	115	11	32	08/12/2018

PLST. CONC. /ANOR. LEIT. E QUERID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

OUT/2018	9	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
SET/2018	11	TURBIDEZ	46	46
AGO/2018	22	CLORO	46	46
JUL/2018	20	COL. TERNOT	0	0
JUN/2018	11	COR	10	36
MAY/2018	9	COL. TOTAIS	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)		
A1: 10 M3 - R\$ 6,75 POR UNIDADE	10 M3	67,65
ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3	1 M3	11,72
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,34 DTS E CONEXÕES LET. 12.741/12

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 INFANCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"



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 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 WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.996.134 / 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 SOB A NENHA

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@BOL.COM.BR</u>	<u>(83)99974-6322</u>	<u>(83)98148-8766</u>	

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

Jacques dos Wanderley  
Assinatura do Declarante

18 DEZ. 2018

DLDR.L001 V001/2017





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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERCEY

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>ESCALONADO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARRAIBA</u>
E-mail: <u>JACQUES.ADV@BOC.COM.PA</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 9997463 22</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 15.07.2019

Jacques Ramos Wandercey

Assinatura do Declarante

16 JUL 2019

DLDR.L001 V001/2017



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	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.652,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2019)	
NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

**CONFIDENCIAL**

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

16 JUL 2019

2505058096



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,



**EDSON LIRA DO PRADO**  
COORDENADOR GERAL  
Matrícula 1476

---

**RUA ANTONIO FERREIRA**  
Pombal-PB – CEP 58840-000

14 JAN 2019





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: **INTERNAMENTO**

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

96/43626 (Genitor)  
 (construtor)

DANIELA - 99930-1200  
 SOBRIETA

Paciente **MARIA DE FATIMA SANTOS**

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 Abuso sexual, veio ao  
 Serviço com sudorese, hipotensão e  
 com dor femoral importante.

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

AO exame com diminuição do  
 volume venoso à direita.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

- Tomografia instável.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

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

Recepcionista: **BARBARA**

14 JAN 2019





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 34312149	
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 <i>Presença de inchaço em gemelo de para tornozelo, dor no à noite.</i>			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de internar</i>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame físico</i>			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Trombose venosa</i>	22 - CID 10 PRINC. <i>I95.8</i>	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Drenagem de tornozelo</i>		26 - COD PROCEDIMENTO <i>0712090166</i>
27 - CLÍNICA	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO ( ) CNS (X) CPF <i>009.489.854-62</i>
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Carimbo do Hospital</i>		32 - DATA SOLIC. <i>03/09/2018</i>
33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO) <i>Carimbo do Hospital</i>		

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

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

### AUTORIZAÇÃO

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



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



**CENTRO CIRÚRGICO**

Nome: Maria de Sílvia dos Santos  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F Idade: \_\_\_\_\_ Cor: Parda  
 Procedência: Área Amadora Data 02/09/2018  
 Intervenção: Drenagem de Tórax  
 Cirurgião: Dr. Júlio  
 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: Dr. Saldanha  
 Anestesia: Sedação  
 Início da Anestesia: 22.53 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_  
 Início da Intervenção: 23.00 Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

**Material**

Espécie	Quantidade
Midazolam	01
Ketalar	01
Soro fisiológico	03
Suva estéril	02
Alcool a 70%	30ml
PVP1	50ml
Algodão 20 cl aquilha	01
Nylon 2.0	01
Lidocaína 2% 20ml	01
Seringa 10 ml	03
" 5ml	01
Tubo d dreno H.	01
Quetele nº4	01
Dreno de tórax nº 36	01
Lâmina de vidro nº 24	01
Atro ping	02
compressa	06
Gaze	05

Mannya Oliveira Alves  
Enfermeira  
COREN/PA: 238.740  
Inscrição: 0652.0984

Téc. de Enfermagem

14 JAN 2019



FOLHA DE ANESTESIA

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

Agência: União de São Paulo  
 Tabela: 217.02 (Sedon 100)  
 Operação: Procedimento cirúrgico de  
 Cirurgias: Procedimento cirúrgico de  
 Anestésias: Procedimento cirúrgico de  
 Observações: Procedimento cirúrgico de

Nome: HEP | Idade: 30 | Sexo: F | Altura: 1,60 | Peso: 60  
 Temperatura: 36,5 | Pressão Arterial Puls: 120/80  
 Hematócrito: 38 | Hemoglobina: 12 | Hematócrito: 42  
 Glicemia: 100 | Ureia: 15 | Creatinina: 1,0  
 Tipo Sanguíneo: B+ RhD | Hemólise: N

Ap. Respiratório: Normal  
 Ap. Circulatório: Normal  
 Ap. Digestivo: Normal  
 Estado Mental: Normal  
 Diagnóstico Pré-Operatório: Normal  
 Anestésias Anteriores: 23-25305  
 Medicamento Pré-Anestésico: 23  
 Estado: Estável | Aplicado às: 23  
 Estado: Estável

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	POSICÃO	AGENTES ANESTÉSICOS	
		INDUÇÃO	MANUTENÇÃO
20			
40			
60			
80			
100			
120			
140			
160			
180			
200			
220			
240			
260			

ANESTESIA SATISF: Sim  
 Não, por quê? DESPERTAR  
 Retorno na 30': Estável  
 Queda: Estável  
 Náuseas: Não  
 Vômito: Não  
 Outros: Não  
 Para mais Sim: Não  
 Como Clínica: Não  
 CONDIÇÕES: Não





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

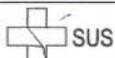


HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE		M <sup>te</sup> de <i>Adriana dos Santos</i>	
DATA DA OPERAÇÃO		21/01/18	
OPERADOR		D <sup>r</sup> . <i>Julio</i>	
1º AUXILIAR			
2º AUXILIAR			
3º AUXILIAR			
ANESTESISTA			
TIPO DE ANESTESIA			
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO			
<i>Tórax, instável</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO			
<i>Toracotomia fechada</i>			
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO			
<i>Tórax instável</i>			
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
FOTOGRAFIA RADIOLÓGICA NO ATO			
OCCORRÊNCIA DURANTE A OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Paciente decubito dorsal horizontal;</li> <li>2) Antissepsia;</li> <li>3) Incisos Intercostais;</li> <li>4) Reabertura drenagem torácica.</li> </ol>			

DR. SUELIO MOREIRA TORRES  
 CRM - PB 15.555

14 JAN 2019





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)

*Ex como fratura*  
*(Ex como fratura)*  
*(Ex como fratura)*  
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

*No Conta das primarias expelas*

- CARÁTER DO ATENDIMENTO**
- 01 - ELETIVO  
 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**

*Ex como fratura* **DIAGNÓSTICO** CID-10 \_\_\_\_\_

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

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -																				
2 -																				
3 -																				

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Crm / Cns CBO  
JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000  
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL Polagar Direito  
*Maria de Fatima Santos*  
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

14 JAN 2019





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Pombal-PB

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que  
Marcos de Fátima Santos

Portador do RG \_\_\_\_\_, foi submetido à  
consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas,  
sendo portador da infecção CID-10 S42.7.  
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades  
laborativas por um período de 60 (sessenta)  
dias, a partir desta data.

Pombal-PB, 02 de 09 de 20 18

Assinatura e Carimbo do Médico

  
CRM/PB 1801

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

Assinatura do paciente ou Responsável

14 JAN 2019





18 DEZ. 2018







18 DEZ. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.428.326 -2 VIA	DATA DE EMISSÃO	01/07/2014
NOME	JAQUES RAMOS WANDERLEY		
RELACÃO	AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY		
NACIONALIDADE	POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO	06/05/1980
CCO ORIGEM	CASAM N. 10726 FLS. 248 LIV. B-28 CARTÓRIO - POMBAL - PB		
CPF	032.976.134-06		

LEI Nº 7.116 DE 2006



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01827/01828 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070914



Carta nº 13837868





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

---

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 13839505

Pag. 01457/01458 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030729





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

Rio de Janeiro, 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 seqüela 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

Pag. 00925/00926 - carta\_04 - INVALIDEZ

00070463



Carta nº 14603443



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: 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: FOMBAL Estado: PARÁIBA CEP: 58.840-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (83) 999 74 63 28

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

**RENTA 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 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  
(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 pais/avós vivos?  Sim  Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  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 atestada  
Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**  
1ª | Nome: AMINTAS SANTOS WANDERLEY JUNIOR  
CPF: 064.978.664-50  
Assinatura  
2ª | Nome: CAMILA GOMES DE SOUSA  
CPF: 079.703.494-39  
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: <b>3190043652</b>	CPF da vítima: <b>040.647.054-59</b>	Nome completo da vítima: <b>MANIA DE FATIMA SANTOS</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: <b>MANIA DE FATIMA SANTOS</b>		CPF: <b>040.647.054-59</b>
Profissão: <b>AGRICULTORA</b>	Endereço: <b>NOVO HORIZONTE</b>	Número: <b>SIN</b> Complemento:
Bairro: <b>NOVO HORIZONTE</b>	Cidade: <b>BOMBAL</b>	Estado: <b>PARAIBA</b> CEP: <b>58.840-000</b>
E-mail:		Tel.(DDD): <b>(83) 999746322</b>

DADOS CADASTRAIS

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:    CONTA:

(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 5.194/74, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

### 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 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.

MORTE

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) **José dos Santos**

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **AMANTAS SANTOS WANDLEY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

**Amantas Santos Wandley Junior**

Assinatura

2º | Nome: **MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDLEY**

CPF: **059.842.774-09**

**Mayara Monique Queiroga 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.

FPS.001 V001/2018

16 JUL 2019



**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.

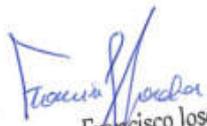
POMBAL, 11/01/2019

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

14 JAN 2019



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: **MANIA DE FATIMA SANTOS**

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011**

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: **PARRIBA** CEP: **58.840-000**  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): **(83) 99974632**

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

**RENTA 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 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)  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  
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)?

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 obrigatório

Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**  
 1ª | Nome: **AMINIAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR**  
 CPF: **064.978.664-50**  
*Aminias Dantas Wanderley Junior*  
 Assinatura

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

*José Kenan*  
 Assinatura do Procurador (se houver)

2ª | Nome: **CAMILA GOMES DE SOUSA**  
 CPF: **079.703.494-39**  
*Camila Gomes de Sousa*  
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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





18 DEZ. 2018





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

---

**RUA ANTONIO FERREIRA**  
Pombal-PB – CEP 58840-000





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: **INTERNAMENTO**

Servidor do Dr.:

96/43626 (Genove  
 Conson)

DANIELA - 99930-1200

Paciente **MARIA DE FATIMA SANTOS**

SOBRI NINA  
 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 atropelamento, veio ao  
 serviço com sudorese, hipotensão e  
 com dor ferida importante.

18 DEZ. 2018

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

Ao exame com diminuição do  
 rumo ventral à direita.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: **- Torção intestinal**

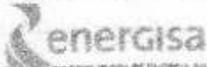
Motivo da Alta:

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

Recepcionista: **BARBARA**



MARIA DE FATIMA SANTOS  
 RUA NOVO HORIZONTE, 504 - NOVO HORIZONTE  
 FOMBAL / PE CEP: 55400000 (A5: 227)



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
 CNPJ: 07.000.000/0001-00  
 CNPJ: 07.000.000/0001-00

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
 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  
 Precisa aprofundar sua conta até 18/11/2018 para atualizar seu endereço no Cadastro Único e evitar a perda de benefícios. Para mais informações consulte o Meu Perfil no site ou ligue para o Meu Atendimento ao Cliente 0800 083 0196.  
 - Tarifas Sociais de Energia Elétrica - TSEE favoráveis para Lei nº 10.426, de 25 de abril de 2002.  
 Exercício de preferência na Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
 Reservatório disponível no site Energisa/96-Histor.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 27/12/18 Leitura: 8930	Data: 29/11/18 Leitura: 8837	5	27	30

**Demonstrativo**

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	CCs	Atq	Consumo	Suf. Cód.	Porção	Substit.	Porção	Substit.
5601	Consumo em kWh-RE	30,200	0,276370	8,29	3,28	25	2,07	3,28	0,24	0,08		
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-RE	47,200	0,478900	22,35	22,38	25	6,93	22,20	0,1	6,87		
0201	Adc. E Vermelha			0,04	0,04	35	0,51	0,04	0,05	0,01		
0201	Adc. E Amarela			0,53	0,53	25	0,13	0,53	0,00	0,02		
0210	Substit.			33,19	33,19	25	8,30	33,25	0,3	1,44		
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>												
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			7,86	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0634	JURIS DE MORA 12/2018			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0605	MULTA 12/2018			1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0906	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2018			0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0208	Devolução Substit.			-28,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CC1 Códigos de Classificação de Tom: TOTAL 50,11 64,37 16,00 84,37 0,00 0,70

Méda (últimos meses (kWh)) **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**  
 69 **06/12/2018 R\$ 50,11**

Histórico de Consumo (kWh)  
 4 1 0 1 0 1 40 1 00 1 50 1 91 1 00 1 18 1 21 0 2  
 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

Indicador	Limite de Referência	Limite Apurado	Limite de Tolerância (V)
DIAGNÓSTICO	9,91	0,00	100,00
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	11,93		
DIAGNÓSTICO ANUAL	20,00		
DIAGNÓSTICO SEMESTRAL	10,00		
DIAGNÓSTICO QUINZENAL	11,10		
DIAGNÓSTICO DIÁRIO	12,00		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia Elétrica	11,57	23,09
Consumo de Energia Térmica	1,00	2,00
Consumo de Energia Mecânica	1,79	3,57
Consumo de Energia Química	28,00	56,00
Consumo de Energia Nuclear	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>50,11</b>	<b>100,00</b>

**ATENÇÃO**  
 - Sua unidade foi inscrita como Beneficiária Especial de Energia Elétrica em 06/12/2018.

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

Rotat: 18 - 227 - 185 - A360  
 Matrícula: 1046762-2018-1145  
 R\$50,11000000-2 50110054000-1 10467622018-9 11600227019-1

18 DEZ. 2018

