

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3180268255

Data da solicitação: 09/04/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

CPF do beneficiário: 057.195.224-09

Nome do solicitante: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

CPF do solicitante: 057.195.224-09

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (083) 999746322
DDD

Tel. Comercial: (083) 981488766
DDD

Tel. Residencial: (083) 34311825
DDD

E-mail: claudivan-inocencio@bol.com.br

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: IMAGEM DO RX COM LAUDO

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

MEU PEDIDO DO SEGURO DPVAT FOI NEGADO NO DIA 25/06/2018 INFORMANDO QUE NÃO TENHO SEQUELAS! NÃO PASSEI POR JUNTA MÉDICA DA SEGURADORA E NÃO SEI QUAL FOI O MOTIVO DESSA NEGATIVA, FIZ NOVOS EXAMES DE RX NO DIA 10/11/2018 CONSTATANDO IRREGULARIDADE DOS CONTORNOS DA REGIÃO METADIAFISÁRIA DISTAL DA FÍBULA, ME ENCONTRO COM SEQUELA PERMANENTE E QUERIA PASSAR POR MÉDICO DA SEGURADORA!

POMBAL - PB, 09/04/2020

Local e Data

Claudivan Inocencio dos Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

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

PB

NOME
SAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

DOC. IDENTIFIC. / OUT. PASSADO DE
2141039 SUP PD

END.
059.842.774-09 DATA NASCIMENTO
12/06/1980

PRONOME
IRATIAS QUEIROGA
SOBRINHO
JUSARA PEREIRA JONES
QUEIROGA

PROFISSÃO
ADM. **OCUPAÇÃO**
U.

DT. EMISSÃO
04/01/2022 **DT. VALIDADE**
13/10/2024 **DT. EXPIRAÇÃO**
20/09/2027

Assinatura

Assinatura do Portador
Assinatura do Emissor

LOCAL
PERSONAL, PD **DATA EMISSÃO**
01/12/2017

5498666883
P0035541192

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1548960537

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548960537



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRICULA
69173737
REFERENCIA
JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS						
MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS POMBAL, PB 58840-000						
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
112.004.355.0170.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
3085013364	12/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
2505	2518	13	30	08/02/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
DEZ/2019	14	PARAMETROS EXIG.		ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2019	13	TURBIDEZ		0	0	
OUT/2019	16	CLORO		0	0	
SET/2019	11	CÔL.TERMOT		0	0	
AGO/2019	10	COR		0	0	
JUL/2019	15	COL.TOTAIS		0	0	
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 4,86 PIS E CONFINS-LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 23/01/2020 Total a Pagar: R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃ
O HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRICULA. ESTA DECL
RAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSAIS DOS
DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAAMENTOS PENDING
ES NAS FATURAS DE 2019.



CAGEPA

MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DÉBITO AUTOMÁTICO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PB

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1665623017

AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSAO DO
2870446 SSP PB

CNPJ 064.978.664-50 DATA VENCIMENTO 06/01/1985

RENÇÃO
AMINTAS DANTAS
WANDERLEY
RILVANIA RAMOS
WANDERLEY

RENÇÃO
MTC
CALHA
AP

Nº REGISTRO 04065760079 VALIDADE 26/12/2021 1ª emissão 29/03/2007

EMISSÃO

Antes desta validade zero
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL POMBAL, PB DATA EMISSAO 07/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

23146464749
PB036866040

PARAIBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665623017

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-870
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO

POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07182566.5

MATRÍCULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

07182566.5

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

064.XXX.XXX-XX

22/01/2020

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

112.002.155.0307.000

RUA SANCHA QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-

FATURA

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

ÚLTIMOS CONSUMOS	11/2019 -	12/2019 -
11/2019 -	2	2
10/2019 -	2	1
08/2019 -	2	3

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	3	R 5302

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

N°Hm: Y15N469919

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL

R\$

37,91

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRÍCULA

INSCRIÇÃO

07182566.5

112.002.155.0307.000

FATURA

NÃO RECEBER APOS

01/2020

31/01/2021

VENCIMENTO

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

OCTAVIANO HELO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-239



Assinatura: Jaques Ramos Wanderley

Assinatura: [Assinatura]

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

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

CCC ORIGEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.8-28
CARTÓRIO-POMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO CORRETOR

LEI Nº 7.110 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PB

Nº 013027307249

A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM 20170000048817-2 E-COD

1 0056694310-7 00/00000000 2017

MARCOS ANTONIO DE SOUSA

87307340453

OGF8430/PB

NOVO PB 9C2KC1670DR000960

PAS/MOTOCICLE/NAQ APPLIC ABCO/GASOL

HONDA/CG 150 PAN EBI 2012 2018

27/149/CI PARTIC CATEGORIA 1

00/00/0000 1

0 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00

***** OBSERVAÇÕES *****

SEM RESERVA DE DOMÍNIO 0

POMBAL-PB LOCAL 15/02/2017 14796

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

PB Nº 013027307249 BILHETE DE SEGURO DPVAT

12/03/2015

*** ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

5015 0 ACSKC1670DR000960

002EEA3101 HONDA/CG 2017 14/02/2015

87307340453 OGF8430/PB

00566943107 HONDA/CG 150 PAN EBI/501

2012 9 9C2KC1670DR000960

PREMIO TARIFARIO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.458/0001-04

14796-1439187-20170215



Prefeitura Municipal de Pombal

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 43.7.03

Clínico

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		Paciente / Usuário		Idade		Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	
Data: 21/01/2018		Ocorrência: 00499		Local de Ocorrência: Uti Santa Maria		Médico Regula:	
Apelo no Local: ☐ PM ☐ Bombeiros ☐ PRF ☐ Agentes de Tráfego ☐ Outros:		QTA. MOTIV.					

DESTINO	
LOCAL 1: IRP	RESPONSÁVEL: [Assinatura]
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES
☐ CLÍNICO ☐ GINECO - OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:	MEDICAMENTOS: PATOLOGIA (S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:

EXAME FÍSICO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ INCONSCIENTE ☐ TRÁQUO ETRUO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ OUTRO:	
FUNÇÃO MOTORA: ☐ DEAMBULA ☐ DEAMBULA COM AUXÍLIO ☐ ACAMADO ☐ OUTRO:	
PELE E MUCOSA: ☒ PALIDO ☐ ICTÉRICO ☐ CIANÓTICO ☐ PELE FRIA ☐ SUADRECA ☐ PETÉQUIAS ☐ EQUIMOSAS ☐ OUTROS:	
SISTEMA RESPIRATÓRIO: ☒ EUPNEICO ☐ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ APNEIA ☐ BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ ☐ IN+ ☐ IN-	
SISTEMA CARDIOVASCULAR: ☐ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDIA ☐ BRADICÁRDIA ☐ ARRITMIA ☐ BCF ☐ PULSOS NORMAIS ☐ PULSO FILIFORMES	
SISTEMA DIGESTÓRIO: ☐ DURA ☐ MOLE ☐ BVS ☐ BVS / ABDOME ☐ OLOROZO ☐ FLAVO ☐ PLÁCIDO ☐ DOLOR A PALPAÇÃO ☐ RM+ ☐ RM-	
SISTEMA GENITOURINÁRIO: ☒ DISÚRIA ☐ POLACIÚRIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐ INCONTINÊNCIA URINÁRIA ☐ RETENÇÃO URINÁRIA	
QUEIXA PRINCIPAL: ☒ DOR LOCAL: M I E RIVESTESIA / LOCAL: PARALISIA / LOCAL:	

EXAME FÍSICO	
VVA: ☒ LIVRES ☐ OBSTRUÍDA ☐ CORPO ESTRANHO ☐ SECREÇÕES / TEMPERATURA: - °C GLICEMIA CAPILAR: 88 mg/dL	
FR: 19 lpm / SpO2 SEM O2: 97 % / SpO2 COM O2: - % FC: 100 bpm PA: 110 mmHg PERFUSÃO 4x2s (>2s)	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:	
EVOLUÇÃO: ☒ ENFERMEIRO ☐ TÉCNICO EM ENFERMAGEM	

Paciente - trauma de acidente de carro!
 Exito ABCDE do trauma + AOP F
 S.R. + hemorragia + Desconexão + O2.
 Possível fratura M I E.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E ASSINATURA)	
ENFERMEIRO: [Assinatura]	COREN: 387830
TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	COREN:
CONDUCTOR SOCORRISTAS: [Assinatura]	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):
MÉDICO (VISTO): [Assinatura]	

RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS: RG CPF TÍTULO DE ELEITOR HABILITAÇÃO PASSAPORTE OUTROS: _____
 CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MODELO: _____ MARCA: _____ MODELO: _____
 CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS HIPE CARD OUTROS: _____
 CARTÕES DE BANCO 1 2 3 NOMES DO BANCO: _____
 DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$ _____
 CALÇADOS (MARCA): _____ RÉGIO (MARCA): _____ ANEIS (QUANTIDADE) _____
 BRINCOS (QUANTIDADE): _____ PULSEIRAS (QUANTIDADE) _____ OUTROS: _____
 DADOS DO RECEBEDOR
 NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____
 SETOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR

CARIMBO DO RECEBEDOR

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
3AS 100mg		1000L (PINE TA 250ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 30ml		ATADURA DE CREPON 75cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
D-CLOFENACIL 75mg		ESPURADRAPO	
DIPIRONA 3g		FTA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAM COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FLUROSEMIDA		JELCO Nº	
GLUCOSE 50%		LANCOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 200mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORTIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLUCOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUHALINA			
OUTROS			

☒ ATENDIMENTO NO LOCAL ☐ RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Claudiovan Inácio Souto

COR: B DATA DE NASCIMENTO: 19/09/81 IDADE: 33 SEXO: M

NOME DA MÃE: Lucia Souto PROFISSÃO: professora

CARTÃO DO SUS: 705.0048 9560.4151 RG/CNH: 3.85.958

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua - Rua 32/300

ESTADO: PA CEP: 59910-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 11/01/18

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente vitual de quadro de hipertensão, pleuropneumonia, febre e tosse em andamento, com o diagnóstico de pneumonia em pleuro.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Ex

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° _____
- 2° _____
- 3° _____
- 4° _____
- 5° _____
- 6° _____
- 7° _____
- 8° _____
- 9° _____
- 10° _____
- 11° _____
- 12° _____
- 13° _____
- 14° _____
- 15° _____
- 16° _____
- 17° _____
- 18° _____
- 19° _____
- 20° _____

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

Doença de pele

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0301060061	22	51	25	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOÃO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 05/02/2018 08:34:13

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: _____

0222

Paciente **CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS**

Idade: 33 Sexo M

Filiação

Pai: CARLESIO DINIZ DOS SANTOS
Mãe: JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: MIGUEL BRILHANTE
Bairro: PEREIRO
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

N.:

Documentos

CNS: 705-0048-7560-7151
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 19/09/1984
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: _____

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

Paciente vítima de acidente de moto
e fratura com tórax E)

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

Su a palpou de moléstia lateral

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx e Ex tórax E)

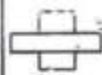
Diagnóstico:

Fratura do osso lateral

Motivo da Alta: _____

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

Recepcionista: FATIMA



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
CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

4 - PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
705-0048-7560-7151

6 - DATA DE NASCIMENTO
19/09/1984

7 - SEXO
M

8 - RACA / COR
PARDA

9 - NOME NA MÃE
JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL
CARLESIO DINIZ DOS SANTOS

12 - ENDEREÇO
MIGUEL BRILHANTE

N.º

13 - BAIRRO
PEREIRO

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

Doente vítima de acidente de moto e fratura
1m fmg @

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura metacarpo lateral

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação hospitalar

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

Ortopedia

Unipolar

() CNS () CPF

036784304-51

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

Dr. José Cassimiro Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 2804 CRM-PE 19497

05/02/18

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)

HOSPITAL REGIONAL DE POMBA - SENADOR RUY CARNEIRO

Nome: Cláudio Innocencio dos SantosFiliação: Fábia Innocencio dos SantosSexo: Marc Idade: 33a Cor: PardaProcedência: Clínica Divulgada Data: 05 / 02 / 15Cirurgião: Dr. Pr. Cassimiro Auxiliar: _____Anestesista: Dr. Saldanha Anestesia: Raque + SedaçãoInício da anestesia: 13:00' Término: 13:09' Duração: _____Início da intervenção: 13:40' Término: _____ Duração: _____

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

Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Aguilha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida
 Enfermeira
 COREN-PB 264578

Âncora, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

FOLHA DE ANESTESIA



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



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE	Cassiano Imaculada		Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	25/07/18	ENF.	LEITO
OPERADOR			1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA			TIPO DE ANESTESIA
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de maldão lateral		
TIPO DE OPERAÇÃO	Osteosíntese de maldão lateral		
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	Sem		
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1) Paciente em D.O.R. de 1º grau de consciência
2) Anestesia com morfina
3) Abertura de campo cirúrgico
4) Incisão em forma de T
5) Abertura da pele
6) Exatidão da fratura
7) Redução da fratura e fixação com placa lateral
+ parafusos corticais e apertados sem pontos
de sangramento
8) Sutura por pontos
9) Curativo

Jr. José Cassimiro Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRMPE 7801 CRMPL 19437
TECE 15255



Paciente: CLAUDIVAN INOCÊNCIO DOS SANTOS
Nº do Paciente: PB18416
Data de Nascimento: 19/09/1984
Data do Exame: 10/11/2018
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO:

Irregularidade dos contornos da região metadiafisária distal da fibula, podendo corresponder a sequela de fratura antiga.

Demais estruturas ósseas regionais de aspecto morfológico preservado.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

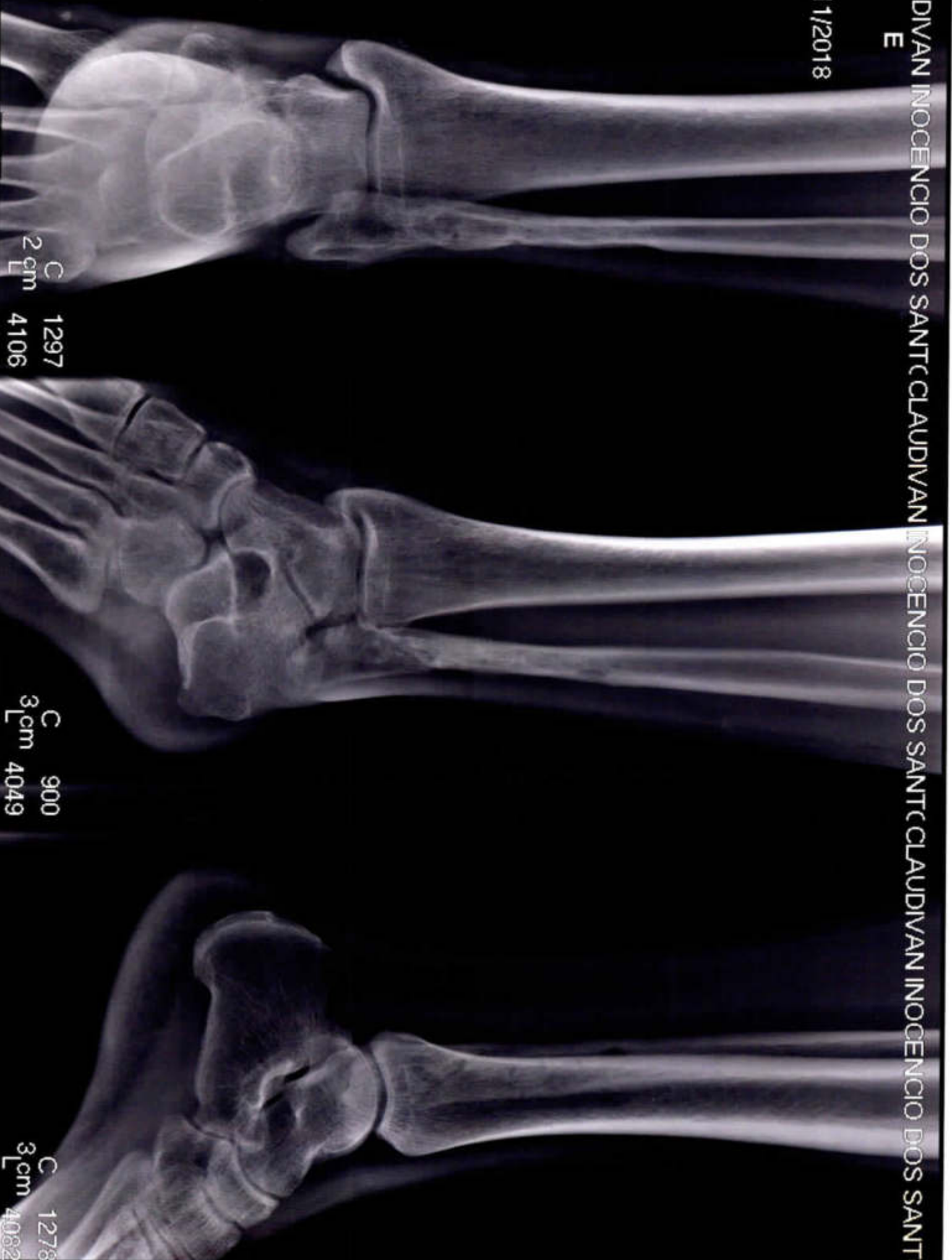
Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dr Eduardo Ungaro CRM 24086-PR
| Médico-radiologista RQE 15085-PR | CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 10/11/2018 11:12:36 GMT -3 (Brasília Time)

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

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO
E

10/11/2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS		
	SOC. SEGURO / ORG. SEGURO SP 3085958 SCS PB	
	CPF 057.195.224-09	
	DATA NASCIMENTO 19/09/1984	
	PAISÃO CARLESIO DINIZ DOS SANTOS JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS	
PROVAÇÃO	ACC	CRIME
05209739372	06/04/2020	30/08/2011
EXERCE ATIV. REMUNERADA:		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL POPGAL, PB	DATA EMISSÃO 22/06/2015	
ASSINATURA DO EMISSOR 		
33578375617 PB030322138		
DETRAN, PB (PARAIBA)		

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JAQUES RAMOS WANDERLEY

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

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.195.224 / 09

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.195.224 / 09, 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>AVA BEL FLO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARANÁ</u>
E-mail: <u>JAQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83)999746322</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 09.04.2020

Jaques Ramos Wanderley

Assinatura do Declarante

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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais)
	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
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



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISENT. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

MATRÍCULA
07068223.2

CLIENTE
JAQUES RAMOS WANDERLEY

CPF/CNPJ:
032.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
23/01/2020

INSCRIÇÃO
112.004.115.0005.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA BEL. FCO. DA SILVA AIMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-

FATURA
01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

12/2019 -	7	11/2019 -	8
10/2019 -	8	09/2019 -	11
08/2019 -	7	07/2019 -	6

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	7	R 5307

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
218	226	7	30	0,24
10/12/2019	09/01/2020	NºHm: Y17F649254		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
COMERCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

7,63

67,65

Valor aproximado das tribuições PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 10,18

TOTAL

R\$

67,65

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N.º 7.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N.º 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA
07068223.2

INSCRIÇÃO
112.004.115.0005.000

FATURA
01/2020

NÃO RECEBER APÓS
31/01/2021

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

DEBITO AUTOMATICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3180268255 3 - CPF da vítima: 057.195.224-09 4 - Nome completo da vítima: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS 6 - CPF: 057.195.224-09
7 - Profissão: MOTONISTA 8 - Endereço: RUA FELINTO MARTINS 9 - Número: 569 10 - Complemento:
11 - Bairro: PENEIRAS 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUZO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 40798-6 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: AMINTAS SANTAS WANDERLEY JUNIOR CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY CPF: 059.842.374-09

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMBAL-PB, 09.04.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nova fatura conta de energia elétrica Nº 040.714.887



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insu. Est. 18.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS
RUA FELINTO MARTINS 569
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/207128-0

REFERÊNCIA

MAR/2020

APRESENTAÇÃO

19/03/2020

CONSUMO

57

VENCIMENTO

26/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 51,59

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/04/2020

Pagador: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS CNPJ/CPF: 057.195.224-09

RUA FELINTO MARTINS 569 - PEREIROSO - POMBAL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120013421253	000207128202003	26/03/2020	R\$ 51,59	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA**Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 262/2018**Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITOData do fato: 21/01/2018– por volta das 17:00horasLocal do ocorrido: Estrada vicinal que liga o Sítio Santa Maria a Pombal- PBData e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 14/04/2018– 10:10 Horas**COMUNICANTE:**

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, Filiação: Carlesio Diniz dos Santos e Jacira Inocencio dos Santos; **Profissão:** motorista; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 19/09/1984; **Endereço Residencial:** Rua Felinto Martins, 569, Pereiros, Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 9 96927062/**Portador de RG nº** 3085958 **SSP-PB. CPF** 057.195.224-09

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta **HONDA CG 150 FAN ESI – PRETA– PLACA OGF 8430/PB, CHASSI 9C2KC1670DR000960, ANO /MODELO 2012/2013**, licenciada em nome de MARCOS ANTONIO DE SOUSA; Que o comunicante afirma que perdeu o controle da motocicleta em uma poça de lama, vindo a cair na estrada; Que teve fratura na perna esquerda, além de algumas escoriações; Que foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital Regional de Pombal, tendo sido atendido e liberado, voltando posteriormente para realização de cirurgia após 15 dias do acidente; Que testemunharam o fato as pessoa de pessoas de JOSE HELIO MOURA NUNES, RG 2.930.356 SSP-PB, residente a Rua Júlio Carlos Lucena de Medeiros, s/n, Ap 102, Altiplano, Pombal-PB; e FRANCINILDO VIEIRA DA NOBREGA, RG 3.765.890 SSP-PB, residente a rua João Capuxu, ap. 01 – 1 andar, centro – Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 14 de ABRIL de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

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

COMUNICANTE 1:

Claudiovan Inocencio dos Santos

1ª Testemunha:

Jose Helio Moura Nunes

2ª Testemunha:

*Francinildo Vieira da Nobrega**Manoel de Sousa Lucena*
Manoel de Sousa Lucena
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146668

Vítima: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000040798-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3180268255 3 - CPF da vítima: 057.195.224-09 4 - Nome completo da vítima: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS 6 - CPF: 057.195.224-09
7 - Profissão: MOTONISTA 8 - Endereço: RUA FELINTO MARTINS 9 - Número: 569 10 - Complemento:
11 - Bairro: PENEIRAS 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 40798-6 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: AMINTAS SANTAS WANDERLEY JUNIOR CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY CPF: 059.842.374-09

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMBAL-PB, 09.04.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200146668

Vítima: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDIVAN INOCENCIO DOS 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MOTORISTA, COM RG: 3085958 SSDS/PB E CPF: 057.195.224-09, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FELINTO MARTINS, 569, PEREIRO, POMBAL - PB.

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

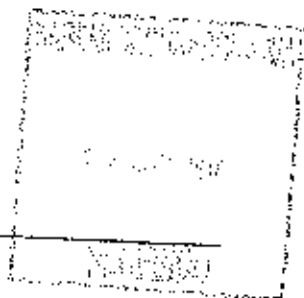
PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT INVALIDEZ E DAMS, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT INVALIDEZ E DAMS para a vítima CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS.

POMBAL - PB, 16 / 05 / 2018.



Claudivan Inocencio dos Santos

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)



RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço (por autenticidade) a firma de: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, CONJUGADO (a) a: DOO PB. POMBAL-Pernambuco, 16/05/2018.

GRANDESENTE GUEIROGA
Selo Digital de Segurança Normal 5 ACW55643 K4CV
Contra as falsificações e o uso indevido da tecnologia digital
E-MAIL: RS-11-3828-35ENK4-024FE-1P-100
NÃO É AUTENTICIDADE A FIRMADA POR OUTRO



Cel. João Gueiroga
Procurador de Fato e Legitimidade
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013027307249
0056694310-1 000000000000 2017

MARCO ANTONIO DE SOUSA

013027307249

0056694310-1

NOVO

0056694310-1

PAS/MOTOCICLETA/MACAPETI

0056694310-1

21/11/99 / CI

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

RESERVA DE DOMÍNIO

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

00/00/0000

PB Nº 013027307249 BILHETE DE SEGURO DPVAT

12/05/2012

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraliber.com.br

0056694310-1

0056694310-1

0056694310-1

0056694310-1

0056694310-1

0056694310-1

0056694310-1

0056694310-1

0056694310-1

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

01388784

UNO CARVATIMBO
IDENTIFICACAO CIVIL DA TONON DE FMR: KEMIS
(02.11.2014) N° 5.58284



ASSINATURA DO DETENTOR

0495110218



11004

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SUPERIOR DA ADVOCACIA
IDENTIFICACAO DE ADVOGADO

NOME
JACQUES RANOS WANDERLEY

ENDEREÇO
AV. N° 150 JACQUES WANDERLEY
61100-000 RANOS WANDERLEY

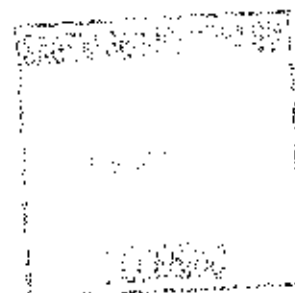
DATA DE EMISSAO
02/05/2010

VALIDADE
05/05/2010

242528 - BSC 25

052.878.154-000

138.00000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-239

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Jacques Ramos Wanderley

CARTÃO DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA EXPEDIENTE 01/07/2014

NOME **JACQUES RAMOS WANDERLEY**

FILIAÇÃO **RICILTON SANTAS WANDERLEY**
RILEVANIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE **POREAL-PE** DATA DE NASCIMENTO **05/05/1980**

CCC ORDEM **CASAM N. 10726 FLB. 248 LIV. R-28**

CARTÃO **POREAL-PE**

CPF **032.976.134-08**

LEI Nº 7.166 DE 28/06/84



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Admite Anter

FICHA DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: LEITO:

PACIENTE:

NOME: Claudion Inácio Santos

COR: B DATA DE NASCIMENTO: 19/09/85 IDADE: 33 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Vasconcelos PROFISSÃO: Retirada

CARTÃO DO SUS: 909 0048 7560 4151 RG/CNH: 3.85 95 8

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua Brasil, 323

ESTADO: RJ CEP: 28400-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: DATA DE ATEND.: 11/03/18

SINAIS VITAIS:

PA: SPO: FC: R: HGT:

T: PESO: GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS:

QUEIXAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Prontidão de atendimento, paciente apresenta 15 anos, sexo masculino, residente em Pombal RJ, e histórico de pneumonia em 2015.

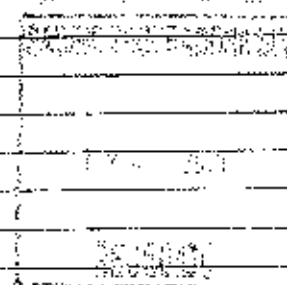
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: RX

RESULTADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1°
- 2°
- 3°
- 4°
- 5°
- 6°
- 7°
- 8°
- 9°
- 10°
- 11°
- 12°
- 13°
- 14°
- 15°
- 16°
- 17°
- 18°
- 19°
- 20°





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 05/02/2018 08:34:13

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.:

0232

Paciente: **CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS**

Idade: 33 Sexo: M

Filiação:

Pai: **CARLESIO DINIZ DOS SANTOS**
Mãe: **JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS**

Endereço:

Cidade: **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**
Endereço: **MIGUEL BRILHANTE**
Bairro: **PEREIRO**
Naturalidade: **POMBAL - PB**
Fone:

Nº:

Documentos:

CNS: **705-0048-7560-7151**
Identidade:
CPF:
Emp. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: **19/09/1984**
Cor: **PARDA**
Estado Civil: **CASADO(A)**
Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Responsável:

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

Paciente vítima de acidente de moto
e trauma em tórax @

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

Sem a palpação da musculatura dorsal

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx e Ex tórax @

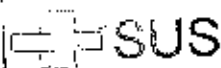
Fratura de costela lateral

Diagnóstico:

Motivo de Alta:

Resultado: () Sã Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: _____

Recepcionista: **FATIMA**



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2592568	
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO			
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE			
CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RACA / COR
705-0048-7560-7151	19/09/1984	M	PARDA
9 - NOME NA MÃE		10 - TELEFONE	
JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS			
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
CARLESIO DINIZ DOS SANTOS			
12 - ENDEREÇO	13 - BAIRRO		
MIGUEL BRILHANTE	PEREIRO		
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 vítima de acidente de moto e fratura			
1m ing (2)			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Necessidade de tratamento médico			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Fratura anelada lateral			

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - COD PROCEDIMENTO	
Internação hospitalar			
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
Ortopedia	Unidade	() CNS () CPF	036784304-81
31 - ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC.	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)
Dr. José Cassimiro Neto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 1804 - CRMPE 19497 POMBAL - PB - 58840-000		05/02/18	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL		
() CNS () CPF			
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
1 / 1			

Nome: Gláucia Inácio dos Santos
 Filiação: Gláucia Inácio dos Santos
 Sexo: Muc. Idade: 33a Cor: Parda
 Procedência: Clínica Ginecológica Data: 25 / 02 / 98
 Cirurgião: Dr. Dr. Cassimiro Auxiliar: _____
 Anestesista: Dr. Silvestre Anestesia: Raque + Sedação
 Início da anestesia: 18:00' Término: 18:07' Duração: _____
 Início da intervenção: 18:10' Término: _____ Duração: _____

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

Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocafna 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida
 Enfermeira
 COREN-PB 264578

Hospital		Enfermagem		Leito		Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome		Idade		Sexo	
Data		Pressão Arterial Puls		Respiração		Temperatura	
Tipo Sanguíneo		Hemácias		Homoglobina		Hematócrito	
		Urina		Glicose		Ureia	
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite			
Ap. Circulatório		Eletrcardiograma					
Ap. Digestivo		Ap. Urinário					
Estado Mental		Alergia		Hipotensões			
Diagnósticos Pré-Operatório		Estado Físico		Risco			
Anestésicos Anteriores							
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às		Efeito	
AGENTES ANESTÉSICOS 02 100 2				12 12 20		Baixo	
Líquido						INDUÇÃO Sala: _____ Exit: _____ Tosse: _____ Largou espamp: _____ Lento: _____ Náuseas: _____ Vômito: _____ Outros: _____	
COMO P.V. ARTÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO % - ANESTESIA - OPERAÇÃO 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20						MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISP. Sim: _____ Não: _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexo na SO: _____ Obst: _____ Col: _____ Ent: _____ Náuseas: _____ Vômito: _____ Outros: _____ Como Câmbio Para lado Sim: _____ Não: _____ Condições: _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							

Agente: *Medicina Ry: (2) Morfina 10mg*

Técnica: *Rapido e seguro*

Operação: *Tp - Enxerto novo r. (R)*

Cirurgião: *Dr. Carlos*

Anestésico: *Indoctrina*

Observações:

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

Siddhanta G. Lacerda
Médico

FOLHA DE ANESTESIA



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



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL

NOME DO PACIENTE

Cláudio de Moraes

Nº PRONTUÁRIO

DATA DA OPERAÇÃO

25/02/18

END.

LEITO

OPERADOR

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de mola do lateral

TIPO DE OPERAÇÃO

Redução de mola do lateral

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

Curado

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGAÇURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAL

- 1) Incisão em DOR, 5cm no antebraço.
- 2) Anestesia com álcool 70%.
- 3) Redução da mola do lateral.
- 4) Fixação com 2 pontos de sutura.
- 5) Sutura com fio 3/0.
- 6) Curativo com gaze e antisséptico.
- 7) Devido à gravidade e duração da fratura lateral, a redução com placa lateral e parafusos com 2 parafusos com anéis de redução.
- 8) Sutura com fio 3/0.
- 9) Curativo.

Dr. José Cassimiro Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 1201 CRMPL 19637
TEDE 15256



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



ATESTADO MÉDICO

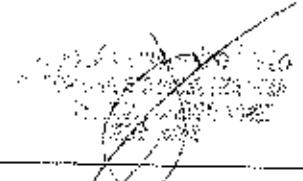
Atesto, para os devidos fins, que Claudia Maria Innocência
da Silva Santos portador do RG _____

Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas.

Sendo portador da infecção CID-10 B86.6

Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de 60 sessenta dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 22 de 01 de 20 18


Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o

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

Assinatura do paciente ou responsável



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Wladimir
Imaculada dos Santos
portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 382.6.
Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 60
Quarentena dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 19 de 03 de 20 18

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura e Carimbo do Responsável

VALOR EM TÍTULOS
 D. TENDIMENTO FISCAL
 1096083111

NOME
 CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

N.º DO TENDIMENTO FISCAL
 1096083111

CIDADE
 057-195-224-09 19/09/1984

ENDEREÇO
 CARLESIO VIDUZ DOS SANTOS
 JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS

DATA DE EMISSÃO
 30/08/2015

VALOR EM TÍTULOS
 D. TENDIMENTO FISCAL
 1096083111

DATA DE EMISSÃO
 22/05/2015

VALOR EM TÍTULOS
 D. TENDIMENTO FISCAL
 1096083111

DATA DE EMISSÃO
 22/05/2015

PALMIRA - 19/09/1984
 19/09/1984

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **MARCOS ANTONIO DE SOUSA**, RG nº 1.206.379, data de expedição 20.05.1986, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 873.073.404-53, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua João Josias de Sousa, nº 202, Vida Nova, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS**, cujo o condutor era **CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Ano: 2012

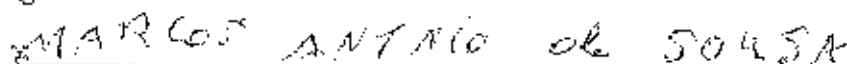
Cor: PRETA

Placa: OGF 8430/PB

Chassi: 9C2KC1670DR000960

Data do Acidente: 21/01/2018

Local e Data: POMBAL-PB, 16 /05 /2018


MARCOS ANTONIO DE SOUSA

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: MARCOS ANTONIO DE SOUSA, CONTEÚDO (Nº) DOU PE, POMBAL-Paraíba.

FRANCISCO DEBREGA QUEIROGA

Seu Digital de Localização: Rua Normal 9-A, 06044-5/111

Contato de dados do usuário: https://seuportal.igloojus.br

LOCAL: 25.11.38 FA: 076138 028 FE: 00000000

VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE



Cel. João Queiroga

1º Ofício de Polícia e Registro e Trânsito

CNPJ: 09.235.815/0001-26

Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Friburgo Chm. 220 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 51.015-500 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARAÍBA - COMERCIAL
INFORME DE FATURAMENTO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUAS E ESGOTOS E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
12.004.115.0005.000	000	Unidade	Consumo	Valor	Preço	
		0	1	8	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
4171649254	23/01/2018	EXT-ACR	ACABO	POTENCIAL

INTERIOR LITRAL - CONSUMO QUÍMICO - MÊS DE DIAS - PRÓXIMA LEITURA

1	5	4	16	07/03/2018
TESTE DE CORREÇÃO DE LEITURA - QUANTO DA ÁGUA DEGRUPO 2.914/2018 - MÊS				
JAN/2018	10	0	PARÂMETROS	ANÁLISE CONFORMES
DEZ/2017	10	0	TURBIDEZ	46
NOV/2017	10	0	COLOR	46
OUT/2017	10	0	COL. NERVO	0
SET/2017	10	0	COL.	33
AGO/2017	10	0	COL. TOTAIS	46
MEDIANAS	10		DADOS REFERENTES A AGO/2017	

DATA DA IMPRESSÃO: 03/02/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 07:42:35

DECLARAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL - UNIDADES		
CONSUMO DE ÁGUA	4 M3	65,74
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE IMPOSTOS: R\$ 6,28 FÓRmula CONFIN. LIT. 12.741/13

VENCIMENTO: 23/02/2018 Total a Pagar: R\$ 65,74

FUNÇÃO DE LEITURA REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: ESTIMADO LÍMITE DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO **
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VALOR MÍNIMO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2018	02/02/2018	R\$ 65,74

DEBITO AUTOMÁTICO

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 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**.

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

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

Pelo exposto, eu JAGUES RAMOS WANDERLEY, inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.446.134/08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.495.324/09, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.495.324/09, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Eu Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 020,00 e apresento os documentos comprobatórios: IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA BELA FLORESTA, 215 - JARDIM DA AMERICA		215	ESCRITÓRIO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PETROPOLIS	POMBAL	PARAÍBÁ	58.540-000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
JAGUES.4DV@GOL.COM.BR		(83) 999746322	(83) 981489166

POMBAL, PB, 17 de MAIO de 2018
Local e Data

Jagues Ramos Wanderley
Assinatura do Declarante



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO ABATIMENTO EM FOLHAS
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do Contribuinte	Nome do Contribuinte	Telefone
012.871.134-03	JACQUES FARIAS WANDERLEY	(201) 3421.5015
Endereço	Número	Complemento
QUINTA FEIRA D. JOSE VIEIRA DE CARVALHO	254	CASA
Bairro/Cidade	UF	Município
BOA VISTA	PARANÁ	POMBAL
		CEP
		170

TOTAL TENDIMENTOS (RESULTAVEL)

(Valor em reais)

R\$ 520,77

IMPOSTO EM VALOR

R\$ 534,96

IMPOSTO A RASTIGAR

0,00

SALDO DO IMPOSTO A PAGAR

R\$ 534,96

IMPOSTO A PAGAR

CARGO DE CAPITAL - MONTA EM FOLHAS

0,00

DECLARAÇÃO (Declaração de Imposto de Renda) em 28/04/2015

NÚMERO DE FOLHAS

VALOR EM FOLHAS

R\$ 534,96

CONFIDENCIAL



Declaração recebida em 28/04/2015
pelo Agente Receitor DEB/DFC
em 28/04/2015 às 14:53:05
1254725111

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CCAUDIVAN LINDOMATO DOS SANTOS

RG nº 30.352.58, data de expedição 22/06/15, Órgão SSP/PP,

CPF nº 053.196.329-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>RUA CELINTO MARTINS</u>
Número	<u>559</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>PONTELOS</u>
Cidade	<u>POMBALE</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>83.940-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999796322 (83) 989438766</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBALE PR, 12.05.2018

Assinatura do Declarante: CCAUDIVAN LINDOMATO DOS SANTOS

[illegible]

ENTEROSOL® (Parsippany, NJ) is a trademark of ENTEROSOL, Inc.
© 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675,

Address: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima entrega	CPF / CNPJ / RARF
Mar / 2018	21/03/2018	20/04/2018	5719552409

UC (Unidade Consumidora): 5/207128-0

Canal de contato

[illegible]

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
20/03/18	11169	22/03/18	11283	
Demonstrativo				
02/04/2018	11283	02/04/2018	11283	
Título: TÍTULO: LANCAMEN				
REGI	Consumo em Litros	75,00	11,8840	59,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
02/04/2018	11283	02/04/2018	11283	
DATA	INÍCIO DE MORA	02/04/2018	02/04/2018	
02/04/2018	02/04/2018	02/04/2018	02/04/2018	

CCI Catalogue Classification Item	Formal	30.00	47.06	10.00	52.00	0.35	1.00
-----------------------------------	--------	-------	-------	-------	-------	------	------

57	VENCIMENTO 28/03/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 60,07
----	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)

52	40	47	51	48	88	61	56	66	65	80	74
Mar77	Apr77	May77	Jun77	Jul77	Aug77	Sep77	Oct77	Nov77	Dec77	Jan78	Feb78

4f6f.774f.4214 6bd1.85b1.3bc0.cdc6.bbe5.

Indicadores de Qualidade 2008 Total

Unidade da ANEEL	Atividade	Unidade de Medida	Discriminacao	Valor unitario	%
DISTRIBUICAO	6,41		Servicos de Engenharia	14,20	28,51
TRANSMISSAO	11,82		Composicao Energia	16,70	27,30
DISTRIBUICAO	23,64	250	Servicos de Transmissao	2,16	2,52
TRANSMISSAO	5,12		Servicos de Distribuicao	0,93	5,64
TRANSMISSAO	8,85		Servicos de Distribuicao e Energia	27,97	36,21
TRANSMISSAO	13,70		Outros Servicos	0,00	0,00
TRANSMISSAO	3,46				
TRANSMISSAO	7,22	241			
			Total	60,07	100,00

Valor de 1 VU (R\$ 1.200,00) (R\$ 1.200,00)

Valer de El 450 | Reg 7 | 20:00 | 16/5/20

ATENÇÃO

Faturas em atraso

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CLAUDIVAN ROCCO C/O JOSÉ SANTOS

CPF da Vítima

057.195.224-29

Data do Acidente

21/01/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

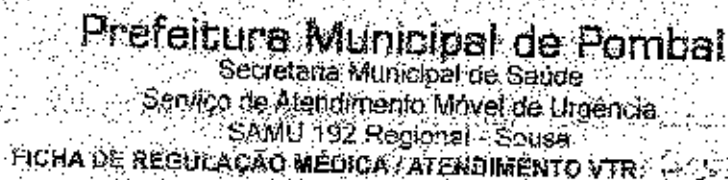
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

10ª CAL-CE, 17 de MAIO de 2017

Local e Data

Campo 2 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Prefeitura de
POMBAL

Clinico

[illegible]

DESTINO			
LOCAL	RESPONSÁVEL	OBS	
LOCAL	RESPONSÁVEL	OBS	

TIPO DE ABRAYO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)		ANTECEDENTES
☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	MEDICAMENTOS _____ PATOLOGIA(S) _____ ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO _____ VACINAS _____	

[illegible][illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO: (P) ENFERMEIRO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E ASSINATURA)

ENFERMEIRO: James Leão de Almeida COSEX: 227630-2 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

CONDUZIR A EQUIPE: _____ SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

DOCUMENTOS PESSOAIS	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS
CARTELAS QUANTIDADE	MARCA	MODELO	MARCA	MODELO		
CARTÕES DE CRÉDITO	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	NIPE CARD	OUTROS	
CARTÕES DE BANCO	NOMES DO BANCO					
QUANTIDADE EM ESPÉCIE	VALOR R\$					
CAIXOTES (MARCA)	SEGURID (MARCA)		ANEX (QUANTIDADE)			
BRINCO (QUANTIDADE)	PULSEIRAS (QUANTIDADE)		OUTROS			
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO ASSINISTENTE QUE RECEBEU O PRESTADOR						
SEÇÃO		FUNÇÃO				
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

[illegible]

NOME: _____ RG: _____

SIGNATURA: _____

TESTE MUNHA: _____ TESTE MUNHA: _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 262/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 21/01/2018 – por volta das 17:00 horas

Local do ocorrido: Estrada vicinal que liga o Sítio Santa Maria a Pombal- PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 14/04/2018 – 10:10 Horas

COMUNICANTE:

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, Filiação: Carlesio Diniz dos Santos e Jacira Inocencio dos Santos; **Profissão:** motorista; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 19/09/1984; **Endereço Residencial:** Rua Felinto Martins, 569, Pereiros, Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 9 96927062/**Portador de RG nº 3085958 SSP-PB, CPF 057.195.224-09**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta **HONDA CG 150 FAN ESI – PRETA– PLACA OGF 8430/PB, CHASSI 9C2KC1670DR000960, ANO /MODELO 2012/2013**, licenciada em nome de MARCOS ANTONIO DE SOUSA; Que o comunicante afirma que perdeu o controle da motocicleta em uma poça de lama, vindo a cair na estrada; Que teve fratura na perna esquerda, além de algumas escoriações; Que foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital Regional de Pombal, tendo sido atendido e liberado, voltando posteriormente para realização de cirurgia após 15 dias do acidente; Que testemunharam o fato as pessoa de pessoas de JOSE HELIO MOURA NUNES, RG 2.930.356 SSP-PB, residente a Rua Júlio Carlos Lucena de Medeiros, s/n, Ap 102, Altiplano, Pombal-PB; e FRANCINILDO VIEIRA DA NOBREGA, RG 3.765.890 SSP-PB, residente a rua João Capuxu, ap. 01 – 1 andar, centro – Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 14 de ABRIL de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

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

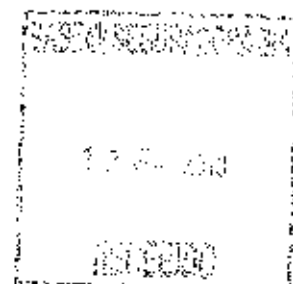
COMUNICANTE 1: Claudio Inocencio dos Santos

1ª Testemunha: Jose Helio Moura Nunes

2ª Testemunha: Francinildo Vieira da Nobrega

Agente de Polícia Civil
Agente de Polícia Civil
Mat. 968343-4

Policia responsável pela lavratura do boletim:



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

057.195.224-09

ELANDIAN INOCENCIO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ELANDIAN INOCENCIO DOS SANTOS

CPF titular da conta

057.195.224-09

Profissão

MOTORISTA

Endereço

RUA FELIPE MARTINS

Número

561

Complemento

Barrio

AMARAL

Cidade

PAMPAL

Estado

PARANÁ

CEP

58.845-000

Email

Telefone (DDD)

(031) 9744322

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (257)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0312

CONTA

40238-6

SEU

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

CONTA

NRO

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PAMPAL, 17 de MAIO de 2018

Local e Data

Elendian Inocencio dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000040798-6

Nr. da Autenticação C4D1BD3AD77B7DB2

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114214/20

Vítima: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

CPF: 057.195.224-09

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 21/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDIVAN INOCENCIO
DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS : 057.195.224-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/04/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/04/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:	CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS , BRASILEIRO, SOLTEIRO, MOTORISTA, COM RG: 3085958 SSDS/PB E CPF: 057.195.224-09, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FELINTO MARTINS, 569, PEREIRO, CEP: 58.840-000, POMBAL - PB. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)
OUTORGADO:	Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS**, COM RG: 3085958 SSDS/PB E CPF: 057.195.224-09 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 01 / 2018.

POMBAL - PB, 09 / 04 / 2020.

Claudian Inocencio dos Santos

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS. Em test. de verdade. Dou fe. POMBAL-PB, 09/04/2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de Autenticação Tipo Normal B-A1A29346-7A21
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,89 FAREN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146668 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P6 P10 P11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146668 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P6 P10 P11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50