



Número: **0803314-33.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

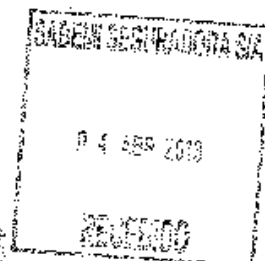
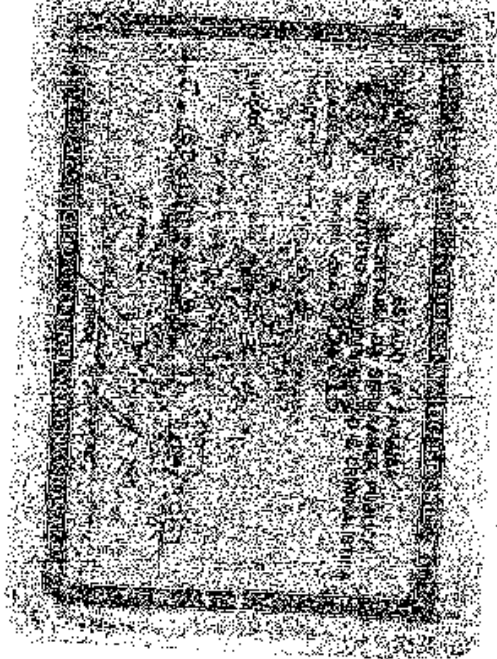
Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RILDO SOARES ALVES (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 212	23/07/2020 15:35	2736560_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JAGUES ALVES MANGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.936.134 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ ALDO SOARES ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104 / 28 do sinistro de DPVAT cobertura INVALID@Z da Vítima JOSÉ ALDO SOARES ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104 / 28 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 026,56 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ Recuso informar

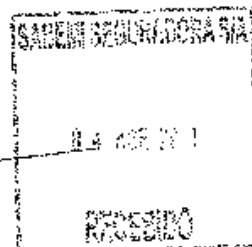
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA RUI PICO DA SILVA ALMEIDA</u>		Número <u>214</u>	Complemento <u>ESCALA 10</u>
Bairro <u>CEPOBOLIS</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>PARANÁ</u>	CEP <u>58.400-000</u>
Email <u>JAGUES.ALVES@GOL.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(41) 3471 1825</u>	Telefone celular(DDD) <u>(41) 9992 4202</u>

Boa Vista, 31 de MAIO de 2018
Local e Data

Jagues Alves Mangueira
Assinatura do Declarante



DL0RL001 V001/2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SUELIO MOREIRA TORRES

RG nº 385216, data de expedição 03/04/13, Órgão SP/PPA,

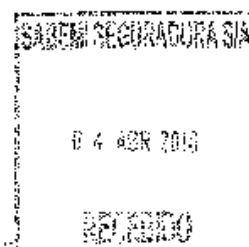
CPF nº 484.209.104-78, venho perante este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

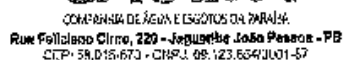
Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA SANCHA BUNARUA DE ALFENGA</u>
Número	<u>985</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>JOZ NOGUEIRA</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 989746322 (83) 989488766</u>
E-mail	<u>_____</u>

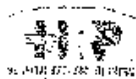
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB, 24.03.2018

Assinatura do Declarante: Suelio Moreira Torres







HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 101841
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 12/10/2017 11:07:05

Servidor do Dr.:

Paciente JOSE RILDO SOARES ALVES

Idade: 56 Sexo: M

Filiação:

Pai: SEVERINO ALVES DA COSTA
Mãe: FRANCISCA SOARES DA COSTA

Endereço:

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
Endereço: HORACIO NOBREGA
Bairro: BELO HORIZONTE
Naturalidade: PATOS - PB
Fone: (83)99831-7257

N. 1340

Documentos:

CNS: 203-3426-6799-0003
Identidade: 885816 SSPPB
CPF:
Reg. Nasco:

Informações adicionais:

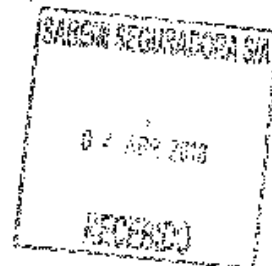
Nascimento: 14/4/1961
Cor: BRANCA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: MILITAR

Responsável:

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

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

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)



Dr. LUIZ CARLOS MOREIRA
Especialista em Geriatria

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Satisfeito (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em 21/10/17

Recepcionista: APARECIDA





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 LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOSE ELIO SOARES ALVES

CPF da Vítima

442.348.104-78

Data do Acidente

12.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

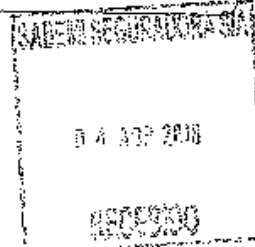
☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Local e Data

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:35:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315354338700000031223592>

Número do documento: 20072315354338700000031223592



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

424.248.104-28

Nome completo da vítima

JOSE ALDO SOARES ALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ALDO SOARES ALVES		CPF titular da conta 424.248.104-28	Profissão PACIENTE
Endereço RUA SANTIAGO QUEIROGA DE ALMEIDA		Número 985	Complemento
Bairro SÃO ROQUE	Cidade BOA VISTA	Estado PARANÁ	CEP 83.890-000
Email		Telefone (DDD) 41-3390-6322	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ ACUSO INFORMAR		☐ SEM RENDA		☐ ATÉ R\$ 1.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00	
☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)							
AGÊNCIA NPO		CONTA NPO		AGÊNCIA NPO		CONTA NPO	
0000-0		0000-0		0000-0		0000-0	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BOA VISTA, 21 de MARÇO de 2018

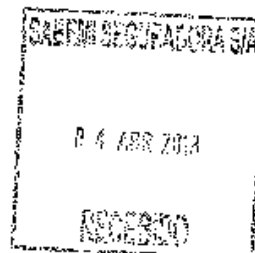
Local e Data

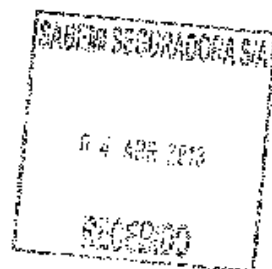
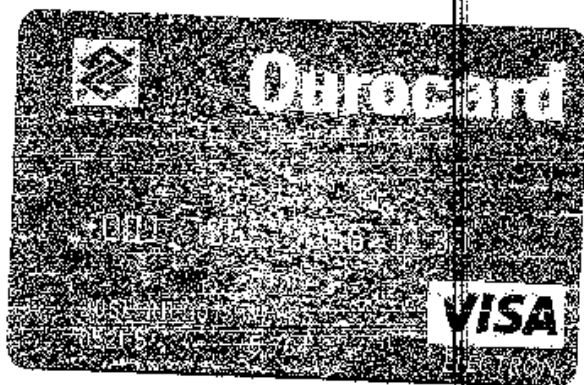
JOSE ALDO SOARES ALVES

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF.001 V001/2017







GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 252/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **12/10/2017** hora: **06H00MIN**

Notificante: *******, alcunha ********, Nacionalidade: *******, naturalidade: *******, nascido em ****/**/******, documento: *******, filho de ******* e de *******, endereço: *********, referência: *******.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

Vítima: **JOSÉ RILDO SOARES ALVES**, alcunha ********, Nacionalidade: **brasileira**, naturalidade: **São José de Espinharas-PB**, idade: **56 anos**, nascido em **14/04/1961**, cor/race: *********, Estado Civil: **Casado**, Profissão: **policial militar**, Escolaridade: *********, documento: **RG RG 885.816 SSP/PB**, filiação: **Severino Alves da Costa e de Francisca Soares da Costa**, endereço: **Rua Horácio Nobrega, nº 1340, Belo Horizonte, Patos/PB**, referência: ********. Tel/Cel: **(****)*******;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo Honda CG 125 Titan KS, cor prata, Placa MON 6280, CHASSI 9C2JC3C10R032813, licenciado em nome de VERA CARLIDO SOARES, na PB 325, na cidade de Jericó-PB, quando vários animais (cachorros) entraram na frente da moto da vítima o derrubando; QUE a vítima foi socorrido pela polícia militar que o encaminhou para o Hospital Regional de Pombal-PB, sendo que como não tinha médico especialista em ortopedia a vítima foi encaminhada por uma ambulância para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi observado na vítima uma fratura no cotovelo direito, onde a vítima realizou uma cirurgia colocando parafuso e uma corrente no cotovelo direito. Nada mais a consignar.

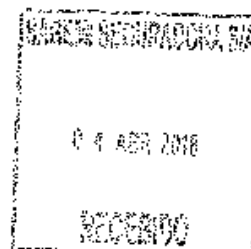
Catolê do Rocha, 13 de março de 2018. Às 10:27 horas.

Assinatura manuscrita de José Rildo Soares Alves

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 168.147-7





 GOVERNO DA PARAÍBA	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL POLÍCIA MILITAR COMANDO DE POLICIAAMENTO REGIONAL II DÉCIMO SEGUNDO BATALHÃO PRIMEIRA COMPANHIA DPM - JERICO PB		
	BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: SNº011		
UOP/SUOP: 12º BPM/1ª CIA Data: 12/10/2017 Hora: 08:00hrs Local da ocorrência PB 325 acesso a entrada de Jerico PB		Nº CIOP/COPOM: 0776: 1ª CIA 12º BPM	
TIPO DA OCORRÊNCIA: atropelamento de animais		Código Ocorrência:	
COMANDANTE DA GUARNIÇÃO: 3º sgt Josenildo		Prefixo da viatura: 6478	
Nome Motorista: CB Valdery	Nome Patrulheiro	Nome Patrulheiro 2:	
Solicitante: a vítima		Nº	
Acusado (S)			
NOME COMPLETO		Data/ nascimento	
NOME DA MÃE: Nilza Maria De Oliveira Sousa		Nº RG	Nº CPF:
ENDEREÇO COMPLETO		Nº S/N	
PONTO DE REFERÊNCIA:		Profissão:	
Informações Biométricas:			
Cor da pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos:	Cor dos Olhos:
Marcas Características (assinalar) () Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:		Complacência Físico () Normal () Magro () Gordo	
Descrever Marcas Características:		APELIDO:	
NOME COMPLETO:		Data de Nascimento:	
NOME DA MÃE:		Nº RG	Nº CPF:
ENDEREÇO COMPLETO:		Nº	
PONTO DE REFERÊNCIA:		Profissão:	
Informações Biométricas:			
Cor da pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos:	Cor dos Olhos:
Marcas Características (assinalar) () Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:		Complacência Física () Normal () Magro () Gordo	
Descrever Marcas Características:		Alcinha:	
Vítima (S)			
José Rildo Soares Alves		Data de Nascimento:	
NOME DA MÃE: Francisca Soares Alves Da Costa		Nº RG/ vítima 885816	Nº CPF: 424248104-78
ENDEREÇO COMPLETO: Rua Sanchez Queiroga De Alencar nº985		Nº CNH:	
PONTO DE REFERÊNCIA: Vizinho A Delegacia Velha		Nº Telefone: (83)999670687	Profissão: Militar
NOME COMPLETO:		Data de Nascimento:	
NOME DA MÃE:		Nº RG/ VITIMA:	Nº CPF:
Endereço Completo:		Nº CNH:	
PONTO DE REFERÊNCIA:		Nº Telefone:	Profissão:

ARMEM SEGURADORA S/A

04 ABR 2018

RECEBIDO



TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	Data de Nascimento
Nº Telefone(s) da Testemunha:	Nº RG/Orgão Expedidor:
ENDEREÇO COMPLETO	Nº CPF:
PONTO DE REFERENCIA:	Nº RG
NOME COMPLETO:	Profissão:
Nº Telefone(s) da Testemunha:	Data de Nascimento:
ENDEREÇO COMPLETO	Nº RG/Orgão Expedidor:
PONTO DE REFERENCIA:	Nº CPF:
	Nº CNH:
	Profissão:

ARMAS(S) DE FOGO APREENDIDA(S)

TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SERIE:	DIMENÇÃO CANO:
TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SERIE:	DIMENÇÃO CANO:

CARTUCHO(S) APREENDIDO(S)

QUANTIDADE:	CALIBRE:	TIPO:
QUANTIDADE:	CALIBRE:	TIPO:

OUTRO(S) OBJETO(S) APREENDIDO / conduzido(S)

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE, EM DATA E HORA NESTA CIDADE DE JERICO PB, O SENHOR JOSE RILDO SOARES ALVES MILITAR CASADO 56 ANOS MAT 527-7060 GMR. TRAFEGAVA EM UMA MOTO CG ANO 2000. PRATA DE PLACA MOM6280 NA PB 325 QUE LIGA POMBAL A CATOLE PRECISAMENTE NO MUNICIPIO DE JERICO PB, O MESMO SAIA DA SUA RESIDENCIA ATE O SEU LOCAL DE SERVIÇO (12 bpm catolé do rocha conforme escala), ONDE DEPAROUSE COM UM CACHORRO QUE CRUZAVA A PISTA, O MESMO TENTOU DESVIALO MAS NÃO CONCEGUINDO VEIO A ATROPELAR E CONSEQUENTEMENTE TOMBOU SOB O ASFALTO SOFRENDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO. ESSA GUARNIÇÃO SOCORREU A VITIMA ATE O HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL PARA QUE PROVIDENCIAS SEJAM TOMADAS.

Condutor:

3ºSGT JOSENILDO

Comandante da guarnição

Recebi às 12h30 min., de 19/10/2014, o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.

Semear Duiz de Selo J. Ten. 24
Autoridade Policial

RAEM SECURARIA SP

3 4 ABR 2018

RECEBIDO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118112/19

Número do Sinistro: 3190262802

Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES

CPF: 424.248.104-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE RILDO SOARES ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/05/2019
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

JAQUES RAMOS WANDERLEY

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA
CPF: 719.562.550-87

CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSE RILDO SOARES ALVES, BRASILEIRO, CASADO, 2º SARGENTO R/R, COM RG: 885816 SSP/SP E CPF: 424.248.104-78, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SANCHÁ QUEIROGA DE ALENCAR, 985, JD ROGERIO, 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 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 JOSE RILDO SOARES ALVES, RG: 885816 SSP/SP E CPF: 424.248.104-78 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/ 10 /2017.

POMBAL - PB, 08 / 03 / 2019.



Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES, 463 - CENTRO
Tel. 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de JOSE RILDO
SOARES ALVES e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 12/03/2019.

JOANA D'ARC LIMA DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AH38540-BC03
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53

SABEMI – REC. EM 05 ABR 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190262802 **Cidade:** Jericó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES **Data do acidente:** 12/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO EM 2,5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DOR E AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM COTOVELO (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/05/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

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

DOC ORIGEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28
CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO DIRETOR

LERAN 7.116 DE 25/06/93

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

PROCESSO REFERENTE À VÍTIMA JOSE RILDO SOARES ALVES

SINISTRO (3180152668)

CPF: 424.248.104-78

RUA: SANCHI QUEIROGA DE ALENCAR 985, 473, JD ROGERIO, POMBAL-PB.

CEP: 58.840-000

DATA DO ACIDENTE: 12/10/2017

VENHO POR MEIO DESTA, REQUERER PERICIA MÉDICA JUNTO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, AINDA ME ENCONTRO COM FORTES DORES NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, BLOQUEIO GRAVE DO COTOVELO DEVIDO A FIXAÇÃO METÁLICA NO EPICÔNDIO MEDIAL, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE COTOVELO (FLEXÃO 30° E EXTENÇÃO 45°), PERDA DA FORÇA E ATROFIA MUSCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, SEQUELA GRAVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TENHO 57 ANOS E MINHA IDADE NÃO AJUDA PARA UMA RECUPERAÇÃO OU MESMO UMA MELHORIA DO QUADRO. CERTO DE VOSSO PRONTO ATENDIMENTO, RENOVO NOSSOS LAÇOS DE APREÇO E ELEVADA CONSIDERAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE;



Jose Rildo Soares Alves

JOSE RILDO SOARES ALVES

CPF: 424.248.104-78

POMBAL-PB, 04/ 10/ 2018

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE RILDO
SOARES ALVES. CONFERIDO () DOU FE.
POMBAL-Paraíba, 08/10/2018

JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de Recuperação Tipo Normal: 5-A1P67408-KYU0
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.894-53

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DO PARLAMENTO NACIONAL DE TERESÓPOLIS
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

NOME: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO: 2870446 SSP PB

CNP: 064.978.664-50 DATA NASCIMENTO: 06/01/1985

RESIDÊNCIA: AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVANIA RAMOS WANDERLEY

PRIMEIRO: ACC: CATEGORIA: AD

Nº RESERVO: 04065760079 VALIDADE: 20/12/2023 1ª EMISSÃO: 28/03/2007

CLASSIFICAÇÃO: D I F I

Amintas Dantas Wanderley Junior
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: POMBAL, PB DATA EMISSÃO: 07/12/2018

Suelio Moreira Torres
ASSINATURA DO EMISSOR

93146464748
PB036866040

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1665623017

PROIBIDO PLASTIFICAR 1665623017

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.954/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

71825665

N.º OSP
19511758

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

AMINTAS DANTAS W JUNIOR
RUA SANCHIA QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR -
JARDIM ROGERIO POMBAI, PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.002.155.0307.000	(000)	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N460919	12/01/2017	EXT LACRE	USADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
OUT/2018	22/10/2018	37,91			

EMISSÃO:	10/12/2018	Total a Pagar:	R\$ 37,91
----------	------------	----------------	-----------

MATRÍCULA	N.º OSP	EMISSÃO	TOTAL A PAGAR
71825665	19511758	10/12/2018	R\$ 37,91

82640000000 4 37910010112 8 07182566501 2 95117581215 9



SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 PATENTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

DOC. IDENTIFIC. / CATEGORIA
 3141039 389 28

CPF
 059.842.774-09

DATA NASCIMENTO
 12/06/1988

FUNÇÃO
 ISAIAS QUEIROGA
 SOBRINHO
 JUSSARA PEREIRA NUNES
 QUEIROGA

PROVAÇÃO **ACC** **CRIMA**
☒ ☒ ☒

Nº ENEMO
 04191543380

VALIDADE
 03/09/2017

1ª EMISSÃO
 20/09/2007

Assinatura
 Mayara Monique Wanderley

ASSINATURA DO PROVEDOR

LOCAL
 POMERAL, PB

DATA EMISSÃO
 11/09/2012

Assinatura
 Rodrigo Carvalho

78396152013
PB024787868

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
629555924

PROVEDOR PLASTIFICAR
629555924

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 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/2019

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS
POMBAL, PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A08A013264	12/06/2008	EXT LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
2363	2372	9	30	09/02/2019		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017	MS	
DEZ/2018	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2018	13	TURBIDEZ	46	46	46	
OUT/2018	12	CLORO	46	46	46	
SET/2018	19	COL.TERMOT	0	0	0	
AGO/2018	9	COR	10	46	46	
JUL/2018	8	COL.TOTAIS	46	46	46	
MEDIA(H)	12	DADOS REFERENTES A:	NOV/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 10/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:10:11

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

9 H3

37,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS LEI 12.741/11

VENCIMENTO:

23/01/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2019	23/01/2019	R\$ 37,91

DÉBITO AUTOMÁTICO

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:35:44

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315354338700000031223592

Número do documento: 20072315354338700000031223592

Num. 32599212 - Pág. 23

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



7 JOSE RILDO SOARES AVEL
LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA FINS DE REVISÃO MÉDICA
QUE O PACIENTE SUBMETIDO FOI SUBMETIDO
A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
ULNAR DISTAL DIREITO EM 20/10/17 DEVI-
DO A ACIDENTE DE MOTO, OCORRIDO EM
12/04/18. PACIENTE EVOLUI COM DOR EM
COTÓVELO E LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DE
MOVIMENTO DE COTÓVELO (FLEXÃO 30°/
EXTENSÃO 45° / PRONOSUPINAÇÃO SEM ALTERNÂNCIA)
AO EXAME, ATINGE DIMINUIÇÃO DE FORÇA

17.08.18

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-28-0257 CREMEDEP 23411

Rua Cel. João Carneiro, Nº 368, Centro
Fone (83) 3431-2020 | Pombal - PB

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



paciente e membro superior direito.

Radiografia (02/05/18) Faturar de
umco gista novo fixado com
PACA + Pnatisol / Anterior de C-10.
Ligam. e faturar.

Paciente com sequelas graves de
Faturar C-10 com diminuição / perda
de força do membro superior
direito.

C-10: M84.1 / 542.4 / M25.5

Pompe 17/08/18

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRMFB - 82511 CREMEPE 23411



À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

PROCESSO REFERENTE À VÍTIMA JOSE RILDO SOARES ALVES

SINISTRO (3180152668)

CPF: 424.248.104-78

RUA: SANCHI QUEIROGA DE ALENCAR 985, 473, JD ROGERIO, POMBAL-PB.

CEP: 58.840-000

DATA DO ACIDENTE: 12/10/2017

VENHO POR MEIO DESTA, REQUERER PERICIA MÉDICA JUNTO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, AINDA ME ENCONTRO COM FORTES DORES NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, BLOQUEIO GRAVE DO COTOVELO DEVIDO A FIXAÇÃO METÁLICA NO EPICÔNDIO MEDIAL, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE COTOVELO (FLEXÃO 30° E EXTENÇÃO 45°), PERDA DA FORÇA E ATROFIA MUSCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, SEQUELA GRAVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TENHO 57 ANOS E MINHA IDADE NÃO AJUDA PARA UMA RECUPERAÇÃO OU MESMO UMA MELHORIA DO QUADRO. CERTO DE VOSSO PRONTO ATENDIMENTO, RENOVO NOSSOS LAÇOS DE APREÇO E ELEVADA CONSIDERAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE;



Jose Rildo Soares Alves

JOSE RILDO SOARES ALVES

CPF: 424.248.104-78

POMBAL-PB, 04/ 10/ 2018

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE RILDO SOARES ALVES, CONFERIDO _____ DOU FE.
POMBAL-Paraíba, 08/10/2018

JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização tipo Normal - 8-A-PP-1408-KYUO
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019





Paciente: JOSÉ RILDO SOARES ALVES
Nº do Paciente: PB180001036
Data de Nascimento: 14/04/1961
Data do Exame: 02/05/2018
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO COTOVELO DIREITO

RELATÓRIO:

Sequelas de fratura com fixação metálica no epicôndilo medial.
Relações articulares mantidas.
Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Priscila Bianchessi CRM 88001-SP |
Médica-radiologista RQE 44979-SP através de Telelaudo Tecnologia Médica
Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 02/05/2018
11:33:22 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



D
JOSE RILDO SOARES ALVES



SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019

5 cm

C 935
L 4283



JOSE RILDO SOARES ALVES

6402-RBY-CO-IM-REC-EM-IM-REC-2019



5 cm

C 168
L 412



POLICIA MILITAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

FE PÚBLICA - DECRETO Nº 50.673

IDENTIDADE MILITAR Nº **09977**

2º SARGENTO R/R

JOSE RILDO SOARES ALVES

Jose Rildo Soares Alves

ASSINATURA DO INTERESSADO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

POLICIA MILITAR

Nº **885816 SSP-PB** CPF **424248104-78** MATRÍCULA **512741-6**

RELACAO **SEVERINO ALVES DA COSTA**
FRANCISCA SOARES DA COSTA

NATURALIDADE **SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS - PB** DATA NASC **14/04/1961** SEXO **M** ALTURA **1.73**

DOADOR DE ORGÃO (PREVASEP) **NAO DOADOR** 12031865015 8 +

OBSERVAÇÕES

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
João Pessoa, 09 de abril de 2013

Francisco Soares Alves

POLEGAR DIREITO

CHEFE DA UNIDADE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

CERTIFICADO DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE RILDO SOARES ALVES

POLEGAR DIREITO

Jose Rildo Soares Alves

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

CIC

NASCIMENTO **14.04.61** INSCRIÇÃO NO CPF **424 246 104 78**

CONTEÚDO

JOSE RILDO SOARES ALVES

Jose Rildo Soares Alves

SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CRIMINALÍSTICA

NÚMERO **005.616**

DATA **14/04/2013**

Jose Rildo Soares Alves

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DE FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUÍVEL

CONTRIBUÍVEL **JOSE RILDO SOARES ALVES**

CPF **424.246.104-78**

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Jose Rildo Soares Alves

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **VERA GARRIDO SOARES**, RG nº 2.580.942-2º VIA, data de expedição 18/08/2015, Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 040.651.214-00, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Sancha Queiroga de Alencar, nº 985, JD Rogerio, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **JOSE RILDO SOARES ALVES**, cujo o condutor era **JOSE RILDO SOARES ALVES**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS

Ano: 2000 / 2001

Cor: PRATA

Placa: MOM 6280/PB

Chassi: 9C2JC30101R032313

Data do Acidente: 12/ 10 / 2017

Local e Data: POMBAL-PB, 22 / 04 / 2019



Vera Garrido Soares

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES, 463 - CENTRO
Tel: 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de VERA
GARRIDO SOARES e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 23/04/2019.

JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AIN24823-XH70
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Genival Severo de Queiroga
Escrevente
CPF: 026.972.974-72

SABEMI - REC. EM 02 MAI 2019



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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

		(Valores em Reais)
TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS		115.190,01
IMPOSTO DEVIDO		16.637,48
IMPOSTO A RESTITUIR		0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR		14.821,36
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE		0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2018)		
NÚMERO DE QUOTAS		1
VALOR DA QUOTA		14.821,36

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 29/04/2018 às 12:43:14
0702617654

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019

0702617654

Página 1 de 2



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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDENCKY

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

JOSE RILDO SOARES ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104, 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE RILDO SOARES ALVES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104, 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCANITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>BOMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: <u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 999746322</u>

Local e Data: BOMBAL-PB, 08.03.2019

Jacques Ramos Wandencky

Assinatura do Declarante

SABEMI – REC. EM 05 ABR 2019





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y17K649254	23/01/2018	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (H3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
133		140		7		30
						07/03/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2019	6	PARAMETROS		EXIG. ANALIS. CONFORMES		
DEZ/2018	12	TURBIDEZ		46	46	46
NOV/2018	11	CLORO		46	46	46
OUT/2018	9	COL. TERMOT		0	0	0
SET/2018	11	COR		10	46	42
AGO/2018	22	COL. TOTAIS		46	46	46
MEDIA(M)	11	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 07:34:58

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	67,65
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,26 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 22/02/2019 Total a Pagar: R\$ 67,65



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2019	22/02/2019	R\$ 67,65

DEBITO AUTOMATICO

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:35:44

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315354338700000031223592

Número do documento: 20072315354338700000031223592

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/compra de energia elétrica Nº 020.564.457



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-580
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
JOSE RILDO SOARES ALVES RUA SANCHIA QUEIROGA DE ALENCAR 985 CASA POMBAL			5/536427-8	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2019	21/02/2019	351	16/03/2019	R\$ 314,85

Acesse: www.energisa.com.br

ENERGISA			JOSE RILDO SOARES ALVES	
			Roteiro: 14-227-145-0580	
			CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/03/2019	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA		
16/03/2019	R\$ 314,85	536427-2019- 02-2		

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Prontuario: 101841

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 12/10/2017 11:07:05

Servidor do Dr.:

Paciente JOSE RILDO SOARES ALVES

Idade: 56 Sexo: M

Filiação

Pai: SEVERINO ALVES DA COSTA
Mãe: FRANCISCA SOARES DA COSTA

Endereço

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
Endereço: HORACIO NOBREGA
Bairro: BELO HORIZONTE
Naturalidade: PATOS - PB
Fone: (83)99831-7257

N: 1340

Documentos

CNS: 203-3428-6799-0003
Identidade: 885816 SSPPB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 14/4/1961
Cor: BRANCA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: MILITAR

Responsável:

Xelena Garrido Soares

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

Tratando como detalhe

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

Idm

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Idm

Diagnóstico:

Trst. como detalhe

Motivo da Alta:

Resultado: () Suiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em: 21/10/17

Recepcionista: APARECIDA

Dr. Leonardo Monteiro
Médico de Família e Comunidade

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 252/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **12/10/2017** hora: **06H00MIN**

Notificante:***, alcunha "****", Nacionalidade: ***, naturalidade: ***, nascido em **/**/**, documento: ***, filho de *** e de ***, endereço: *****, referência: ****.

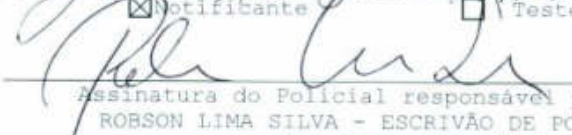
Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

Vítima: **JOSÉ RILDO SOARES ALVES**, alcunha "****", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: São José de Espinhares-PB, idade: 56 anos, nascido em 14/04/1961, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado, Profissão: policial militar, Escolaridade: *****, documento: RG RG 885.816 SSP/PB, filiação: Severino Alves da Costa e de Francisca Soares da Costa, endereço: Rua Horácio Nobrega, nº 1340, Belo Horizonte, Patos/PB, referência: ****. Tel/Cel: (****)****;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo Honda CG 125 Titan KS, cor prata, Placa MOM 6280, CHASSI 9C2JC3010R032313, licenciado em nome de VERA GARRIDO SOARES, na PB 325, na cidade de Jericó-PB, quando vários animais (cachorros) entraram na frente da moto da vítima o derrubando; QUE a vítima foi socorrido pela polícia militar que o encaminhou para o Hospital Regional de Pombal-PB, sendo que como não tinha médico especialista em ortopedia a vítima foi encaminhada por uma ambulância para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi observado na vítima uma fratura no cotovelo direito, onde a vítima realizou uma cirurgia colocando parafuso e uma corrente no cotovelo direito. Nada mais a consignar.

Catolê do Rocha, 13 de março de 2018. Às 10:27 horas.


☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Matricula: 168.447-7



SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



 GOVERNO DA PARAÍBA	SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL POLÍCIA MILITAR COMANDO DE POLICIAMENTO REGIONAL II DÉCIMO SEGUNDO BATALHÃO PRIMEIRA COMPANHIA DPM- JERICO PB	
BOLETIM DE Ocorrência Nº: SNº011		Nº CIOP/COPOM:0776: 1ª CIA 12º BPM
UOP/SUOP: 12º BPM/1ª CIA	Data:12/10/2017	Hora: 06:00hrs/Local da ocorrência PB 325 acesso a entrada de Jerico PB
TIPO DA Ocorrência: atropelamento de animais		Código Ocorrência:
COMANDANTE DA GUARNIÇÃO: 3ºsgt Josenildo		Prefixo da viatura: 6478
Nome Motorista: CB Valdery	Nome Patrulheiro	Nome Patrulheiro2-
Solicitante: a vítima		Nº
Acusado (s)		
NOME COMPLETO		Data/ nascimento
NOME DA MÃE: Nilza Maria De Oliveira Sousa		Nº RG/ Nº CPF:
ENDEREÇO COMPLETO		Nº S/N
PONTO DE REFERÊNCIA:		Profissão:
Informações Biométricas:		
Cor da pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos: Cor dos Olhos: Complacência Fisico() Normal () Magro () Gordo
Marcas Características (assinalar)		APELIDO:
() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:		
Descrever Marcas Características:		
NOME COMPLETO:		Data de Nascimento:
NOME DA MÃE:		Nº RG/ Acusado: Nº CPF:
ENDEREÇO COMPLETO:		Nº
PONTO DE REFERÊNCIA:		Profissão:
Informações Biométricas:		
Cor da pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos: Cor dos Olhos: Complacência Fisica () Normal () Magro () Gordo
Marcas Características (assinalar)		Alicunha:
() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros:		
Descrever Marcas Características:		
Vítima (S)		
Jose Rildo Soares Alves		Data de Nascimento:
NOME DA MÃE: Francisca Soares Alves Da Costa		14/04/1961 Nº CPF:424248104-78
ENDEREÇO COMPLETO: Rua Sanher Queiroga De Alencar n/985		Nº CNH:
PONTO DE REFERENCIA: Vizinho A Delegacia Velha		Nº Telefone: (83)999670687 Profissão: Militar
NOME COMPLETO:		Data de Nascimento:
NOME DA MÃE:		Nº RG/ VITIMA: Nº CPF:
Endereço Completo:		Nº CNH:
PONTO DE REFERÊNCIA:		Nº Telefone: Profissão:

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3180152668	CPF da vítima: 424.248.104-78	Nome completo da vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: JOSE RILDO SOARES ALVES		
Profissão: 2º SARGENTO RIR	Endereço: RUA SANCHIA QUEIROGA DE ALMEIDA	CPF: 424.248.104-78
Bairro: DO ROGERIO	Cidade: POMBAL	Número: 985
E-mail:	Estado: PARAIBA	CEP: 58.840-000
		Tel.(DDD): (83)999746322

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinale uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **POMBAL-PB, 08.03.2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROLDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

Assinatura

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

CPF: **059.842.774-09**

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROLDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3180152668	CPF da vítima: 424.248.104-78	Nome completo da vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: JOSE RILDO SOARES ALVES		CPF: 424.248.104-78
Profissão: 2º SARGENTO RIR	Endereço: RUA SANCHIA QUEIROGA DE ALMEIDA	Número: 485 Complemento:
Bairro: JO ROGERIO	Cidade: POMBAL	Estado: PARAIBA
E-mail:	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746322

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **0521-6** CONTA: **5764-9**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **POMBAL-PB, 08.03.2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: **AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

Amintas Dantas Wanderley Junior

Assinatura

2º Nome: **MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**

CPF: **059.842.774-09**

Mayara Monique Queiroga Wanderley

Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190262802
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rildo Soares Alves
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sancha Queiroga de Alencar, 985
Jd Rogerio Pombal PB CEP: 58840-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 885816
Data local do acidente: [12/10/2017]
Data local do exame: [24/05/2019] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO ÚMERO DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 12/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO ÚMERO NO DIA 20/10/2017 COM USO DE PLACA DCP 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR E AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM COTOVELO DIREITO

Data da Alta: 22/10/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO EM 2,5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DOR E AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM COTOVELO (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR.

- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ATROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO EM 2,5 CM
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I
DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO EM 15°
DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO EM 20°
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°
BLOQUEIO ARTICULAR.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





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, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190262802

Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES

Data do Acidente: 12/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RILDO SOARES ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE RILDO SOARES ALVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000521-5**

Conta: **000005764-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190262802

Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES

Data do Acidente: 12/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01791/01792 - carta_02 - INVALIDEZ

00040896



Carta nº 14256392





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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190262802

Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES

Data do Acidente: 12/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RILDO SOARES ALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00885/00886 - carta_03 - INVALIDEZ

00060443



Carta nº 14166241



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:35:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315354338700000031223592>

Número do documento: 20072315354338700000031223592



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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190262802

Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES

Data do Acidente: 12/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RILDO SOARES ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14164137

Pag. 01595/01596 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RILDO SOARES ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00521-5

CONTA: 000000005764-9

Nr. da Autenticação 879A013BAFD7189E



MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL	IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA EXERCÍCIO 2015 ANO-CALENDÁRIO 2015
--	---

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELAS DEDUÇÕES LEGAIS
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-06	Nome do declarante JACQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (53) 34311325
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais) 96.520,77
IMPOSTO DEVIDO	5.853,68
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	3.334,23
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (vencimento da 1ª quota em 29/04/2016) NÚMERO DE QUOTAS	1
VALOR DA QUOTA	3.334,23

CONFIDENCIAL

SABER SINDICATO SA
04/04/2016
RECIBO

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor DEAPRO
em 20/04/2016 às 16:55:05
1856150111

1856150111

Página 1 de 2



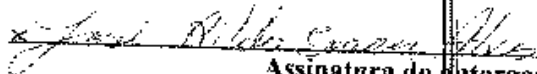
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSE RILDO SOARES ALVES, BRASILEIRO, CASADO, 2º SARGENTO R/R, COM RG: 885816 SSP/SP E CPF: 424.248.104-78, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SANCHI QUEIROGA DE ALENCAR, 985, JD ROGERIO, POMBAL - PB.

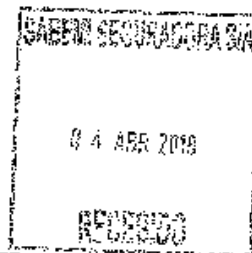
OUTORGADO: Dr. JACQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

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 JOSE RILDO SOARES ALVES.

POMBAL - PB, 16/03/2018.



Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

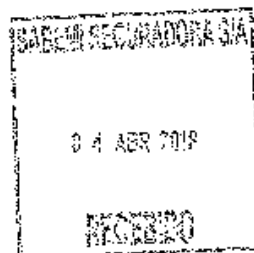
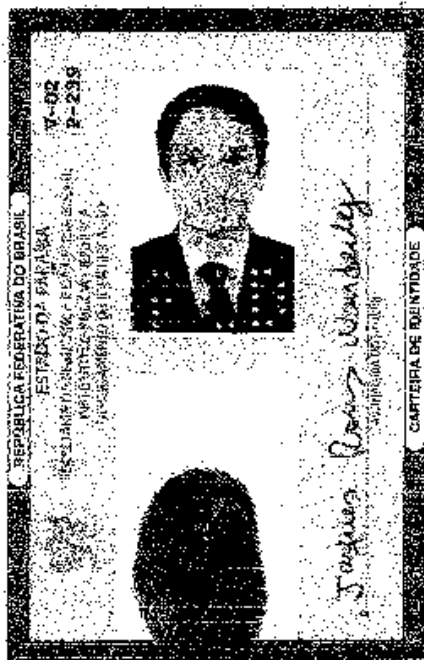


CARTÓRIO AVELINO ASSIN DE QUEIROGA

DE: JOANA TARCILASSIA QUEIROGA
Sub: ANURE LUIZ ETIAS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE RILDO SOARES ALVES.
Em testemunho da verdade. Em
POMBAL-Paraíba, dezesseis de março de dois mil e dezoito.
581225A Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AG080480-RXZJ
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tiipa.jus.br>
ENCOLUM R\$ 11,38 FARPEN R\$ 0,28 PERJ R\$ 0,00
VALIDO COMEÇA COM APLIO DE AUTENTICIDADE

Assinatura de Queiroga
Tabela Pública
CPF: 875.687.694-83



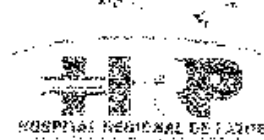


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.428.326 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	01/07/2014
NOME	JACQUES RAMOS WANDERLEY
EMBAIXADA	AMÉLIA DAS NEVES WANDERLEY SILVANIA RAMOS WANDERLEY
NATURALIDADE	POMBAL-PB
DATA DE NASCIMENTO	06/05/1960
LOCAL DE NASCIMENTO	CASAM N. 10728 RLS. 248 LIV. B-28 CARTORIO POMBAL-PB
CPF	032.976.134-08





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Jane Rêda

DA CLÍNICA

int

A CLÍNICA

card.

ENFERMARIA

40

LEITO

21

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

12.10.17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

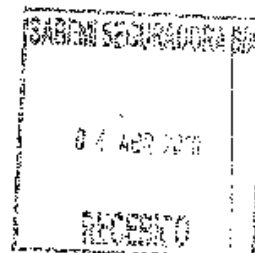
PARECER:

Paciente com exames Cardiológicos
Não Comprovados. Refere que fez uso de
Atorvast
Pa = 90 x 100 mmHg
ECG = Normal.
Risco Cardio = Baixo Risco

13/10/17

DATA

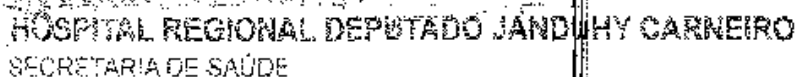
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE	SUELIO MOREIRA TORRES				
LA	LEITO	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
9	04	SUS	56	101841	
CIRURGIÃO	Dr. Fábio		ANESTESISTA		
Dr. Fábio		Dr. Antônio			
ANESTESISTA	Dr. Antônio		DATA		20/07/2020
ANESTESISTA	Dr. Antônio		INÍCIO		10h00
ANESTESISTA	Dr. Antônio		FIM		11h00

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	5	Equipo pl. sorc e sangue
	TX. Capnógrafo		Scaip
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. pl. Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Lesor		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Flonembutol		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Eter Sulfúrico
	Pontandl 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilostasin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tóraz
	Xilocaína a 2%		Espandrapo
	Etiomidate		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Vintura
	Dimorf		Gases
	Lencexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Fomeol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 18g		Fio Cromado 2.0 c/ agulha
	Dixal		Fio Cromado 2.0 s/ agulha
	Plasti		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2.0 c/ agulha
	Tilati		Cat-gut simples 2.0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2.0 pl. amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3.0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2.0 c/ agulha
	Polycot 2.0 s/ agulha		Polycot 3.0 c/ agulha
	Polycot 3.0 s/ agulha		Prolene 2.0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		Prolene 3.0 c/ agulha





5/23/04



[illegible]

— 6 —

[illegible]

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome	DR. DUBO	Nº de prontuário	101841
Data da Cirurgia	20/07/2020	Local	
Cirurgião	Dr. Fábio	Assistente	Dr. Marcelo
Queratinista	Dr. GUTENBERG	Tempo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	FRATURA DE CÔRNO MEDIAL		
Tipos de Cirurgia	COTOMIA DIREITA		
	COTOMIA ESQUERDA		
Diagnóstico Pós-Operatório	COTOMIA		
Relatório Imediato ao Patologista	NÃO		
Exame Radiológico no Ato	NÃO		
Acidente Durante a Cirurgia	NÃO		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica (Cérebro - Logaduro - Drenagem - Sutura - Material Utilizado - Aspectos Visuais)

1. INCIÇÃO EM COTOMIA DIREITA
2. INCIÇÃO E ANESTESIA
3. VÃO DE ACÓSSO DIREITO ANESTESIA DIREITA
4. COTOMIA E ANESTESIA DIREITA MODAL
5. INCIÇÃO DIREITA ANESTESIA DIREITA
6. COTOMIA





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Lm. DO ORTOP.

Atend. JORÉALDO

Exames ALVOS 2/22

de radiografia de crânio

22.10.17 3/22

F. R. R. R. O. L. O. T. I. V. O.

Dir. H. L. O. T. I. V. O.

Exames de L. O. T. I. V. O.

Com. de L. O. T. I. V. O.

23.10.17

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

