



23/07/2020

Número: **0800526-12.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAUDIVAN INOCENCIO DOS 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
32599 247	23/07/2020 15:40	2736559_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624>

Número do documento: 20072315402711100000031223624

Num. 32599247 - Pág. 2

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

69173737

REFERÊNCIA

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
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.355.0170.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
3083013264	17/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NÚM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA
2505		2518	13		30		08/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
DEZ/2019		14	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS.		CONFORMES
NOV/2019		13	TURBIDEZ		0	0	0
OUT/2019		16	CLORO		0	0	0
SET/2019		11	CÔL. TERHOT		0	0	0
AGO/2019		10	COR		0	0	0
JUL/2019		15	CÔL. TOTAIS		0	0	0
MÉDIA(M)		13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
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 12.743/12

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 NÃO
HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO
SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS
DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES
NAS FATURAS DE 2019.

CAGEPA

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

DÉBITO AUTOMÁTICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624>

Número do documento: 20072315402711100000031223624





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.634/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07182566.5

MATRICULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

07182566.5

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

064.XXX.XXX-XX

22/01/2020

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

FATURA

112.002.155.0307.000

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

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

12/2019 -	2	11/2019 -	2
10/2019 -	2	09/2019 -	1
08/2019 -	2	07/2019 -	3

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

NºHm: Y15N469919

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

1

3

R

5302

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

MATRICULA

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



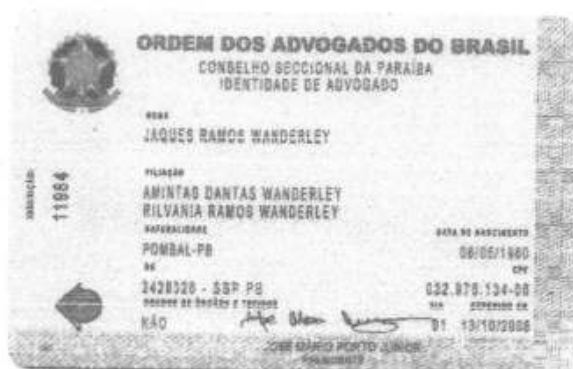
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624>

Número do documento: 20072315402711100000031223624

Num. 32599247 - Pág. 5





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013027307249

L DETRAN - PB
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
CCE
VIA 201700000488172-1
1 0056694310-7 00/00000000 2017

MARCOS ANTONIO DE SOUSA

87307340453

OGF8430/PB

NOVO

PB

9C2KC1670DR000960

PAS/MOTOCICLE/NAQ APPLIC

ABCO/GABOL

HONDA/CG 150 PAN EBI

2012 2013

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

2/7/149, /CI

PARTIC

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

PB Nº 013027307249 BILHETE DE SEGURO DPVAT

T2/03/2013

*** 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

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

002EE04310J HONDA/CG 150 PAN EBI 501

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.548.484/0001-04

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: 434 03

Clinico

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nome: 21/01/1988	Idade: 33	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Local de Ocorrência: UBS Santa Maria	Dano:	Médico Regula:
Agido no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRP <input type="checkbox"/> Agentes de Tráfego <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> QTA MOTIVO:		

DESTINO

LOCAL 1: IRRP	RESPONSÁVEL: [Assinatura]	CBS:
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	CBS:

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:	TRAJETÓRIA MEDICAMENTOS: PATOLOGIA(S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:
--	---

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> TALCO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> FALTA DE RESPOSTA <input type="checkbox"/> OUTRO:		
FUNÇÃO MOTORA: <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO:		
PELE E MUCOSA: <input checked="" type="checkbox"/> PALIDO <input type="checkbox"/> ICTERICO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> FLEBYRA <input type="checkbox"/> SUOREICA <input type="checkbox"/> PETEQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMOSAS <input type="checkbox"/> OUTRO:		
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> MV+ <input type="checkbox"/> MV- <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO:		
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTÓLIA <input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> PULSO NORMAL <input type="checkbox"/> PULSO FLUTUANTES		
SISTEMA DIGESTIVO: <input type="checkbox"/> DUREZA <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG FARDOME <input type="checkbox"/> OLORO <input type="checkbox"/> FLAVO <input type="checkbox"/> FLACIDO <input type="checkbox"/> DOLOR A PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> RM+ <input type="checkbox"/> RM- <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTÉRIA <input type="checkbox"/> HEMATESE <input type="checkbox"/> HEMATESE <input type="checkbox"/> VÔMITOS OUTRO:		
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/> DISURIA <input type="checkbox"/> POLACIURA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SVD DU <input type="checkbox"/> SVA		
QUEIXA PRINCIPAL: DOR LOCAL: MTE	PRÉSTESIA LOCAL:	PARALISIA LOCAL:
OUTRA:		

EXAME FÍSICO

VVA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: - °C GLICEMIA CAPILAR: 88 mg/dl
FR: 14 lpm SpO2 SEM O2: 97 % / SpO2 COM O2: - % FC: 100 bpm PA: 110 mmHg PERFUSÃO (h x 2s) > 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO: ☒ ENFERMEIRO ☐ TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Paciente - trauma de acidente de carro!
Leito 1 BODE do trauma + AOP F.
S.R. + monitorização + Depressão + O2.
Paciente ferido MTE.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E ASSINATURA)

ENFERMEIRO: [Assinatura]	COREN: 887830	TÉCNICO DE ENFERMAGEM:	COREN:
CONDUZIR SOCORRO:	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):	MÉDICO (VISTO):	



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\$						
CAÇADOS (MARCA):	RÓGIO (MARCA):					
BRINCOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE):		OUTROS:		ANIS (QUANTIDADE):	
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 100mg		LODOL (PINCETA) 50ml	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ADADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO OCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
D-CLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
DIPIRONA 1g		FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLOAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLOAMINA COMPOSTA (BUSCONAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100um)	
FLIOSEMIDA		JELCO Nº	
GLUCOSE 50%		LANCET DESCARTÁVEL	
HITROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MASCARA DESCARTÁVEL	
ISORHIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINCA Nº	
MARACRAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLUCOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERALITALINA			
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 Sontes

COR: B DATA DE NASCIMENTO: 19/09/84 IDADE: 33 SEXO: M

NOME DA MÃE: Benca Sontes PROFISSÃO: Intendente

CARTÃO DO SUS: 905 0048 9560 4151 RG/CNH: 3.85.958

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua - Prof. Bezerra

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, vítima de queda de rede, plágio 15,
movel, feror e aboleu no abdômen,
do e brônquio de pneumonia em pulmão

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: PC

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

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



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

Queda de peso

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624>

Número do documento: 20072315402711100000031223624

Num. 32599247 - Pág. 12



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.: _____

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**

N.:

Bairro: **PEREIRO**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone:

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 trauma com fratura*

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

Sem a presença de moléstia lateral

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RX e FX fratura

Diagnóstico:

Fratura de maxila lateral

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: **FATIMA**



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

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

PEREIRO

13 - BAIRRO

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 tmg @

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Requerimento de tratamento cirúrgico

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura anelada 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

Ortopedia

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

Unipolar

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

036784304-51

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Cassiano Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 1201 CRM 19497
1609-1609

32 - DATA SOLIC.

05/02/18

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

1 / 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624>

Número do documento: 20072315402711100000031223624

HOSPITAL REGIONAL DE POMAL - SENADOR RUY CARNEIRO

Nome: Paulistom Inocencio dos SantosFiliação: Paula Inocencio dos SantosSexo: Masc. Idade: 33a Cor: PardaProcedência: Clínica Cirúrgica Data: 05/02/18Cirurgião: Dr. Pr. Cassimiro Auxiliar: _____Anestesista: Dr. Seldhato Anestesia: Raque + SedaçãoInício da anestesia: 18:00' Término: 18:09' Duração: _____Início da intervenção: 18:10' Término: _____ Duração: _____

Produtividade de Materiais - Raque

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
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

Amanda Rodrigues de Almeida
Enfermeira
COREN-PB 264578



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



Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome		Idade	Sexo
Data		Pressão Arterial Pulso		Respiração	Temperatura
Tipo Sanguíneo		Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urela
Hemólise		Urina		Outros	
Ap. Respiratório				Asma	Bronquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo				Ap. Urinário	
Estado Mental				Alergia	Hipotensões
Diagnósticos Pré-Operatório				Estado Físico	Risco
Anestesias Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às	Efeito
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>02</p> <p>PERMANENTE</p> <p>100</p> <p>2</p> </div> <div> <p>10 - 70W</p> <p>112</p> <p>19</p> <p>12</p> <p>20</p> </div> </div>					Efeito
<div style="display: flex;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Líquido</div> <div> <p>100</p> <p>2</p> </div> </div>					<p>INDUÇÃO</p> <p>Satis: _____ Exit: _____ Tosses: _____</p> <p>Laringo espasm: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômito: _____</p> <p>Outros: _____</p>
<div style="display: flex;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">CÓDIGO P.V. ANTÍDOTO PULSO RESPIRAÇÃO VE - ANESTESIA: OPERAÇÃO</div> <div> <p>260</p> <p>240</p> <p>220</p> <p>200</p> <p>180</p> <p>160</p> <p>140</p> <p>120</p> <p>100</p> <p>80</p> <p>60</p> <p>40</p> <p>20</p> </div> </div>					<p>MANUTENÇÃO</p> <p>ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexo na SO: _____</p> <p>Obstr: _____ Co2: _____ Exit: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômito: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Como Cântula</p> <p>Para leito Sim: _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES _____</p>
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					
Posição					
<p>1) Pericardio 12y 2) Morfuo 120y</p> <p>3) Ropno 12y 4) Ropno 12y</p> <p>DDH - 12y 12y - 12y</p>					
Agentes					
Técnicas					
Operação					
Cirurgião					
Anestesiista					
Observações					

Siddharta 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	<i>Cláudio Imenes</i>	Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO	<i>25/01/18</i>	ENF.	LEITO
OPERADOR		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR		3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	<i>Fratura de malsola lateral</i>		
TIPO DE OPERAÇÃO	<i>Osteossíntese de malsola lateral</i>		
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	<i>S. 472.300</i>		
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) Acesso em DOR. 2) Reparação de
3) Acesso de malsola lateral
4) Acesso em malsola lateral (1/3/18)
5) Acesso em malsola lateral
6) Acesso em malsola lateral
7) Acesso em malsola lateral
8) Acesso em malsola lateral
9) Acesso em malsola lateral
10) Acesso em malsola lateral
11) Acesso em malsola lateral
12) Acesso em malsola lateral
13) Acesso em malsola lateral
14) Acesso em malsola lateral
15) Acesso em malsola lateral
16) Acesso em malsola lateral
17) Acesso em malsola lateral
18) Acesso em malsola lateral
19) Acesso em malsola lateral
20) Acesso em malsola lateral
21) Acesso em malsola lateral
22) Acesso em malsola lateral
23) Acesso em malsola lateral
24) Acesso em malsola lateral
25) Acesso em malsola lateral
26) Acesso em malsola lateral
27) Acesso em malsola lateral
28) Acesso em malsola lateral
29) Acesso em malsola lateral
30) Acesso em malsola lateral
31) Acesso em malsola lateral
32) Acesso em malsola lateral
33) Acesso em malsola lateral
34) Acesso em malsola lateral
35) Acesso em malsola lateral
36) Acesso em malsola lateral
37) Acesso em malsola lateral
38) Acesso em malsola lateral
39) Acesso em malsola lateral
40) Acesso em malsola lateral
41) Acesso em malsola lateral
42) Acesso em malsola lateral
43) Acesso em malsola lateral
44) Acesso em malsola lateral
45) Acesso em malsola lateral
46) Acesso em malsola lateral
47) Acesso em malsola lateral
48) Acesso em malsola lateral
49) Acesso em malsola lateral
50) Acesso em malsola lateral
51) Acesso em malsola lateral
52) Acesso em malsola lateral
53) Acesso em malsola lateral
54) Acesso em malsola lateral
55) Acesso em malsola lateral
56) Acesso em malsola lateral
57) Acesso em malsola lateral
58) Acesso em malsola lateral
59) Acesso em malsola lateral
60) Acesso em malsola lateral
61) Acesso em malsola lateral
62) Acesso em malsola lateral
63) Acesso em malsola lateral
64) Acesso em malsola lateral
65) Acesso em malsola lateral
66) Acesso em malsola lateral
67) Acesso em malsola lateral
68) Acesso em malsola lateral
69) Acesso em malsola lateral
70) Acesso em malsola lateral
71) Acesso em malsola lateral
72) Acesso em malsola lateral
73) Acesso em malsola lateral
74) Acesso em malsola lateral
75) Acesso em malsola lateral
76) Acesso em malsola lateral
77) Acesso em malsola lateral
78) Acesso em malsola lateral
79) Acesso em malsola lateral
80) Acesso em malsola lateral
81) Acesso em malsola lateral
82) Acesso em malsola lateral
83) Acesso em malsola lateral
84) Acesso em malsola lateral
85) Acesso em malsola lateral
86) Acesso em malsola lateral
87) Acesso em malsola lateral
88) Acesso em malsola lateral
89) Acesso em malsola lateral
90) Acesso em malsola lateral
91) Acesso em malsola lateral
92) Acesso em malsola lateral
93) Acesso em malsola lateral
94) Acesso em malsola lateral
95) Acesso em malsola lateral
96) Acesso em malsola lateral
97) Acesso em malsola lateral
98) Acesso em malsola lateral
99) Acesso em malsola lateral
100) Acesso em malsola lateral

Jr. José Cassimiro Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA 7801 - CRM/PE 19407
TEDE 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 metadiáfisária 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.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114

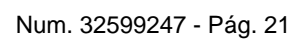


CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO
E

10/11/2018



VÁLIDA EN TODOS
O TERRITORIO NACIONAL





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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>RUA 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

DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624>

Número do documento: 20072315402711100000031223624

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2018

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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	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

2505058096





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 225 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - LEMC. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO

POMBAL

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CFF/CNPJ: 032.XXX.XXX-XX	VENCIMENTO 23/01/2020
-------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	--------------------------

INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO.DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-	FATURA 01/2020
-----------------------------------	--	-------------------

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
-------------	-----------------------	----------------	---------------------

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA				CONSUMO		CONSUMO/DIA	
12/2019 -	7	11/2019 -	8	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)			
10/2019 -	8	09/2019 -	11	219	226	7	30	0,24			
08/2019 -	7	07/2019 -	6	10/12/2019	09/01/2020	N°Hm: Y17F649254					
ECONOMIAS		CONS. POR ECONOMIA		COD. AUXILIAR							
1		7		R		5307					

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	7,143	67,65

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, de 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

DÉBITO AUTOMÁTICO

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: PEREIRAS 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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 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:
(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.

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 contestação, 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 (ou nascido)? ☐ 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 RANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY
CPF: 059.842.774-08

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)

007/7019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624

Número do documento: 20072315402711100000031223624

Num. 32599247 - Pág. 25

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nova tarifa de energia elétrica Nº 040.714.887



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 15.815.833-6

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 - PEREIROS - 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				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624>

Número do documento: 20072315402711100000031223624

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

2ª Delegacia Distrital de Pombal

Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**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 TRANSITO

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

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 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

Marcos de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

Policial responsável pela lavratura do boletim:





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

Rio de Janeiro, 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: PEREIRAS 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\$1.00 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:
(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.

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 contestação, 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 (ou nasceu)? ☐ 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 RANTAS WANDERLEY JUNIOR CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY CPF: 059.840.774-08

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)

007/7019





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

Rio de Janeiro, 15 de 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

Carta nº 15705482

Pag. 00501/00502 - carta_01 - INVALIDEZ



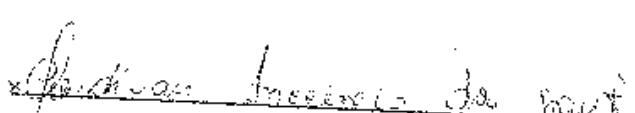
PROCURAÇÃO PARTICULAR

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. CPF: 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.


Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

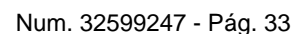
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço (por autenticidade) a firma de: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, CONHECIDO POR: 500 R\$. POMBAL-Paraíba, 16/05/2018.

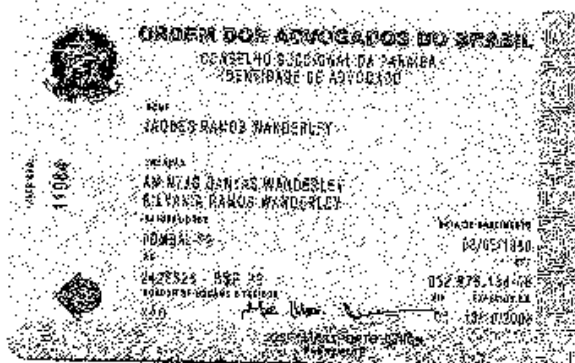
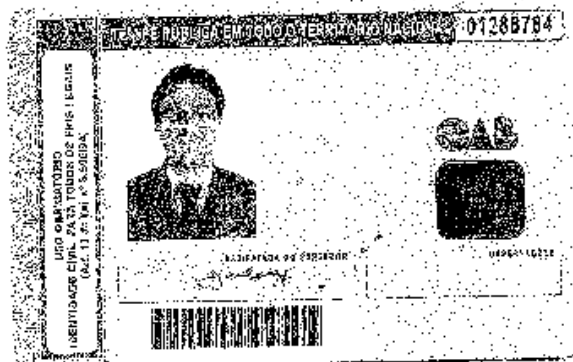
FRANCISCO WERRECA QUEIROGA
Selo digital nº 15272030, Auto Original e AGW35643-K40V
Centro de dados do CNPq e Infraestrutura digital IPIJUS-3
FV000011281138 PASSEIROS 02/05/2018 10:00
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

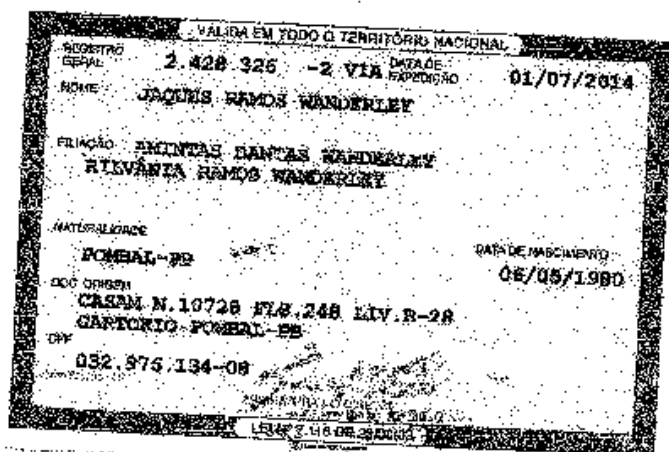
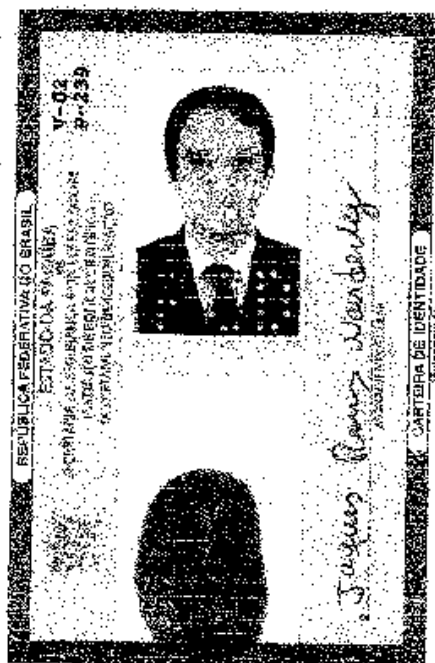
Cel. João Queiroga
1º Oficial de Notas e Cartórios e Tabelão
CNPJ: 09.205.816/0601-26
Telefex: (83) 3434-2175 - Pombal-PB



1967

[illegible]





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: Claudson Inácio Souto

COR: B

DATA DE NASCIMENTO: 19/09/88

IDADE: 33

SEXO: M

NOME DA MÃE: Isaura Souto

PROFISSÃO: Retirado

CARTÃO DO SUS: 909 0048 9565 4151

RG/CNH: 3.85.96.8

MUNICÍPIO: Pombal

ENDEREÇO: Rua Brasil, 333

ESTADO: PB

CEP: 58400-000

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:

Pront, vital, de estado de alerta, plácido, 15-
lúcido, sem alterações no exame físico,
sem alterações de pressão em pulsos @

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. _____

0 229

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: _____

Documentos:
CNS: **705-0043-7560-7151**
Identidade: _____
CPF: _____
Data 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)

*Queixa principal de dor no
membro superior direito*

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

Exame físico normal

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Raio X do membro superior direito
Fratura de metacarpo 5º*

Diagnóstico: _____

Motivo de Alta: _____

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

Recepcionista: **FATIMA**



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		2 - CNES 2592568
---	--	----------------------------

Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE 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		10 - TELEFONE
9 - NOME NA MÃE JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL CARLESIO DINIZ DOS SANTOS		
12 - ENDEREÇO MIGUEL BRILHANTE		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 <i>Queda violenta de altura de cerca de 10 metros</i> <i>1m (ing?)</i>			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Lesão de fratura múltipla</i>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura múltipla lateral</i>	22 - CID 10 PRINC. 	23 - CID 10 SEC. 	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação hospitalar</i>		26 - COD PROCEDIMENTO
27 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO <i>Unipol</i>	29 - DOCUMENTO () CNS () CPF 036784304-81
30 - ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. José Cassiano Neto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 780X CAMP. 19497		31 - DATA SOLIC. 05/02/18
32 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) 		

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
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF 	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL
48 - DATA AUTORIZAÇÃO 	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)
50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR 	



Nome: Glaudivan Francisco dos Santos
 Filiação: Tarcia Francisco dos Santos
 Sexo: Masc. Idade: 33a Cor: Parda
 Procedência: Clínica Cirúrgica Data: 05 / 02 / 18
 Cirurgião: Dr. Pr. Cassimiro Auxiliar: _____
 Anestesista: Dr. Sideltrator Anestesia: Raque + Sedação
 Início da anestesia: 13:00' Término: 13:07' Duração: _____
 Início da intervenção: 13:10' 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
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



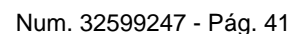
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocafna 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho 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
 CORDEN-PB 264578



ആധാരം: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-

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 Amorim
DATA DA OPERAÇÃO	25/02/18
OPERADOR	1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR
ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA
DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO	Fratura de malhete lateral
TIPO DE OPERAÇÃO	Desmontagem de malhete lateral
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATORIO	sem
RELATÓRIO 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) Acesso por via de acesso lateral
2) Acesso por via de acesso lateral
3) Desmontagem de malhete lateral
4) Desmontagem de malhete lateral
5) Desmontagem de malhete lateral
6) Desmontagem de malhete lateral
7) Desmontagem de malhete lateral
8) Desmontagem de malhete lateral
9) Desmontagem de malhete lateral
10) Desmontagem de malhete lateral
11) Desmontagem de malhete lateral
12) Desmontagem de malhete lateral
13) Desmontagem de malhete lateral
14) Desmontagem de malhete lateral
15) Desmontagem de malhete lateral
16) Desmontagem de malhete lateral
17) Desmontagem de malhete lateral
18) Desmontagem de malhete lateral
19) Desmontagem de malhete lateral
20) Desmontagem de malhete lateral
21) Desmontagem de malhete lateral
22) Desmontagem de malhete lateral
23) Desmontagem de malhete lateral
24) Desmontagem de malhete lateral
25) Desmontagem de malhete lateral
26) Desmontagem de malhete lateral
27) Desmontagem de malhete lateral
28) Desmontagem de malhete lateral
29) Desmontagem de malhete lateral
30) Desmontagem de malhete lateral
31) Desmontagem de malhete lateral
32) Desmontagem de malhete lateral
33) Desmontagem de malhete lateral
34) Desmontagem de malhete lateral
35) Desmontagem de malhete lateral
36) Desmontagem de malhete lateral
37) Desmontagem de malhete lateral
38) Desmontagem de malhete lateral
39) Desmontagem de malhete lateral
40) Desmontagem de malhete lateral
41) Desmontagem de malhete lateral
42) Desmontagem de malhete lateral
43) Desmontagem de malhete lateral
44) Desmontagem de malhete lateral
45) Desmontagem de malhete lateral
46) Desmontagem de malhete lateral
47) Desmontagem de malhete lateral
48) Desmontagem de malhete lateral
49) Desmontagem de malhete lateral
50) Desmontagem de malhete lateral
51) Desmontagem de malhete lateral
52) Desmontagem de malhete lateral
53) Desmontagem de malhete lateral
54) Desmontagem de malhete lateral
55) Desmontagem de malhete lateral
56) Desmontagem de malhete lateral
57) Desmontagem de malhete lateral
58) Desmontagem de malhete lateral
59) Desmontagem de malhete lateral
60) Desmontagem de malhete lateral
61) Desmontagem de malhete lateral
62) Desmontagem de malhete lateral
63) Desmontagem de malhete lateral
64) Desmontagem de malhete lateral
65) Desmontagem de malhete lateral
66) Desmontagem de malhete lateral
67) Desmontagem de malhete lateral
68) Desmontagem de malhete lateral
69) Desmontagem de malhete lateral
70) Desmontagem de malhete lateral
71) Desmontagem de malhete lateral
72) Desmontagem de malhete lateral
73) Desmontagem de malhete lateral
74) Desmontagem de malhete lateral
75) Desmontagem de malhete lateral
76) Desmontagem de malhete lateral
77) Desmontagem de malhete lateral
78) Desmontagem de malhete lateral
79) Desmontagem de malhete lateral
80) Desmontagem de malhete lateral
81) Desmontagem de malhete lateral
82) Desmontagem de malhete lateral
83) Desmontagem de malhete lateral
84) Desmontagem de malhete lateral
85) Desmontagem de malhete lateral
86) Desmontagem de malhete lateral
87) Desmontagem de malhete lateral
88) Desmontagem de malhete lateral
89) Desmontagem de malhete lateral
90) Desmontagem de malhete lateral
91) Desmontagem de malhete lateral
92) Desmontagem de malhete lateral
93) Desmontagem de malhete lateral
94) Desmontagem de malhete lateral
95) Desmontagem de malhete lateral
96) Desmontagem de malhete lateral
97) Desmontagem de malhete lateral
98) Desmontagem de malhete lateral
99) Desmontagem de malhete lateral
100) Desmontagem de malhete lateral

Jr. José Cassimiro Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 7001 / CRM: 19437
TEO: 15256





ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

Claudio Vitorino Imaculencia
0347 940104 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 2018

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 PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE



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

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Maadivam
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
dias (_____) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 14 de 03 de 20 18

Assinatura e Carimbo do Médico

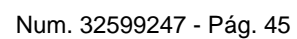
AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura e Carimbo do Responsável



12-10-1946



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

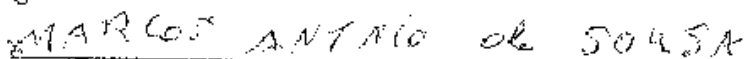
Cor: PRETA

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 (VIA) DOU PE, POMBAL-Paraíba, 16/05/2018.

FRANCISCA DORNEGA QUEIROGA
Selo Digital de Identificação: Rua N.º 134, 3-1111
Cidade de Pombal, PB, 56200-000
LIVOLUM, SS. 1. 39-FA-8774, PB, 028 FL-3, PB, 020
VIA DO SIGNANTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Cel. João Gueiros

1º Ofício de Registro e Registro

CNPJ: 09.235.815/0001-26

Telefax: (81) 3431-2175 - Pombal-PB



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Felizardo Chini, 220 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 55015-570 - CNPJ: 09.123.656/0001-87

PARAÍBA - COMÉRCIO INFORME DE FATURAMENTO
MATRICULA
70682232
REFERENCIA
FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO E SERVIÇOS

AQUER RAMOS WANDERLEY
RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 119 - ESCRITÓRIO
PETROPOLIS POMBA, PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
12.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
171649254	23/01/2013	EXT LACK	ACADO	POTENCIAL

INTERIOR L ATUAL - CONSUMO (LITROS) - MÊS DE DEZEMBRO - PRÓXIMA LEITURA

1	5	4	16	07/03/2018
LISTA DE CONSUMIDORES - LITROS - QUANTIDADE DA ÁGUA - DEZEMBRO 2017 - 14				
JAN/2018	10	0	PARÂMETROS - T - 1	ANÁLIS - CONFORMES
DEZ/2017	10	0	TURBIDEZ	46
NOV/2017	10	0	COLOR	46
OUT/2017	10	0	COL. TERNAL	0
SET/2017	10	0	COL.	33
AGO/2017	10	0	COL. TOTAL	46
MEDIA (M)	10		DADOS REFERENTES A DEZ/2017	

DATA DA IMPRESSÃO: 08/02/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:42:35

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL - UNIDADE (C5)		
CONSUMO DE ÁGUA	5,12	65,74
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRINTOS DE SEIS E 74 CÉNTAVOS - R\$ 30,74

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

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DE FATURAMENTO: ESTIMADA
TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS

++ ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ++
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MATRICULA	REFERENCIA	VALOR INTERIO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2018	3002/2018	R\$ 65,74

DEBITO AUTOMÁTICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624

Número do documento: 20072315402711100000031223624

Num. 32599247 - Pág. 47

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERLEY, inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.436.134/08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CLAUDIVAN INOCENCIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.195.224/09, do sinistro de DPVAT cobertura INSTRUMENTAL da Vítima CLAUDIVAN INOCENCIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.195.224/09, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

IX Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 024,66 e apresento os documentos comprobatórios: IMPÓSITO 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 ADEL RCO. DA SILVA ANTERIDA		219	69017010
Bairro	Cidade	Estado	CEP
BELOHORIZONTE	POMBAL	PARAÍBÁ	55.340-000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	
JACQUES.4DV@GOL.COM.BR		(33) 999746322	
		Telefone celular (DDD)	
		(33) 981489166	

POMBAL, 06 de MAIO de 2018
Local e Data

Jacques Ramos Wanderley
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOAS FÍSICAS

EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2019

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO ADEQUADO E LEVANTAMENTO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do Declarante: 012.971.34-91 Nome completo: JACQUES FARIAS WANDERLEY Telefone: (051) 3141.505
Endereço: QUATAPÉUA JOSÉ VIEIRA DE LIMA RUA Número: 254 Complemento: CASA UF: RJ
Cidade: RIO DE JANEIRO Estado: RJ

TOTAL TENDIMENTOS PRELIMINARES R\$ 20.520,77

IMPOSTO DEVIDO R\$ 5.581,66

IMPOSTO A RESTITUIR R\$ 0,00

SALDO DO IMPOSTO A PAGAR R\$ 5.581,66

IMPOSTO A PAGAR R\$ 0,00

GABARITO DE CAPITAL: NÃO TEM CAPITAL

INSCRIÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA (CNPJ) 29.944.931-2

NÚMERO DE CARTÃO

VALOR PAGAMENTO R\$ 5.581,66

CONFIDENCIAL

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Declaração recebida em manual, JY
pelo Agente Responsável RFB/RS
em 23/04/2019 às 18:55:03
1534020111

653050111

Processo 1.000.000.000.000.000.000



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CLAUDIVAN LINDENBERG DO NASCIMENTO

RG nº 3025958, data de expedição 22/06/19, Órgão SSP/PP,

CPF nº 053.199.324-09, 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/Praça)	<u>RUA CELINTO MARTINS</u>
Número	<u>559</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>PONTEIRAS</u>
Cidade	<u>POMPAZ</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.940-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 199746322 (83) 981438766</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMPAZ PR, 12.05.2018

Assinatura do Declarante: *Claudian Lindenbergh do Nascimento*



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 interdita 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

CLAUDIMAR RODRIGUES DOS SANTOS

CPF da Vítima

093.198.224-09

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.

Local e Data

Local e Data

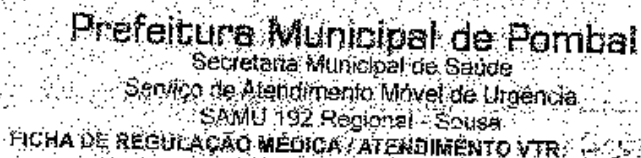
Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Clinico

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENERGÍAS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO: (P) ENFERMEIRO (T) TÉCNICO EM ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E ASSINATURA)

ENFERMEIRO: James Leonardo COREN: 227830 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

CONDUZIR SOCORROS: _____ SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____



RELACÃO DOS PERTENCES

DOCUMENTOS PESSOAIS		RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS
CELULAR: QUANTIDADE		MARCA	MODELO		MARCA	MODELO	
CARTÕES DE CRÉDITO:		MASTERCARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	NIQE CARD	OUTROS	
CARTÕES DE BANCO		NOMES DO BANCO					
QUANTIDADE ESTATÍSTICA VALOR R\$		1					
CAIXINHAS (BANCA)		SEGUNDA (BANCA)		TERCEIRA (QUANTIDADE)			
BRINÇOS (QUANTIDADE)		PULSEIRAS (QUANTIDADE)		OUTROS			
DADOS DO RECEBEDOR							
NOME DO RESPONSÁVEL QUE RECEBEU O PENSAMENTO							
SÉRIE		FUNÇÃO					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR			

[illegible]

ATENDIMENTO NO LOCAL: RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

TESTEMUNHA: _____



DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

2ª Delegacia Distrital de Pombal

Rua Cel. João Carneiro, 288 - centro - Pombal-PB



POLICIA
CIVIL
PARAIBA



GOVERNO
DA PARAIBA

Secretaria de Estado de
Segurança e da Defesa Social

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 Polinto Martins, 569, Perciros, 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 pessoas 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 identificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

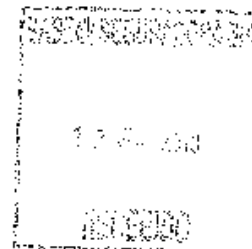
COMUNICANTE 1: Claudio Inocencio dos Santos

1ª Testemunha: Jose Helio Moura Nunes

2ª Testemunha: Francinildo Vieira da Nobrega

[Assinatura]
Maurício de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 765345-4

Policar responsável pela lavratura do boletim:



AS - 0407844/18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315402711100000031223624>

Número do documento: 20072315402711100000031223624



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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	CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS	057.195.224-09	MOTORISTA
Endereço	Número	Complemento
RUA FELIPE MARTINS	563	
Bairro	Cidade	CEP
GRACIOSO	PAMPAL	55.840-000
E-mail	Estado	Telefone (DDD)
	PARANÁ	(041) 99743322

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº 0322 (Informar dígito se existir)		CONTA Nº 40238-6 (Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		BANCO Nome	
AGÊNCIA Nº (Informar dígito se existir)		CONTA Nº (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.

_____, 17 de MAIO de 2018

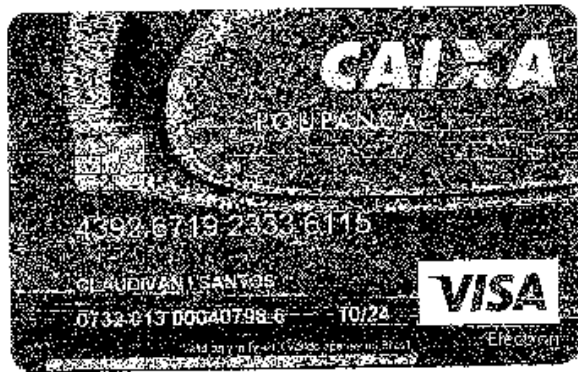
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE-001 V001/2017





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



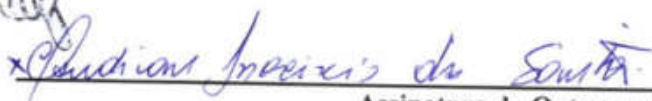
PROCURAÇÃO PARTICULAR

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.



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 fé. POMBAL-PB, 09/04/2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de Realização Tipo Normal B-AK429346-7A21
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.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
Tecnico 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

