



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	<u>2736559_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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

Tel. Comercial: (083) 981488766

Tel. Residencial: (083) 34311825

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

(DESCRIVER)

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

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).







CAGEPA

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

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS JAN/2020

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - I - PETROPOLIS
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
39830113264	17/06/2008	EXT LACRADO	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
2505 2518 13 30 08/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.
DEZ/2019 14 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
NOV/2019 13 TURBIDEZ 0 0 0
OUT/2019 16 CLORO 0 0 0
SET/2019 11 COL. TERRIT 0 0 0
AGO/2019 10 COR 0 0 0
JUL/2019 15 COL. TOTAIS 0 0 0
MÉDIA(m³) 13 DADOS REFERENTES A: NOV/2019.

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31	
DÉSCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m³ - R\$ 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, IFT 1% 741/17
VENIMENTO: 23/01/2020 Total a Pagar: R\$ 52,58



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.807/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA FATURA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSALIS DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



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

DEBITO AUTOMATICO







CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENB ESTADUAL N° 160572028
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 07182566.5

VENCIMENTO
 22/01/2020

MATRÍCULA 07182566.5	CLINTE AMINTAS DANTAS W JUNIOR	ESCRITÓRIO POMBAL	CPF/CNPJ: 064.XXX.XXX-XX
INSCRIÇÃO 112.002.155.0307.000	ENDERECO DO IMÓVEL RUA SANCHAS QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020		FATURA
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
ULTIMOS CONSUMOS 12/2019 - 2 10/2019 - 2 08/2019 - 2	11/2019 - 2 09/2019 - 1 07/2019 - 3	LEITURA ANTERIOR 09/12/2019	CONSUMO (M ³) DIAS NºHm: Y15N469919
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	CONSUMO/DIA 0,10
1	3	R 5302	

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	3 M3	37,91
--	------	-------

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.765 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 REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
 LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N° 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 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

MATRÍCULA
07182566.5INSCRIÇÃO
112.002.155.0307.000FATURA
01/2020NÃO RECEBER APÓS
31/01/2021

VENCIMENTO 22/01/2020

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 630

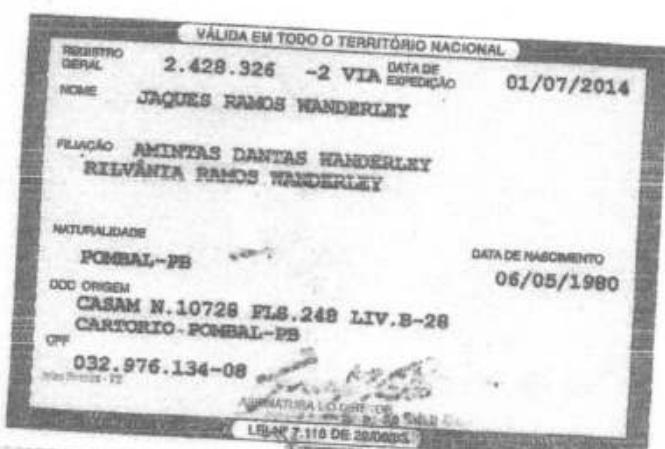
FIRMA: 2

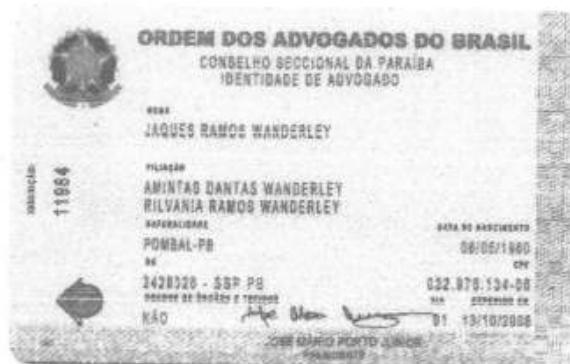
82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

L		DETAN - PB		Nº 013027307249	
A		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
C		VIA: 0566694310-7		DATA: 2017/0000000000000000	
E		NOME: MARCOS ANTONIO DE SOUSA		ANO: 2017	
O					
D					
N					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
K					
L					
M					
N					



Prefeitura Municipal de Pombal

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU 192 Regional - Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 63408



Clinico

IDENTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA

DATA: 21/01/18	CHAMADA: 0649	PACIENTE / USUÁRIO: <i>Desidemis Mendes</i>	Idade: 33	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
LÓGICO DE OCORRÊNCIA: <i>desidemis Mendes</i>		BALNEU:	MÉDICO REGISTRA:	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> AGENTES DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> OUTRO:		<input type="checkbox"/> CTA. MOTIVO:		

DESTINO

LOCAL 1: <i>H.R.P</i>	RESPONSÁVEL: <i>DR. J. M. S.</i>	OBS:
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	OBS:

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	TRATAMENTO: _____	MEDICAMENTOS: _____
<input type="checkbox"/> GINECO - ORSTÉTRICO	_____	PATOLOGIA (S): _____
<input type="checkbox"/> PSICIATRICO	_____	ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	_____	VACINAS: _____

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> DESCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ALTAUTÔNOMO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> DOUTO	_____
FUNCTIONAL MOTORIA: <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	_____
PELE E MUCOSA: <input checked="" type="checkbox"/> PALIDO <input type="checkbox"/> TICLÉTICO <input type="checkbox"/> CINNÓTICO <input type="checkbox"/> PLEOFÍRA <input type="checkbox"/> SUROREICA <input type="checkbox"/> PETEQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMOSIS <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	_____
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input 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"/> MN+ <input type="checkbox"/> INV- <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	_____
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ABSISTOLIA <input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> PULSOS NORMAIS <input type="checkbox"/> PULSO RUFIFORMES	_____
SISTEMA DÍGESTÓRIO: <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESCONTERIA <input type="checkbox"/> HEMATOQUELE <input type="checkbox"/> MUCOSAS <input type="checkbox"/> VÓMITOS OUTRO: _____	_____
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISURIA <input type="checkbox"/> POLACRÚS <input type="checkbox"/> ANURIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	_____
_____	_____
QUEIXA PRINCIPAL: <input checked="" type="checkbox"/> DOR LOCAL: <i>M. T. E.</i>	PARENTESE / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> OUTRA: _____	PARALISIA / LOCAL: _____

EXAME FÍSICO

VIVA: <input type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: <i>38,8</i> °C / GLICEMIA CAPILAR: <i>388</i> mg/dL	_____
FR: <i>17</i> bpm SpO2 SEM O2: <i>97</i> % / SpO2 COM O2: <i>96</i> % / FC: <i>100</i> bpm PA: <i>110/70</i> mmHg PERFUSÃO: <i>fraca</i> () > 2s	_____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

Evolução: ENFERMEIRO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

*paciente com quadro de desidemis Mendes!
sintomas: tbc de dia e noite + AOF E.
s. re + náuseas + dispneia + d. s.
paciente faleceu M. T. E.!*

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E LOGO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <i>James Lettera Brito</i>	COREN: <i>48.7830</i>	TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	COREN: _____
CONDUTOR SOCORRO: <i>287830</i>	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____	MÉDICO (VISTO): <i>Perito</i>	_____



RELAÇÃO DOS PERTENÇES:

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

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 100mg		ICODOL (PINCE) 1x250mg	
ACIRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DCLOFENACO 75mg		ESPIRADRAGO	
DIPRIVONA 1g		FITA DE GLUCAZINA CAPILAR (CÓDIGO N°)	
ESCAPOLAMINA (HOSCINA)		GARROTE	
ESCOPELOAMINA COMPOSTA (BUSEOPAM COMP)		GASE ESTERIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTERIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO NR	
GLUCOSE 5%		LANCOOL DESCARTÁVEL	
HITROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTERIL NR	
IPATROPIK 10% OTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISCRITHIL 5mg		SCALP NR	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA NR	
IMBACITRAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO NR	
SOLUÇÃO DE GLUCOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTÍCO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBAL'PINA			
OUTROS			

ATENDIMENTO NO LOCAL RECUBA

NAME:	RG
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Mediane Neto

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: Cláudivon Inácio dos Santos
COR: B DATA DE NASCIMENTO: 19/09/81 IDADE: 33 SEXO: M
NOME DA MÃE: Brasília dos Santos PROFISSÃO: Intendente
CARTÃO DO SUS: 705 0048 0560 4151 RG/CNH: 30.85.95.8
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. J. Pombal Bezerra
ESTADO: PI CEP: 69910-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND.: 21/01/18

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:

*Reente vitória de quando era neta, passou 15
anos, farto e obeso na infância
não é obeso, só permaneceu em peso.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: FK

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

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





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

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

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr.: 0222

Paciente CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS Idade: 33 Sexo: M

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

Endereço
Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: MIGUEL BRILHANTE N.:
Bairro: PEREIROS
Naturalidade: POMBAL - PB
Fone:

Documentos
CNS: 705-0048-7560-7151
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)

Paciente vítima de acidente de moto
(1) Fratura em frig (2)

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

Exame de frig (1) e de moto (2)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: Fratura de crânio lateral.
Motivo da Alta:

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

Recepção: FATIMA





Sistema Único de da 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 13 - BAIRRO PEREIROS

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Dezena vítima de acidente de moto o fraturou
no tmo (2)*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hospital de tratamento crítico

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL 22 - CID 10 PRINC. 23 - CID 10 SEC. 24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

Fratura molhada lateral

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - COD PROCEDIMENTO

Intervenção ortopédica

27 - CLÍNICA 28 - CARATÉR INTERNAÇÃO 29 - DOCUMENTO 30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

União

União

() CNS () CPF

036784304-81

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

*Dr. José Cassidiro Neto
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 7802 CRMPE 19497*

05/02/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

() CNS () CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (N° REG. CONSELHO)

/ /



HOSPITAL DIOCESSANO SANTO INNOCÉIO D'ORRUY CALDÉMIO		
Nome:	<u>Plantuim Innocencio dos Santos</u>	
Filiação:	<u>Faúvia Innocencio dos Santos</u>	
Sexo:	<u>M</u>	Idade: <u>33</u> Cor: <u>Pauda</u>
Procedência:	<u>Clínica Uníngua</u> Data: <u>05/02/18</u>	
Cirurgião:	<u>Dr. Fábio Cassimiro</u>	Auxiliar:
Anestesista:	<u>Dr. Sieldheres</u>	Anestesia: <u>Raque + Sedação</u>
Início da anestesia:	<u>18:00'</u>	Término: <u>18:07'</u> Duração:
Início da intervenção:	<u>18:10'</u>	Término: _____ Duração: _____

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocafina	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
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Espadrapo	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
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 07/02/18		Pressão Arterial Pulso		Respiração	Temperatura		
Tipo Sanguíneo	Hemátes	Hemoglobina	Hematócito	Glicerina	Ureia		
	Urina				Outros		
Ap. Respiratório	M0 SRR				Asma	Bronquito	
Ap. Circulatório	SCVCA em 250				Eletrocardiograma		
Ap. Digestivo	Fezes				Ap. Urinário		
Estado Mental	Paz				Alergia	Hipotensões	
Diagnósticos Pré-Operatório						Estado Físico	Risco
Anestesias Anteriores							
Medicação Pré-Anestésica		(15 = 700)		Aplicado às	Efeito		
AGENTES ANESTÉSICOS	19	12	12		Efeito		
	02	100	12				
Líquido	500	2					
	H2O						
INDUÇÃO							
Satis: _____ Exit: _____ Toss: _____							
Laringo esparr: _____ Lenta: _____							
Náuseas: _____ Vômito: _____							
Outros: _____							
MANUTENÇÃO							
ANESTESA SATISF: Sim: _____ Não: _____							
Não, por quê? _____							
DESPERTAR							
Reflexo na SO: _____							
Obstr.: _____ CO2: _____ Exit: _____							
Náuseas: _____ Vômito: _____							
Outros: _____							
Como Círculo							
Para leito Sim: _____ Não: _____							
CONDIÇÕES: _____							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
Aguas: <i>Medicinas 1200 - Glucos 1000</i> Técnicas: <i>Retrogrado</i> Operação: <i>Top - Enxoval bucal e oral</i> Clírgicas: <i>Consciente</i> Anestesistas: <i>Indolus</i> Observações: <i>Indolus</i>							

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

Siddharta G. Lacerda
Medico
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	Cláudia Lima	Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	25/07/18	ENF.
OPERADOR		1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de maléolo interno.	
TIPO DE OPERAÇÃO	Osteosíntese de maléolo interno.	
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	Fratura de maléolo interno.	
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
RELATÓRIO DA OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
1) Tocante em POF. 2º reforçando.		
2) Aperte a artéria.		
3) Descorrer o círculo auxiliar.		
4) Intro em sua balha (P. 1º)		
5) Sutura de Ponto.		
6) Encostando fio e ferida.		
7) Recuperação óssea e cicatriz com placa luxada + ferida com ferida e apertando bem a ferida de sangue.		
8) Sutura ferida ferida.		
9) Encostar ferida ferida.		
<p>Jr. José Cassimiro Neto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM/PB: 7801 CRM/PI: 19407 TELE: 15255</p>		





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



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. 19

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

E

10/11/2018







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

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

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

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

Pelo exposto, eu JAQUES RAMOS WANDA CCY

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: AVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA BCL FCO DA SILVA ALMADA</u>	Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	<u>PETROLÍPOLIS</u>	Cidade:	<u>POMBAL</u>	Estado:	<u>PB</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 Wandrade

Assinatura do Declarante



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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

(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 AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20200170682232 ESCRITÓRIO POMBAL

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

VENCIMENTO
23/01/2020

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CPF/CNPJ: 032.***.***-XX	FATURA 01/2020
INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-000		
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
ULTIMOS CONSUMOS 12/2019 - 7 10/2019 - 8 08/2019 - 7	11/2019 - 8 09/2019 - 11 07/2019 - 6	LEITURA ANTERIOR 219 10/12/2019 09/01/2020	CONSUMO (M ³) 30 NºHm: Y17F649254
ECONOMIAS 1.	CONS. POR ECONOMIA 7	COD. AUXILIAR R 5307	CONSUMO/DIA 0,24

DESCRÇÃO DOS SERVIOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	T 143	67,65

Valor aproximado desse tributo PIS e COFINS, Lei 12.781 de 2013, R\$ 10,18

TOTAL R\$ 67,65

AVISO A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
 LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEBITO AUTOMATICO





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: **CLAUDIOVAN 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: **CLAUDIOVAN INOCENCIO DOS SANTOS** 6 - CPF: **057.195.224-09**
 7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA FELINTO MARTINS** 9 - Número: **569** 10 - Complemento: **—**
 11 - Bairro: **PENEIRAS** 12 - Cidade: **POMBAL** 13 - Estado: **PB** 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **40798-6** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **—**

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

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

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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

40 - Local e Data: **POMBAL-PB, 09.04.2020**

* **Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019

38 - 1º | Nome: **AMINTAS RANTAS WANDERLY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

Amintas Rantos Wandlerly junior

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **MAYARA MONIQUE QUINAGA WANDERLY**

CPF: **109.845.774-09**

Mayara Monique Quinaga Wandely

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para sempre pagamento da conta da energia adiada. N° 040.714.887



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.815.823-8

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS
RUA FELINTO MARTINS 569
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/207128-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2020	19/03/2020	57	26/03/2020	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 26249120013421253	Nr Documento 000207128202003	Data Vencimento 26/03/2020	Valor do Documento R\$ 51,59	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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.

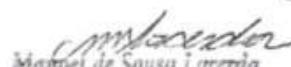
AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

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

COMUNICANTE 1: Cládivan Inocencio dos Santos

1ª Testemunha: Jose Helio Moura Nunes

2ª Testemunha: Francinildo Vieira da Nobrega


Manoel 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, retorno 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

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. 28



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: **CLAUDIOVAN 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: **CLAUDIOVAN INOCENCIO DOS SANTOS** 6 - CPF: **057.195.224-09**
 7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA FELINTO MARTINS** 9 - Número: **569** 10 - Complemento: **—**
 11 - Bairro: **PENEIRAS** 12 - Cidade: **POMBAL** 13 - Estado: **PB** 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **40798-6** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **—**

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

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

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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro 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: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vainascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

40 - Local e Data: **POMBAL-PB, 09.04.2020**

* **Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019

38 - 1º | Nome: **AMINTAS RANTAS WANDERLY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

Amintas Rantos Wandlerly junior

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **MAYARA MONIQUE QUEIQUAGA WANDERLY**

CPF: **1059.845.774-09**

Mayara Monique Queiagua Wandely

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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. 30

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, contados 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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORANTE: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MOTORISTA, COM RG: 3085958 SSDDS/PB E CPF: 057.195.224-09, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FELINTO MARTINS, 569, PEREIROS, POMBAL - PB,

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

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

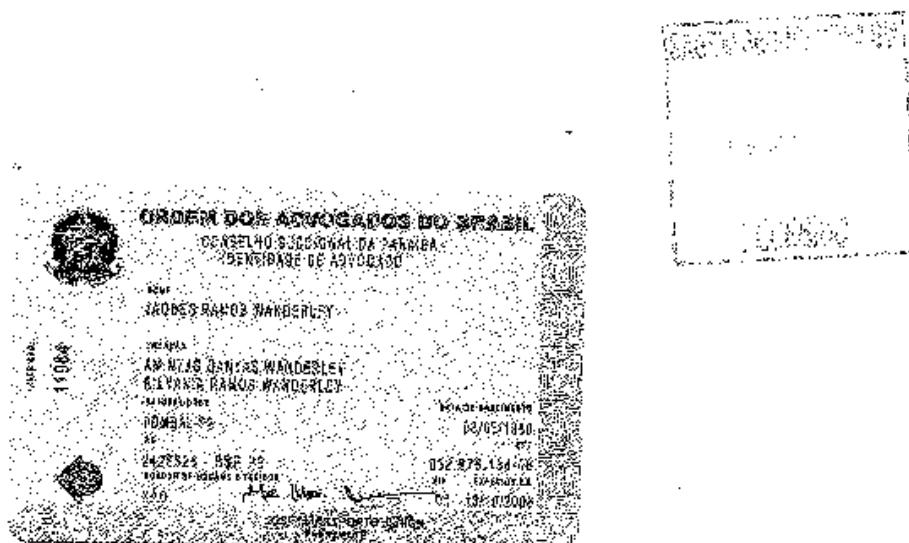
POMBAL - PR, 16/05/2018

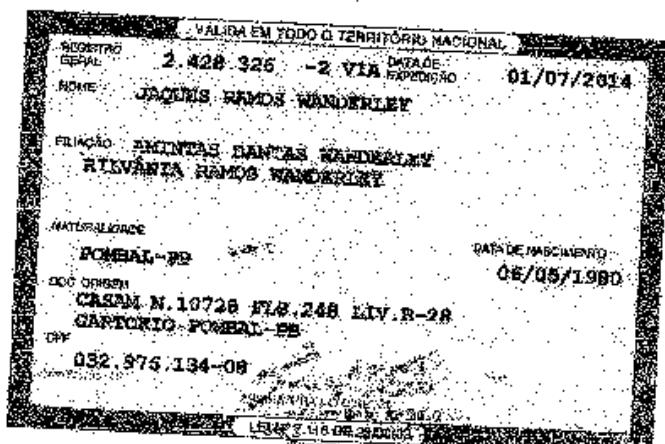
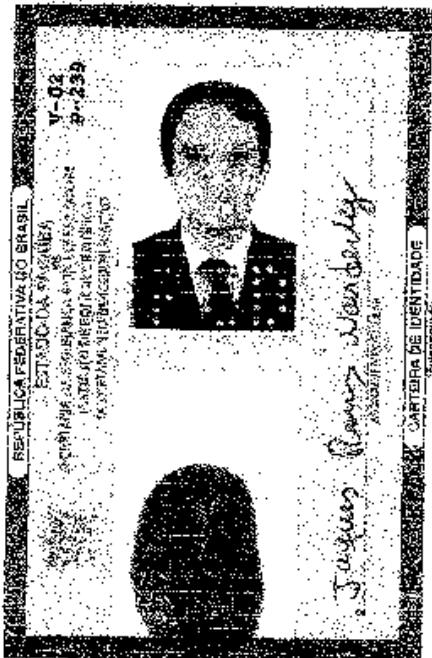
**Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)**

ENTREGUEMOS A Firma de: CLAUDIO INOCENCIO
DO (11) 3200-0000 FÉ. MONICA-Paraíba.

 **Cel. João Queiroga**
1^ª Oficina de Reclamação e Reembolso
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefone: (33) 3431-2176 - Fax: (33) 3431-2176









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

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

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr.:

022

Paciente: CLAUDIAN INOCENCIO DOS SANTOS

Idade: 33 Sexo: M

Flação:

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

Endereço:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

N:

Endereço: MIGUEL BRILHANTE

Bairro: PEREIROS

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

Documentos:

CNS: 705-0648-7560-7151

Identidade:

CPF:

RG: Nasc.

Informações adicionais:

Nascimento: 19/09/1984

Cor: PARD

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

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

*4 mesesAGMA de astenia & onda
de fadiga em fag*

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

Exame a fármaco de mictina sublin

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Re: ex longo

Exame de urato urinário

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saú Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: _____/_____/_____

Recepcionista: FATIMA



SUSSistema 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

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705-0048-7550-7151

6 - DATA DE NASCIMENTO

19/09/1984

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

CARLESIO DINIZ DOS SANTOS

12 - ENDEREÇO

MIGUEL BRILHANTE

N

PEREIRAS

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

10 - TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Febre e vícere de origem ab nato e febre

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Febre de origem ab nato e febre

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

Febre de origem ab nato

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - COD. PROCEDIMENTO

Tomografia computadorizada

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

31 - CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - CNS / CPF

33 - CID 10 PRINC.

34 - CID 10 SEC.

35 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

36 - ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

37 - DATA SOLIC.

38 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

37 - DATA SOLIC.

38 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

39 - COD. PROCEDIMENTO

40 - CNPJ / EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CPF / CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

AUTORIZAÇÃO

51 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

53 - DOCUMENTO

54 - N° DOCUMENTO (CPF / CNPJ) PROFISSIONAL

55 - DATA AUTORIZAÇÃO

56 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

57 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR



Nome: Glauclionne Graciana dos Santos
 Filiação: Família Simeone dos Santos
 Sexo: Mas. Idade: 33a Cor: Pauda
 Procedência: Clínica Divisa Data: 25/02/08
 Cirurgião: Dra. Fári Gessmann Auxiliar: _____
 Anestesista: Dra. Siedlehardt Anestesia: Raque + Sedação
 Início da anestesia: 18:00' Término: 18:07' Duração: _____
 Início da intervenção: 18:10' Término: _____ Duração: _____

Item	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocafna	01
Dimorf 0,2	01
Aguilha para raque	03
Luva estéril	50ml
PVPI tópico	12
Gaze (pacote com 10 unidades)	18
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseídron	01
Decadrom 4mg	04
Água para injeção	80cm
Espadrapo	07
Escova de PVPI degermante	05
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	12
Luva de procedimentos (par)	01
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
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 Oliveira
Enfermeira
COEN-PB 244578



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Entremes	Leito	Nº Protótipo	
Data 05/02/18		Nome Gleison Nogueira	Unidade	Sexo	Altura	
Pressão Arterial Pulsada			Respiração	Temperatura	Peso	
Teo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina / Hematócito	Glicose	Ureia	Outros	
	Urina					
Ap. Respiratório	M.G SRA			Asma	Bronquio	
Ap. Circulatório	BOM e em R/T			Eletrocardiograma		
Ap. Digestivo	Fez gas			Ap. Urinário		
Estado Mental	Alerta			Alergia	Hipotensão	
Diagnósticos Pré-Operatório				Estado Físico	Risco	
Anestesias Anteriores						
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às	Efeitos	
AGENTES ANESTÉSICOS	02				Bala	
	Nitroprussiato de Nátrio					
Ureia	2					
	Urea					
DODG P.V. ARTÉRIO PULSO RESPIRAÇÃO X - ANESTÉSICO - OPERAÇÃO	260			INDUÇÃO		
	240			Sens: Exit: Toss: Náuseas: Vômito: Outros:		
220			Laringo espasmo: Letargia:			
200			Náuseas: Vômito: Outros:			
180			MANUTENÇÃO			
160			ANESTESIA SATISF: Sim: Não: Não por quê: DESPERTAR			
140			Reflexo na SO: CO2: Exit: Náuseas: Vômito: Outros:			
120			Como Gárgula: Para Iato Gástr: Não:			
100			CONDICÕES			
80						
60						
40						
20						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES						
POSIÇÃO						
Agente						
Técnica						
Operação						
Cirurgião						
Anestesiadas						
Observações						

Figure 12.25 Summary of the main characteristics of the 1968 operators.

Siddharta G. Lacerda
Miguel

FORUM DE PANESTESIA





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



HOSPITAL		
NOME DO PACIENTE:	José Góes Moreira	
DATA DA OPERAÇÃO	25/07/18	LEVO
OPERADOR	1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de malha de ferro.	
TIPO DE OPERAÇÃO	Screamento de malha de ferro	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	Fratura	
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
(1) Técnica: abordagem direta (2) Ligaduras: de sangramento (3) Drenagem: de sangramento (4) Sutura: com fio de ferro (5) Material empregado: fio de ferro (6) Aspecto visceras: normal (7) Drenagem: de sangramento com fio de ferro (8) Sutura: com fio de ferro (9) Material empregado: fio de ferro (10) Aspecto visceras: normal		
Assinatura: Dr. José Cassimiro Neto ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA CRM-PB 1801 CRM-PE 19437 TELE: 15256		





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



ATESTADO MÉDICO

Alesto, para os devidos fins, que Cláudia Vitor Inácio
034-992124 portador do RG _____

Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas.
Sendo portador da infecção CID-10: B8.6

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

Pombal-PB, 22 de 07 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 PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

Ismaelina dos Santos

portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo portador da infecção CID-10 *B82.6*.

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de *07* dias, a partir desta data.

Pombal - PB, *19* de *03* de 20 *18*

Dr. Rui Carneiro
Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o

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

Assinatura do(a) paciente ou parente





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

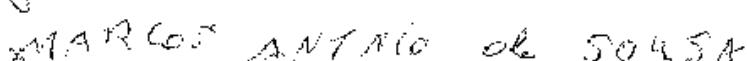
Cor: PRETA

Placa: OGF 8430/PB

Chassi: 9C2KC1670DR000960

Data do Acidente: 21/01/2018

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



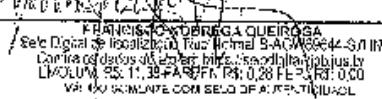
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

RECONHECIMENTO DE FIRMA

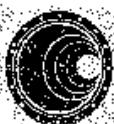
Reconheço (Pela Letra e Firma) a Firma da: MARCOS ANTONIO DE SOUSA, CONTRATADO / 16/05/2018, DOU PB, POMBAL-Paraíba.

16/05/2018


FIRMEI SOB A DETERGA QUEIROGA
Selo Digital de Identificação: Puc-Nicola-BAC-W3064-SV111
Conteúdo da assinatura: Cel. João Queiroga
LIVELUM: 95.11.3874.897K PB 0,28 PE - RJ 0,00
VIA DO DOCUMENTO COM SELO DE AUTENTICIDADE

 Cel. João Queiroga
1º Ofício de Notas e Registros e Intend.
CNPJ: 09.235.815/0304-26
Telefone: (85) 3431-2176 - Pombal-PB





CAGEPA

CONCEPÇÃO DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA.
Av. Fausto Chaves, 220 - Jangurussu - João Pessoa - PB
CEP: 58015-570 - CNPJ: 09.121.654/0001-87

PAPEL VIAL QUINACRINA
NORMA EST. N. 1000
MARRAQUETA
70087232
REFERENCIA
FEB/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTAR E SERVIÇOS

REV/2018

AQUES RAMOS WANDERLEY
RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 319 - ESCRITÓRIO
PETROPOLIS/PB/CEP: 58840-600

Inscrição	SMI	Quantidade de Economes- bates	Responsável
12.004.115.005.000	000	0	

171649254		23/01/2013	EXTRACC	LIGADO	POTENCIAL
INTERIOR I ATRAS I CONSIDERACIONES I NM DE ITENS I PRÓXIMA LEITURA					
1	5	4	16		07/02/2013
1ST DE CONS/ANORELIT		1	16	16	16
JAN/2013	10	0	PARAMETROS	16	ANALIS CONFORMES
DEZ/2012	10	0	TRUBIDEZ	46	
NOV/2012	10	0	CLORO	46	46
OUT/2012	10	0	CL. TERNARI	0	0
SET/2012	10	0	CLOR	16	32
AGO/2012	10	0	CL. TOTais	46	46
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A 01/02/2013		

VALOR APROXIMADO DE TITOS: R\$ 11.608,00 EMB. CONFINS - LET. 12/2011/13
VENCIMENTOS: 12/2011/13 Total a Pagar: R\$ 11.608,00

CONDICAO DE FATURAMENTO: SEPARADA
CONDICAO DE FATURAMENTO: ESTIMADA **ITEM DE TABELA: 7**

INFORMAÇÕES GERAIS

** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO **
WWW.TRANSPARENTE74.PR.GOV.BR

CAGEPA	MATRÍCULA	REFERENCIA	VALOR HISTÓRICO	TOTAL A PAGAR
	70168-223	FEV/2018	R\$ 102,50	R\$ 102,50

DEBITO A CTO. PASIVO



MATRÍCULA	REF/REEX-1A	VER. ATUALIZADA	TOTAL APÓS
7068228	FEV2008	02/02/2012	R\$ 65,34



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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 JACOB RAIMONDO VIEIRAS, inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.416.194/08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JACOB RAIMONDO VIEIRAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.416.324/02, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JACOB RAIMONDO VIEIRAS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 052.416.324/09, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 0,00 e apresento os documentos comprobatórios:
ADVOGADO - SCBRC - A RENDA

1º Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
Rua	Bela Foz - 02511-000	2191	1626 LT 01/02
Estado	Cidade	Estado	CEP
Paraná	Curitiba	PR	81340-040
E-mail	jacovr@bol.com.br	Telefone comercial (DDO)	Telefone celular (DDO)
		(41) 99944-6322	(41) 9914-89766

Pombal, 03 de Maio de 2010
Local e Data

JACOB RAIMONDO VIEIRAS
Assinatura do Declarante

DLORL001 V001/2017



SEGUIMENTO DA REUNIÃO DE 05/06/2014

NUOVO SCONE A SINI A. PEGORI FORTE
BASCHICIO 2016 AND CALENDAR 2016

ACM SIGGRAPH 2002 Proceedings

704 de 1944-45	Nome da Cidade		
0.12.070,34.01	NAME OF PLACE WANDERED		7418200
Parque			08013401.505
2011 TABUAZUCA VILA DE CERIMÓIA		Nome	Comunidade
Barro Branco	QEP	364	CABA
Parque	Comunidade		

TOTAL DE INVESTIMENTOS PESSOALMENTE		1.000,00
INVESTIMENTOS DE CAPITAL		30.000,00
INVESTIMENTOS DE GASTO		6.500,00
VALOR DO IMPOSTO A PAGAR		0,00
VALOR DO PAGAMENTO		0.804,00
VALOR DO CAPITAL MONDAY EM FOLHA		0,00

2021-09-27 17:00:00-03:00 (Brasil - Brasília) - 2021-09-27 17:00:00-03:00 (Brasil - Brasília)

MANUFACTURER'S INFORMATION

Dear Sirs, I am enclosing the following:
2000 Avenue 1000 copies of the
new 2004/2005 50-50-50
catalogue.

653/654

Mémoires 2000



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CCAVINHA INACIATO COZ 50-703

RG nº 30.352.58, data de expedição 22/06/15, Órgão SESP/PE,

CPF nº 052.199.320-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>RUA CELÍNIO MARTINS</u>
Número	<u>569</u>
Apto / Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Paraiso</u>
Cidade	<u>PEMBA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.240-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3497-9322 (83) 981438766</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PEMBA, 12.05.2018

Assinatura do Declarante: Suelio Moreira Torres



Crissair 5502/2018 Referencia Mar/2018
Casa/Studio/Residencial/Residencial/Residencial
Polaco 17-327-375-1449 WhatsApp 9666002222

ENTEROCAPORAJAH-DISTINHUCURADESNEH JAGA
2-25,km15,1,new Bedugul,desaNgawi,PP,LS,24001,Neg
0813866110300,40,rec,Fa,whatsapp,0823

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF/CNPJ/RAMO:
Mar / 2018	21/03/2018	20/04/2018	57195-2408

UC (Unidade Consumidora)

5/207128-6

CCI Change of Classification Item Total 30.87 26.96 33.12 30.16 10.95

VENCIMENTO
28/03/2018

4601.774f.4214 6bd1.85b1.3bcd1.cdc8.bba5

Indicadores de Censo 2010

Unidade de medida	Quantidade	Unidade de medida	Quantidade
de ALIMENTO	Arroz	de TENSÃO	100
DOIS KILOS	3,70		
DOIS QUARTOS	11,80		
DOIS OITOS	23,60	ACIMA	250
DOIS MEIA	5,12		
PEITO TRIMESTRAL	8,85	CONTRATADA	
PEITO ANIMAL	13,70	INTERNA FAVOR	
DOIS	14,45	INTERNA FAVOR	
DOIS	6,60		

Disparidades	Valor	%
Desigualdad en Desigualdad	10.70	75.51
Desigualdad en Desigualdad	6.70	27.35
Desigualdad en Desigualdad	4.00	3.00
Desigualdad en Desigualdad	2.20	1.64
Desigualdad en Desigualdad	2.00	1.44
Desigualdad en Desigualdad	0.00	0.00
Total	60.00	100.00

1520-2100

• 2012 / HS 16,211

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:40:27
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200723154027110000031223624>
Número do documento: 200723154027110000031223624

Núm. 32599247 - Pág. 51



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL¹ (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal² é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima: ELIANA RODRIGUES DA SILVA | CPF da Vítima: 043.145.224-39 | Data do Acidente: 21/01/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Sueli Moreira Torres | CPF do Representante Legal: 011.111.111-11
Email: sueli.moreira.torres@tjpb.jus.br | Telefone (DDD): (84) 9999-9999

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 realizou 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 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.

12/01/2017 | Local e Data

Sueli Moreira Torres | Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA: 01/02/2017



Prefeitura Municipal de Pombal

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU 192 Regional - Sousa

SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR

**Prefeitura de
POMBAL**

Clinico

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

RC	Assistência	Paciente / Visitante	Endereço	Idade	Sexo	Nome			
Local de Ocorrência			Data		Médico Responsável				
Após no Local			PM	Bombeiros	PRF	Almox. do Batalhão	Outro	QTA: MO PVO	MÉDICO RESPONSÁVEL

DETALHO

Local:	RESPONSÁVEL	OBS:
Local:	RESPONSÁVEL	OBS:

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DORSO - OSTÉTICO	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA (S)
<input type="checkbox"/> PSICIATRICO	<input type="checkbox"/> ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PRÓCEDENTE DO	<input type="checkbox"/> VACINAS

ESTADO FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> ALÉG. DESCONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> PATÔNICO/ETÍlico <input type="checkbox"/> ESTUPOR/ESTÔMICO <input type="checkbox"/> SEPTICO		
FUNÇÃO MOTORIA: <input type="checkbox"/> HEMISEMELIAL <input type="checkbox"/> BEM ASESADO <input type="checkbox"/> COM AQUELA <input type="checkbox"/> PREDOMINANTE <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> OUTRO		
PELE E MUCOSAS: <input type="checkbox"/> HIALINO <input type="checkbox"/> HISTERICO <input type="checkbox"/> CLINÓTICO <input type="checkbox"/> PELÉ FRIA <input type="checkbox"/> SUDORES <input type="checkbox"/> VERMELHOS <input type="checkbox"/> NEVROSES <input type="checkbox"/> OUTRAS		
SISTEMA PNEUMOTORÁTICO: <input type="checkbox"/> HEPÁTICO <input type="checkbox"/> DIPNEU <input type="checkbox"/> TACAFUNA <input type="checkbox"/> RESPIRATÓRIA <input type="checkbox"/> ANGINA <input type="checkbox"/> BATIMENTOS DA ASA NO NARIZ <input type="checkbox"/> MHN <input type="checkbox"/> VNA <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO		
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> HORNIGOTÁTICO <input type="checkbox"/> HEMOCARDIA <input type="checkbox"/> FRACASO CARDÍACO <input type="checkbox"/> ASSISTOCARDIA <input type="checkbox"/> PULSO: <input type="checkbox"/> NORMAIS <input type="checkbox"/> PÓSICO <input type="checkbox"/> FORTES		
SISTEMA CIRCULATÓRIO: <input type="checkbox"/> DIASTOLICO <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> 161,6 <input type="checkbox"/> ABDOMEN <input type="checkbox"/> DIASTOLICO NO PIANO <input type="checkbox"/> AXILAR <input type="checkbox"/> DIASTOLICO PULMONAR <input type="checkbox"/> VNA <input type="checkbox"/> VRI		
SISTEMA DIGESTIVO: <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO/INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DIFERENTES <input type="checkbox"/> HEMATESE <input type="checkbox"/> MANGAIS <input type="checkbox"/> VÓMITOS OUTROS		
SISTEMA GENITAL/URINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISURIA <input type="checkbox"/> POLIDÍDRO <input type="checkbox"/> VASINHA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> EDURO <input type="checkbox"/> VNA <input type="checkbox"/> VRI		
OLHOS: <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> OUTROS	RESPIRAÇÃO/LOCAL:	PARAÍBA/LOCAL:
COLEIRA PRINCIPAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> OUTROS	GLICÓMICO CAPILAR:	ANALISE:
VIA AÉREA: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OSTRICADA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREções / TEMPERATURA:	GLICÓMICO CAPILAR:	ANALISE:
TEMPERATURA: <input type="checkbox"/> 36,5 <input type="checkbox"/> 36,6 <input type="checkbox"/> 36,7 <input type="checkbox"/> 36,8 <input type="checkbox"/> 36,9 <input type="checkbox"/> 37,0 <input type="checkbox"/> 37,1 <input type="checkbox"/> 37,2 <input type="checkbox"/> 37,3 <input type="checkbox"/> 37,4 <input type="checkbox"/> 37,5 <input type="checkbox"/> 37,6 <input type="checkbox"/> 37,7 <input type="checkbox"/> 37,8 <input type="checkbox"/> 37,9 <input type="checkbox"/> 38,0 <input type="checkbox"/> 38,1 <input type="checkbox"/> 38,2 <input type="checkbox"/> 38,3 <input type="checkbox"/> 38,4 <input type="checkbox"/> 38,5 <input type="checkbox"/> 38,6 <input type="checkbox"/> 38,7 <input type="checkbox"/> 38,8 <input type="checkbox"/> 38,9 <input type="checkbox"/> 39,0 <input type="checkbox"/> 39,1 <input type="checkbox"/> 39,2 <input type="checkbox"/> 39,3 <input type="checkbox"/> 39,4 <input type="checkbox"/> 39,5 <input type="checkbox"/> 39,6 <input type="checkbox"/> 39,7 <input type="checkbox"/> 39,8 <input type="checkbox"/> 39,9 <input type="checkbox"/> 40,0 <input type="checkbox"/> 40,1 <input type="checkbox"/> 40,2 <input type="checkbox"/> 40,3 <input type="checkbox"/> 40,4 <input type="checkbox"/> 40,5 <input type="checkbox"/> 40,6 <input type="checkbox"/> 40,7 <input type="checkbox"/> 40,8 <input type="checkbox"/> 40,9 <input type="checkbox"/> 41,0 <input type="checkbox"/> 41,1 <input type="checkbox"/> 41,2 <input type="checkbox"/> 41,3 <input type="checkbox"/> 41,4 <input type="checkbox"/> 41,5 <input type="checkbox"/> 41,6 <input type="checkbox"/> 41,7 <input type="checkbox"/> 41,8 <input type="checkbox"/> 41,9 <input type="checkbox"/> 42,0 <input type="checkbox"/> 42,1 <input type="checkbox"/> 42,2 <input type="checkbox"/> 42,3 <input type="checkbox"/> 42,4 <input type="checkbox"/> 42,5 <input type="checkbox"/> 42,6 <input type="checkbox"/> 42,7 <input type="checkbox"/> 42,8 <input type="checkbox"/> 42,9 <input type="checkbox"/> 43,0 <input type="checkbox"/> 43,1 <input type="checkbox"/> 43,2 <input type="checkbox"/> 43,3 <input type="checkbox"/> 43,4 <input type="checkbox"/> 43,5 <input type="checkbox"/> 43,6 <input type="checkbox"/> 43,7 <input type="checkbox"/> 43,8 <input type="checkbox"/> 43,9 <input type="checkbox"/> 44,0 <input type="checkbox"/> 44,1 <input type="checkbox"/> 44,2 <input type="checkbox"/> 44,3 <input type="checkbox"/> 44,4 <input type="checkbox"/> 44,5 <input type="checkbox"/> 44,6 <input type="checkbox"/> 44,7 <input type="checkbox"/> 44,8 <input type="checkbox"/> 44,9 <input type="checkbox"/> 45,0 <input type="checkbox"/> 45,1 <input type="checkbox"/> 45,2 <input type="checkbox"/> 45,3 <input type="checkbox"/> 45,4 <input type="checkbox"/> 45,5 <input type="checkbox"/> 45,6 <input type="checkbox"/> 45,7 <input type="checkbox"/> 45,8 <input type="checkbox"/> 45,9 <input type="checkbox"/> 46,0 <input type="checkbox"/> 46,1 <input type="checkbox"/> 46,2 <input type="checkbox"/> 46,3 <input type="checkbox"/> 46,4 <input type="checkbox"/> 46,5 <input type="checkbox"/> 46,6 <input type="checkbox"/> 46,7 <input type="checkbox"/> 46,8 <input type="checkbox"/> 46,9 <input type="checkbox"/> 47,0 <input type="checkbox"/> 47,1 <input type="checkbox"/> 47,2 <input type="checkbox"/> 47,3 <input type="checkbox"/> 47,4 <input type="checkbox"/> 47,5 <input type="checkbox"/> 47,6 <input type="checkbox"/> 47,7 <input type="checkbox"/> 47,8 <input type="checkbox"/> 47,9 <input type="checkbox"/> 48,0 <input type="checkbox"/> 48,1 <input type="checkbox"/> 48,2 <input type="checkbox"/> 48,3 <input type="checkbox"/> 48,4 <input type="checkbox"/> 48,5 <input type="checkbox"/> 48,6 <input type="checkbox"/> 48,7 <input type="checkbox"/> 48,8 <input type="checkbox"/> 48,9 <input type="checkbox"/> 49,0 <input type="checkbox"/> 49,1 <input type="checkbox"/> 49,2 <input type="checkbox"/> 49,3 <input type="checkbox"/> 49,4 <input type="checkbox"/> 49,5 <input type="checkbox"/> 49,6 <input type="checkbox"/> 49,7 <input type="checkbox"/> 49,8 <input type="checkbox"/> 49,9 <input type="checkbox"/> 50,0 <input type="checkbox"/> 50,1 <input type="checkbox"/> 50,2 <input type="checkbox"/> 50,3 <input type="checkbox"/> 50,4 <input type="checkbox"/> 50,5 <input type="checkbox"/> 50,6 <input type="checkbox"/> 50,7 <input type="checkbox"/> 50,8 <input type="checkbox"/> 50,9 <input type="checkbox"/> 51,0 <input type="checkbox"/> 51,1 <input type="checkbox"/> 51,2 <input type="checkbox"/> 51,3 <input type="checkbox"/> 51,4 <input type="checkbox"/> 51,5 <input type="checkbox"/> 51,6 <input type="checkbox"/> 51,7 <input type="checkbox"/> 51,8 <input type="checkbox"/> 51,9 <input type="checkbox"/> 52,0 <input type="checkbox"/> 52,1 <input type="checkbox"/> 52,2 <input type="checkbox"/> 52,3 <input type="checkbox"/> 52,4 <input type="checkbox"/> 52,5 <input type="checkbox"/> 52,6 <input type="checkbox"/> 52,7 <input type="checkbox"/> 52,8 <input type="checkbox"/> 52,9 <input type="checkbox"/> 53,0 <input type="checkbox"/> 53,1 <input type="checkbox"/> 53,2 <input type="checkbox"/> 53,3 <input type="checkbox"/> 53,4 <input type="checkbox"/> 53,5 <input type="checkbox"/> 53,6 <input type="checkbox"/> 53,7 <input type="checkbox"/> 53,8 <input type="checkbox"/> 53,9 <input type="checkbox"/> 54,0 <input type="checkbox"/> 54,1 <input type="checkbox"/> 54,2 <input type="checkbox"/> 54,3 <input type="checkbox"/> 54,4 <input type="checkbox"/> 54,5 <input type="checkbox"/> 54,6 <input type="checkbox"/> 54,7 <input type="checkbox"/> 54,8 <input type="checkbox"/> 54,9 <input type="checkbox"/> 55,0 <input type="checkbox"/> 55,1 <input type="checkbox"/> 55,2 <input type="checkbox"/> 55,3 <input type="checkbox"/> 55,4 <input type="checkbox"/> 55,5 <input type="checkbox"/> 55,6 <input type="checkbox"/> 55,7 <input type="checkbox"/> 55,8 <input type="checkbox"/> 55,9 <input type="checkbox"/> 56,0 <input type="checkbox"/> 56,1 <input type="checkbox"/> 56,2 <input type="checkbox"/> 56,3 <input type="checkbox"/> 56,4 <input type="checkbox"/> 56,5 <input type="checkbox"/> 56,6 <input type="checkbox"/> 56,7 <input type="checkbox"/> 56,8 <input type="checkbox"/> 56,9 <input type="checkbox"/> 57,0 <input type="checkbox"/> 57,1 <input type="checkbox"/> 57,2 <input type="checkbox"/> 57,3 <input type="checkbox"/> 57,4 <input type="checkbox"/> 57,5 <input type="checkbox"/> 57,6 <input type="checkbox"/> 57,7 <input type="checkbox"/> 57,8 <input type="checkbox"/> 57,9 <input type="checkbox"/> 58,0 <input type="checkbox"/> 58,1 <input type="checkbox"/> 58,2 <input type="checkbox"/> 58,3 <input type="checkbox"/> 58,4 <input type="checkbox"/> 58,5 <input type="checkbox"/> 58,6 <input type="checkbox"/> 58,7 <input type="checkbox"/> 58,8 <input type="checkbox"/> 58,9 <input type="checkbox"/> 59,0 <input type="checkbox"/> 59,1 <input type="checkbox"/> 59,2 <input type="checkbox"/> 59,3 <input type="checkbox"/> 59,4 <input type="checkbox"/> 59,5 <input type="checkbox"/> 59,6 <input type="checkbox"/> 59,7 <input type="checkbox"/> 59,8 <input type="checkbox"/> 59,9 <input type="checkbox"/> 60,0 <input type="checkbox"/> 60,1 <input type="checkbox"/> 60,2 <input type="checkbox"/> 60,3 <input type="checkbox"/> 60,4 <input type="checkbox"/> 60,5 <input type="checkbox"/> 60,6 <input type="checkbox"/> 60,7 <input type="checkbox"/> 60,8 <input type="checkbox"/> 60,9 <input type="checkbox"/> 61,0 <input type="checkbox"/> 61,1 <input type="checkbox"/> 61,2 <input type="checkbox"/> 61,3 <input type="checkbox"/> 61,4 <input type="checkbox"/> 61,5 <input type="checkbox"/> 61,6 <input type="checkbox"/> 61,7 <input type="checkbox"/> 61,8 <input type="checkbox"/> 61,9 <input type="checkbox"/> 62,0 <input type="checkbox"/> 62,1 <input type="checkbox"/> 62,2 <input type="checkbox"/> 62,3 <input type="checkbox"/> 62,4 <input type="checkbox"/> 62,5 <input type="checkbox"/> 62,6 <input type="checkbox"/> 62,7 <input type="checkbox"/> 62,8 <input type="checkbox"/> 62,9 <input type="checkbox"/> 63,0 <input type="checkbox"/> 63,1 <input type="checkbox"/> 63,2 <input type="checkbox"/> 63,3 <input type="checkbox"/> 63,4 <input type="checkbox"/> 63,5 <input type="checkbox"/> 63,6 <input type="checkbox"/> 63,7 <input type="checkbox"/> 63,8 <input type="checkbox"/> 63,9 <input type="checkbox"/> 64,0 <input type="checkbox"/> 64,1 <input type="checkbox"/> 64,2 <input type="checkbox"/> 64,3 <input type="checkbox"/> 64,4 <input type="checkbox"/> 64,5 <input type="checkbox"/> 64,6 <input type="checkbox"/> 64,7 <input type="checkbox"/> 64,8 <input type="checkbox"/> 64,9 <input type="checkbox"/> 65,0 <input type="checkbox"/> 65,1 <input type="checkbox"/> 65,2 <input type="checkbox"/> 65,3 <input type="checkbox"/> 65,4 <input type="checkbox"/> 65,5 <input type="checkbox"/> 65,6 <input type="checkbox"/> 65,7 <input type="checkbox"/> 65,8 <input type="checkbox"/> 65,9 <input type="checkbox"/> 66,0 <input type="checkbox"/> 66,1 <input type="checkbox"/> 66,2 <input type="checkbox"/> 66,3 <input type="checkbox"/> 66,4 <input type="checkbox"/> 66,5 <input type="checkbox"/> 66,6 <input type="checkbox"/> 66,7 <input type="checkbox"/> 66,8 <input type="checkbox"/> 66,9 <input type="checkbox"/> 67,0 <input type="checkbox"/> 67,1 <input type="checkbox"/> 67,2 <input type="checkbox"/> 67,3 <input type="checkbox"/> 67,4 <input type="checkbox"/> 67,5 <input type="checkbox"/> 67,6 <input type="checkbox"/> 67,7 <input type="checkbox"/> 67,8 <input type="checkbox"/> 67,9 <input type="checkbox"/> 68,0 <input type="checkbox"/> 68,1 <input type="checkbox"/> 68,2 <input type="checkbox"/> 68,3 <input type="checkbox"/> 68,4 <input type="checkbox"/> 68,5 <input type="checkbox"/> 68,6 <input type="checkbox"/> 68,7 <input type="checkbox"/> 68,8 <input type="checkbox"/> 68,9 <input type="checkbox"/> 69,0 <input type="checkbox"/> 69,1 <input type="checkbox"/> 69,2 <input type="checkbox"/> 69,3 <input type="checkbox"/> 69,4 <input type="checkbox"/> 69,5 <input type="checkbox"/> 69,6 <input type="checkbox"/> 69,7 <input type="checkbox"/> 69,8 <input type="checkbox"/> 69,9 <input type="checkbox"/> 70,0 <input type="checkbox"/> 70,1 <input type="checkbox"/> 70,2 <input type="checkbox"/> 70,3 <input type="checkbox"/> 70,4 <input type="checkbox"/> 70,5 <input type="checkbox"/> 70,6 <input type="checkbox"/> 70,7 <input type="checkbox"/> 70,8 <input type="checkbox"/> 70,9 <input type="checkbox"/> 71,0 <input type="checkbox"/> 71,1 <input type="checkbox"/> 71,2 <input type="checkbox"/> 71,3 <input type="checkbox"/> 71,4 <input type="checkbox"/> 71,5 <input type="checkbox"/> 71,6 <input type="checkbox"/> 71,7 <input type="checkbox"/> 71,8 <input type="checkbox"/> 71,9 <input type="checkbox"/> 72,0 <input type="checkbox"/> 72,1 <input type="checkbox"/> 72,2 <input type="checkbox"/> 72,3 <input type="checkbox"/> 72,4 <input type="checkbox"/> 72,5 <input type="checkbox"/> 72,6 <input type="checkbox"/> 72,7 <input type="checkbox"/> 72,8 <input type="checkbox"/> 72,9 <input type="checkbox"/> 73,0 <input type="checkbox"/> 73,1 <input type="checkbox"/> 73,2 <input type="checkbox"/> 73,3 <input type="checkbox"/> 73,4 <input type="checkbox"/> 73,5 <input type="checkbox"/> 73,6 <input type="checkbox"/> 73,7 <input type="checkbox"/> 73,8 <input type="checkbox"/> 73,9 <input type="checkbox"/> 74,0 <input type="checkbox"/> 74,1 <input type="checkbox"/> 74,2 <input type="checkbox"/> 74,3 <input type="checkbox"/> 74,4 <input type="checkbox"/> 74,5 <input type="checkbox"/> 74,6 <input type="checkbox"/> 74,7 <input type="checkbox"/> 74,8 <input type="checkbox"/> 74,9 <input type="checkbox"/> 75,0 <input type="checkbox"/> 75,1 <input type="checkbox"/> 75,2 <input type="checkbox"/> 75,3 <input type="checkbox"/> 75,4 <input type="checkbox"/> 75,5 <input type="checkbox"/> 75,6 <input type="checkbox"/> 75,7 <input type="checkbox"/> 75,8 <input type="checkbox"/> 75,9 <input type="checkbox"/> 76,0 <input type="checkbox"/> 76,1 <input type="checkbox"/> 76,2 <input type="checkbox"/> 76,3 <input type="checkbox"/> 76,4 <input type="checkbox"/> 76,5 <input type="checkbox"/> 76,6 <input type="checkbox"/> 76,7 <input type="checkbox"/> 76,8 <input type="checkbox"/> 76,9 <input type="checkbox"/> 77,0 <input type="checkbox"/> 77,1 <input type="checkbox"/> 77,2 <input type="checkbox"/> 77,3 <input type="checkbox"/> 77,4 <input type="checkbox"/> 77,5 <input type="checkbox"/> 77,6 <input type="checkbox"/> 77,7 <input type="checkbox"/> 77,8 <input type="checkbox"/> 77,9 <input type="checkbox"/> 78,0 <input type="checkbox"/> 78,1 <input type="checkbox"/> 78,2 <input type="checkbox"/> 78,3 <input type="checkbox"/> 78,4 <input type="checkbox"/> 78,5 <input type="checkbox"/> 78,6 <input type="checkbox"/> 78,7 <input type="checkbox"/> 78,8 <input type="checkbox"/> 78,9 <input type="checkbox"/> 79,0 <input type="checkbox"/> 79,1 <input type="checkbox"/> 79,2 <input type="checkbox"/> 79,3 <input type="checkbox"/> 79,4 <input type="checkbox"/> 79,5 <input type="checkbox"/> 79,6 <input type="checkbox"/> 79,7 <input type="checkbox"/> 79,8 <input type="checkbox"/> 79,9 <input type="checkbox"/> 80,0 <input type="checkbox"/> 80,1 <input type="checkbox"/> 80,2 <input type="checkbox"/> 80,3 <input type="checkbox"/> 80,4 <input type="checkbox"/> 80,5 <input type="checkbox"/> 80,6 <input type="checkbox"/> 80,7 <input type="checkbox"/> 80,8 <input type="checkbox"/> 80,9 <input type="checkbox"/> 81,0 <input type="checkbox"/> 81,1 <input type="checkbox"/> 81,2 <input type="checkbox"/> 81,3 <input type="checkbox"/> 81,4 <input type="checkbox"/> 81,5 <input type="checkbox"/> 81,6 <input type="checkbox"/> 81,7 <input type="checkbox"/> 81,8 <input type="checkbox"/> 81,9 <input type="checkbox"/> 82,0 <input type="checkbox"/> 82,1 <input type="checkbox"/> 82,2 <input type="checkbox"/> 82,3 <input type="checkbox"/> 82,4 <input type="checkbox"/> 82,5 <input type="checkbox"/> 82,6 <input type="checkbox"/> 82,7 <input type="checkbox"/> 82,8 <input type="checkbox"/> 82,9 <input type="checkbox"/> 83,0 <input type="checkbox"/> 83,1 <input type="checkbox"/> 83,2 <input type="checkbox"/> 83,3 <input type="checkbox"/> 83,4 <input type="checkbox"/> 83,5 <input type="checkbox"/> 83,6 <input type="checkbox"/> 83,7 <input type="checkbox"/> 83,8 <input type="checkbox"/> 83,9 <input type="checkbox"/> 84,0 <input type="checkbox"/> 84,1 <input type="checkbox"/> 84,2 <input type="checkbox"/> 84,3 <input type="checkbox"/> 84,4 <input type="checkbox"/> 84,5 <input type="checkbox"/> 84,6 <input type="checkbox"/> 84,7 <input type="checkbox"/> 84,8 <input type="checkbox"/> 84,9 <input type="checkbox"/> 85,0 <input type="checkbox"/> 85,1 <input type="checkbox"/> 85,2 <input type="checkbox"/> 85,3 <input type="checkbox"/> 85,4 <input type="checkbox"/> 85,5 <input type="checkbox"/> 85,6 <input type="checkbox"/> 85,7 <input type="checkbox"/> 85,8 <input type="checkbox"/> 85,9 <input type="checkbox"/> 86,0 <input type="checkbox"/> 86,1 <input type="checkbox"/> 86,2 <input type="checkbox"/> 86,3 <input type="checkbox"/> 86,4 <input type="checkbox"/> 86,5 <input type="checkbox"/> 86,6 <input type="checkbox"/> 86,7 <input type="checkbox"/> 86,8 <input type="checkbox"/> 86,9 <input type="checkbox"/> 87,0 <input type="checkbox"/> 87,1 <input type="checkbox"/> 87,2 <input type="checkbox"/> 87,3 <input type="checkbox"/> 87,4 <input type="checkbox"/> 87,5 <input type="checkbox"/> 87,6 <input type="checkbox"/> 87,7 <input type="checkbox"/> 87,8 <input type="checkbox"/> 87,9 <input type="checkbox"/> 88,0 <input type="checkbox"/> 88,1 <input type="checkbox"/> 88,2 <input type="checkbox"/> 88,3 <input type="checkbox"/> 88,4 <input type="checkbox"/> 88,5 <input type="checkbox"/> 88,6 <input type="checkbox"/> 88,7 <input type="checkbox"/> 88,8 <input type="checkbox"/> 88,9 <input type="checkbox"/> 89,0 <input type="checkbox"/> 89,1 <input type="checkbox"/> 89,2 <input type="checkbox"/> 89,3 <input type="checkbox"/> 89,4 <input type="checkbox"/> 89,5 <input type="checkbox"/> 89,6 <input type="checkbox"/> 89,7 <input type="checkbox"/> 89,8 <input type="checkbox"/> 89,9 <input type="checkbox"/> 90,0 <input type="checkbox"/> 90,1 <input type="checkbox"/> 90,2 <input type="checkbox"/> 90,3 <input type="checkbox"/> 90,4 <input type="checkbox"/> 90,5 <input type="checkbox"/> 90,6 <input type="checkbox"/> 90,7 <input type="checkbox"/> 90,8 <input type="checkbox"/> 90,9 <input type="checkbox"/> 91,0 <input type="checkbox"/> 91,1 <input type="checkbox"/> 91,2 <input type="checkbox"/> 91,3 <input type="checkbox"/> 91,4 <input type="checkbox"/> 91,5 <input type="checkbox"/> 91,6 <input type="checkbox"/> 91,7 <input type="checkbox"/> 91,8 <input type="checkbox"/> 91,9 <input type="checkbox"/> 92,0 <input type="checkbox"/> 92,1 <input type="checkbox"/> 92,2 <input type="checkbox"/> 92,3 <input type="checkbox"/> 92,4 <input type="checkbox"/> 92,5 <input type="checkbox"/> 92,6 <input type="checkbox"/> 92,7 <input type="checkbox"/> 92,8 <input type="checkbox"/> 92,9 <input type="checkbox"/> 93,0 <input type="checkbox"/> 93,1 <input type="checkbox"/> 93,2 <input type="checkbox"/> 93,3 <input type="checkbox"/> 93,4 <input type="checkbox"/> 93,5 <input type="checkbox"/> 93,6 <input type="checkbox"/> 93,7 <input type="checkbox"/> 93,8 <input type="checkbox"/> 93,9 <input type="checkbox"/> 94,0 <input type="checkbox"/> 94,1 <input type="checkbox"/> 94,2 <input type="checkbox"/> 94,3 <input type="checkbox"/> 94,4 <input type="checkbox"/> 94,5 <input type="checkbox"/> 94,6 <input type="checkbox"/> 94,7 <input type="checkbox"/> 94,8 <input type="checkbox"/> 94,9 <input type="checkbox"/> 95,0 <input type="checkbox"/> 95,1 <input type="checkbox"/> 95,2 <input type="checkbox"/> 95,3 <input type="checkbox"/> 95,4 <input type="checkbox"/> 95,5 <input type="checkbox"/> 95,6 <input type="checkbox"/> 95,7 <input type="checkbox"/> 95,8 <input type="checkbox"/> 95,9 <input type="checkbox"/> 96,0 <input type="checkbox"/> 96,1 <input type="checkbox"/> 96,2 <input type="checkbox"/> 96,3 <input type="checkbox"/> 96,4 <input type="checkbox"/> 96,5 <input type="checkbox"/> 96,6 <input type="checkbox"/> 96,7 <input type="checkbox"/> 96,8 <input type="checkbox"/> 96,9 <input type="checkbox"/> 97,0 <input type="checkbox"/> 97,1 <input type="checkbox"/> 97,2 <input type="checkbox"/> 97,3 <input type="checkbox"/> 97,4 <input type="checkbox"/> 97,5 <input type="checkbox"/> 97,6 <input type="checkbox"/> 97,7 <input type="checkbox"/> 97,8 <input type="checkbox"/> 97,9 <input type="checkbox"/> 98,0 <input type="checkbox"/> 98,1 <input type="checkbox"/> 98,2 <input type="checkbox"/> 98,3 <input type="checkbox"/> 98,4 <input type="checkbox"/> 98,5 <input type="checkbox"/> 98,6 <input type="checkbox"/> 98,7 <input type="checkbox"/> 98,8 <input type="checkbox"/> 98,9 <input type="checkbox"/> 99,0 <input type="checkbox"/> 99,1 <input type="checkbox"/> 99,2 <input type="checkbox"/> 99,3 <input type="checkbox"/> 99,4 <input type="checkbox"/> 99,5 <input type="checkbox"/> 99,6 <input type="checkbox"/> 99,7 <input type="checkbox"/> 99,8 <input type="checkbox"/> 99,9 <input type="checkbox"/> 100,0 <input type="checkbox"/> 100,1 <input type="checkbox"/> 100,2 <input type="checkbox"/> 100,3 <input type="checkbox"/> 100,4 <input type="checkbox"/> 100,5 <input type="checkbox"/> 100,6 <input type="checkbox"/> 100,7 <input type="checkbox"/> 100,8 <input type="checkbox"/> 100,9 <input type="checkbox"/> 101,0 <input type="checkbox"/> 101,1 <input type="checkbox"/> 101,2 <input type="checkbox"/> 101,3 <input type="checkbox"/> 101,4 <input type="checkbox"/> 101,5 <input type="checkbox"/> 101,6 <input type="checkbox"/> 101,7 <input type="checkbox"/> 101,8 <input type="checkbox"/> 101,9 <input type="checkbox"/> 102,0 <input type="checkbox"/> 102,1 <input type="checkbox"/> 102,2 <input type="checkbox"/> 102,3 <input type="checkbox"/> 102,4 <input type="checkbox"/> 102,5 <input type="checkbox"/> 102,6 <input type="checkbox"/> 102,7 <input type="checkbox"/> 102,8 <input type="checkbox"/> 102,9 <input type="checkbox"/> 103,0 <input type="checkbox"/> 103,1 <input type="checkbox"/> 103,2 <input type="checkbox"/> 103,3 <input type="checkbox"/> 103,4 <input type="checkbox"/> 103,5 <input type="checkbox"/> 103,6 <input type="checkbox"/> 103,7 <input type="checkbox"/> 103,8 <input type="checkbox"/> 103,9 <input type="checkbox"/> 104,0 <input type="checkbox"/> 104,1 <input type="checkbox"/> 104,2 <input type="checkbox"/> 104,3 <input type="checkbox"/> 104,4 <input type="checkbox"/> 104,5 <input type="checkbox"/> 104,6 <input type="checkbox"/> 104,7 <input type="checkbox"/> 104,8 <input type="checkbox"/> 104,9 <input type="checkbox"/> 105,0 <input type="checkbox"/> 105,1 <input type="checkbox"/> 105,2 <input type="checkbox"/> 105,3 <input type="checkbox"/> 105,4 <input type="checkbox"/> 105,5 <input type="checkbox"/> 105,6 <input type="checkbox"/> 105,7 <input type="checkbox"/> 105,8 <input type="checkbox"/> 105,9 <input type="checkbox"/> 106,0 <input type="checkbox"/> 106,1 <input type="checkbox"/> 106,2 <input type="checkbox"/> 106,3 <input type="checkbox"/> 106,4 <input type="checkbox"/> 106,5 <input type="checkbox"/> 106,6 <input type="checkbox"/> 106,7 <input type="checkbox"/> 106,8 <input type="checkbox"/> 106,9 <input type="checkbox"/> 107,0 <input type="checkbox"/> 107,1 <input type="checkbox"/> 107,2 <input type="checkbox"/> 107,3 <input type="checkbox"/> 107,4 <input type="checkbox"/> 107,5 <input type="checkbox"/> 107,6 <input type="checkbox"/> 107,7 <input type="checkbox"/> 107,8 <input type="checkbox"/> 107,9 <input type="checkbox"/> 108,0 <input type="checkbox"/> 108,1 <input type="checkbox"/> 108,2 <input type="checkbox"/> 108,3 <input type="checkbox"/> 108,4 <input type="checkbox"/> 108,5 <input type="checkbox"/> 108,6 <input type="checkbox"/> 108,7 <input type="checkbox"/> 108,8 <input type="checkbox"/> 108,9 <input type="checkbox"/> 109,0 <input type="checkbox"/> 109,1 <input type="checkbox"/> 109,2 <input type="checkbox"/> 109,3 <input type="checkbox"/> 109,4 <input type="checkbox"/> 109,5 <input type="checkbox"/> 109,6 <input type="checkbox"/> 109,7 <input type="checkbox"/> 109,8 <input type="checkbox"/> 109,9 <input type="checkbox"/> 110,0 <input type="checkbox"/> 110,1 <input type="checkbox"/> 110,2 <input type="checkbox"/> 110,3 <input type="checkbox"/> 110,4 <input type="checkbox"/> 110,5 <input type="checkbox"/> 110,6 <input type="checkbox"/> 110,7 <input type="checkbox"/> 110,8 <input type="checkbox"/> 110,9 <input type="checkbox"/> 111,0 <input type="checkbox"/> 111,1 <input type="checkbox"/> 111,2 <input type="checkbox"/> 111,3 <input type="checkbox"/> 111,4 <input type="checkbox"/> 111,5 <input type="checkbox"/> 111,6 <input type="checkbox"/> 111,7 <input type="checkbox"/> 111,8 <input type="checkbox"/> 111,9 <input type="checkbox"/> 112,0 <input type="checkbox"/> 112,1 <input type="checkbox"/> 112,2 <input type="checkbox"/> 112,3 <input type="checkbox"/> 112,4 <input type="checkbox"/> 112,5 <input type="checkbox"/> 112,6 <input type="checkbox"/> 112,7 <input type="checkbox"/> 112,8 <input type="checkbox"/> 112,9 <input type="checkbox"/> 113,0 <input type="checkbox"/> 113,1 <input type="checkbox"/> 113,2 <input type="checkbox"/> 113,3 <input type="checkbox"/> 113,4 <input type="checkbox"/> 113,5 <input type="checkbox"/> 113,6 <input type="checkbox"/> 113,7 <input type="checkbox"/> 113,8 <input type="checkbox"/> 113,9 <input type="checkbox"/> 114,0 <input type="checkbox"/> 114,1 <input type="checkbox"/> 114,2 <input type="checkbox"/> 114,3 <input type="checkbox"/> 114,4 <input type="checkbox"/> 114,5 <input type="checkbox"/> 114,6 <input type="checkbox"/> 114,7 <input type="checkbox"/> 114,8 <input type="checkbox"/> 114,9 <input type="checkbox"/> 115,0 <input type="checkbox"/> 115,1 <input type="checkbox"/> 115,2 <input type="checkbox"/> 115,3 <input type="checkbox"/> 115,4 <input type="checkbox"/> 115,5 <input type="checkbox"/> 115,6 <input type="checkbox"/> 115,7 <input type="checkbox"/> 115,8 <input type="checkbox"/> 115,9 <input type="checkbox"/> 116,0 <input type="checkbox"/> 116,1 <input type="checkbox"/> 116,2 <input type="checkbox"/> 116,3 <input type="checkbox"/> 116,4 <input type="checkbox"/> 116,5 <input type="checkbox"/> 116,6 <input type="checkbox"/> 116,7 <input		

RESUMO DOS PERTENCES

DOCUMENTOS PESSOAIS	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS
CARTEIRAS (QUANTIDADE)	1	MARCA		MODELO	MARCA	MODELO
CARTÕES DE CRÉDITO	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	AMEX CARD	OUTROS	
CARTÕES DE BANCO	2	3	4	5	6	7
QUANTIF. EM FESTES/PEL. VALOR/RE						
CALCULUS (MONTANTE)			ESCRITO (MONTANTE)			ANEXO (QUANTIDADE)
BANCOS (QUANTIDADES)			MULHERES (QUANTIDADE)		OUTROS	
DADOS DO RECEBEDOR						
NOVOS DO RELATÓRIO QUE RECEBEU OS VERBENAS						
SETOR			FUNÇÃO			
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

1. ASENTIMENTO NO LOCAL 1. RECURSO

NOME: _____ RG: _____
ASSINATURA: _____
TESTESE MUNHA: _____ TESTIMUNHA: _____



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 262/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITOData do fato: 21/01/2018 – por volta das 17:00horasLocal do ocorrido: Estrada vicinal que liga o Sítio Santa Maria a Pombal- PBData e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 14/04/2018 – 10:10 Horas**COMUNICANTE:**

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, Filiação: Charles 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, 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 possoas 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 3.763.890 SSP-PB, residente a rua João Capuxu, ap. 01 – 1 andar, centro – Pombal-PB. Que compareceu nessa Delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de dircito.

Pombal – PB, 14 de ABRIL de 2018.

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

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

COMUNICANTE 1: Cláudivam Inocencio dos Santos1ª Testemunha: João Helio Moura Nunes2ª Testemunha: Francinildo Vieira da Nobrega

12.4.100

12.4.100

Suelio Moreira Torres
Suelio de Souza Torres
Agente de Polícia Civil
Mat. 168343-4

Policia responsável pela lavratura do boletim:

Assinado em 23/07/2020 15:40:27



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 "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").

Titular do Sinistro ou ASL

CPF de vítima

027.192.229-09

Nome completo da vítima

SUELIO MOREIRA TORRES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Préfixo
SUELIO MOREIRA TORRES	025.7.436.224-06	400741514
Endereço	Número	Complemento
Rua Siqueira Martins	561	
Bairro	Estado	CEP
Centro	SP	05.840-000
Email		Telefone (DDO)
		021 29796322

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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"/> REUSSO 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
1 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BANRJESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
2 CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	AGÊNCIA	CONTA	NR9
Bradesco	100	00038-6	0000000000000000
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

23/07/2020, 17 de JULHO de 2020
Local e Data

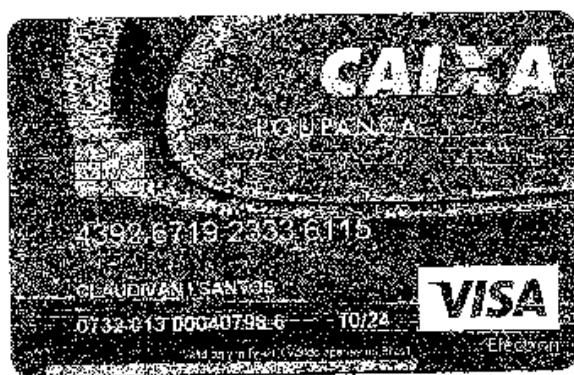
SUELIO MOREIRA TORRES

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



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. 58

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114214/20

Vítima: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

CPF: 057.195.224-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2018

Titular do CPF: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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



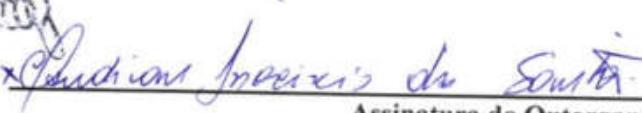
PROCURAÇÃO PARTICULAR

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, PEREIROS, 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 pericia 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)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

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

ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Selos Digitais da Notarização (Ipo Normal B-AKA29346-7A2)
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,89 FARPEM R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00

2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/6/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200146668 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIAN 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: CLAUDIAN 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

