



SECRETARIA DE SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 130 B

[illegible]

## MATERIAL UTILIZADO

C.G: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIG DEZ

XAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

EMANAS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CANULA OROFARINGEA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A

☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: 1mp 100mg Sal + 2mp furosemida + 500mg Amino  
Confirmação + An. Ev.

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS ( MÉDICOS ): \_\_\_\_\_

### POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☒ ELEVACÃO DE CABECEIRA

### TERMO DE RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: THIAGO PEREIRA CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) Antônio Rêgo COREN: 433094 MAT: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

CONDUTOR SOCORRISTA: Almido MAT: \_\_\_\_\_

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



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA  
ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

NOME: Romário de Almeida Oliveira  
COR: branco DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1993 IDADE: 26 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Faustina Genilda de Almeida PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
CARTÃO DO SUS: 700 0001 1074 9302 RG/CNH: 3.877.318  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Marinete Carneiro de Sousa  
ESTADO: PB CEP: 58.340-00 CODIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 21/09/19

**SINAIS VITAIS:**

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: 94

**MEDICAÇÃO EM USO:**

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_  
Insulina Vitrine de Colina Retardada  
com Otorreina Branca

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:**

1° 500 1000  
2° 1000  
3° Diprimit 500 616 16/00 22:00 04:00  
4° 1000 1000 1000 12/12 16/00 04:00  
5° Dextro 1000 1000 1000 16/00 04:00  
6° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
7° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
8° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
9° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
10° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
11° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
12° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
13° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
14° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
15° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
16° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
17° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
18° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
19° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
20° 1000 1000 1000 16/00 04:00



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

**OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:**

- Paciente vítima de violência Mto X Mto, deu entrada neste setor, trazido pela SAMU, apresentando ataxia em membros inferiores, em E.R., consciente e hemodinamicamente estável. Realizado pelo enfermeiro, o paciente foi medicado, solicitados exames laboratoriais e TC de crânio, o mesmo aguarda resultado da TC para seguir com a de terapêutica, conforme foi medicado.

**Henrique Formiga**

ASS./COREN:

**Enfermeiro**

COREN/PB 500.078

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

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

**MEDICAÇÃO:**

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO  
☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ OUTRO HOSPITAL

**ENCAMINHAMENTO:**

- ☐ RESIDÊNCIA  
☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

X **Francisco Gonçalo Almeida**

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOÃO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 21/09/2019 23:15:54

Ocorrência: **TRAUMA CRANIOENCEFALICO**

Provedor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA**

Idade: 26 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

N.:

Bairro:

Naturalidade:

Fone:

Documentos

CNS: 700-0001-1074-9302

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 05/06/1993

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão:

Responsável: \_\_\_\_\_

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

Recebeu de trauma no tempo recente pelo SPM após relato de acidente automobilístico há cerca de 15:40h em trânsito em direção ao trabalho. Não sofreu ferimentos e alteração do nível de consciência.

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

Glasgow 15, pupila isocórica, reativa

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC de crânio e pescoço.

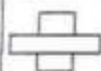
Diagnóstico:

TC crânio + hemorragia subaracnóide + hemorragia intracerebral

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: BARBARA

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

4 - PRONTUÁRIO

39271

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-0001-1074-9302

6 - DATA DE NASCIMENTO

05/06/1993

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

10 - TELEFONE

3431 2149

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

N.º

13 - BAIRRO

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

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente automobilístico tipo com trauma em região crânio

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Quedas crônicas e TC de crânio

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCB

22 - CID 10 PRINC.

S06

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

CTI

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

Urgente

29 - DOCUMENTO

CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Bruno da Silva Almeida  
Médico Clínico  
CRM-PB 10.974  
CNS: 70020004140002

32 - DATA SOLIC.

24/09/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Tullio Alberto de O. Souza  
Diretor Clínico - CRM 9251  
CNS: 206623762240007**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)





GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

## Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente:

Comissão de Atendimento

Paciente 26 anos, deu entrada no serviço  
após relato de sintomas musculares  
há 15 dias com início em região  
cervical, após esforço físico e alteração  
de sono. Paciente evolui com  
hemiparesia, consciência preservada,  
sem alterações de nível de consciência.  
Ao exame físico: Glasgow 15, pupilas  
isocóricas, reativas, sem alterações cardior-  
pulmonares e abdominais em exame físico.  
TC de crânio em estudo.

21, 09, 14

DATA

Dr. Bruno da Silva Almeida  
Médico Clínico  
CRM-PB 10.374  
CBO 3512-05/0001

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"



Paciente: ROMÁRIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Nº do Paciente: P-201909212708

Data de Nascimento: 05/06/1993

Data do Exame: 21/09/2019

Sexo: M

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO**

### **INDICAÇÃO CLÍNICA:**

Avaliação após trauma.

### **TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### **RESULTADO:**

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Estruturas da linha média centradas.

Cerebelo isodenso.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.





## CONCLUSÃO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

*Rejane Ferreira da Silva*

**Assinado Eletronicamente por: Dra. Rejane Silva CRM 692530-RJ |  
Médica-radiologista RQE 26116-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 21/09/2019 20:04:38 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.



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

## ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Homero de Almeida Chaves

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE **INTERNADO(A)** NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5067 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 28 / 09 / 19 À 04 / 10 / 19 NECESSITANDO DE

60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 04 / 10 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. Amaury P. S. Filho  
Neurologia/Neurocirurgia  
CRM-PB 5273

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o

Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável



**SAMU  
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL**

**SECRETARIA DE SAÚDE**



**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192**

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: UAB

**IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA**

DATA: <u>21-09-19</u>	OCORRÊNCIA Nº: <u>0025</u>	PACIENTE/USUÁRIO: <u>Romário de Almeida</u>	IDADE <u>30</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Quil: Jairo Vieira Fritosa</u>		BAIRRO: <u>Penheiros</u>	MÉDICO REGULADOR <u>UAB</u>	
DESTINO DO PACIENTE: <u>HUP</u>		RESPONSÁVEL: <u>[Assinatura]</u>	FUNÇÃO:	
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL:		RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:	
APOIO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE <input type="checkbox"/> EVADIU DO LOCAL				

<b>*TIPO DE AGRAVO:</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	

**EXAME CLÍNICO( PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):**

tolerância muito reduzida, desorientação + alcoolismo +  
oto rrua Gra -

**DADOS VITAIS:**

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ <30 rpm ☐ >30 rpm PULSO RADIAL: ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

PA: 120 x 100 FC: 61 FR: 18 TEMP: — PC - HGT: 120 PC2: 29

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

**INTERVENÇÕES:**

AVI 20ml Suf + 2mlp Transpar + EV + 500mg H -  
duo contínua + fio EV.

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**

pt apresentando tosse de 20h, febre, desori-  
entado, Alcoolismo, otorrhea Gra, servu pronomoventos.



## MATERIAL UTILIZADO

C.G.: ☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO: ☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULÇÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIG DEZ

XAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ TRABALHO DE PARTO ☐ NORMAL

EMANAS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS: ☐ DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ☐ CANULA OROFARINGEA

☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA ☐ VENTILAÇÃO INVASIVA ☐ OXIGÊNIO CATÉTER ÓCULOS

☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CURATIVO

☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ ASPIRAÇÃO V.A.

☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ TALAS ☐ COLAR CERVICAL ☐ IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA ☐ SEDAÇÃO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: 1mg bolus Sal + 2mg fentanyl + 500 mg Atorvastatina + 100 mg Aspirina

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS ( MÉDICOS ): \_\_\_\_\_

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☒ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: THIAGO PEREIRA CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) Andréia Ribeiro COREN: 433074 MAT: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

CONDUTOR SOCORRISTA: Almário MAT: \_\_\_\_\_

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



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA  
ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

NOME: Romário de Almeida Oliveira  
COR: branco DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1993 IDADE: 26 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Florencia Genilda de Almeida PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
CARTÃO DO SUS: 700 0001 1074 9302 RG/CNH: 3.877.318  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Marinete Carneiro de Sousa  
ESTADO: PB CEP: 58.340-00 CODIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 21/09/19

**SINAIS VITAIS:**

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: 94

**MEDICAÇÃO EM USO:**

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_  
Insulina Vítine de Colina Retardada  
com Olanzapina Bruma

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:**

1° 500 1000  
2° 1000  
3° Diprimum 500 616 16/00 22:00 04:00  
4° 1000 1000 1000 12/12 16/00 04:00  
5° Dextropropoxyphene 30mg 16/00 04:00  
6° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
7° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
8° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
9° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
10° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
11° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
12° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
13° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
14° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
15° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
16° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
17° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
18° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
19° 1000 1000 1000 16/00 04:00  
20° 1000 1000 1000 16/00 04:00

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

**OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:**

Paciente vítima de violência Mto X Mto, deu entrada neste setor, trazido pela SAMU, apresentando ataxia em membros inferiores, em E.R., consciente e hemodinamicamente estável. Realizado pelo enfermeiro, o paciente foi medicado, solicitados exames laboratoriais e TC de crânio, o mesmo aguarda resultado da TC para seguir com o tratamento, conforme foi medicado.

Henrique Formiga

Enfermeiro

ASS./COREN:

COREN/PB 500.078

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

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

**MEDICAÇÃO:**

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO  
☐ 2 - APLICADA
- ☐ OBSERVAÇÃO  
☐ OUTRO HOSPITAL

**ENCAMINHAMENTO:**

- ☐ RESIDÊNCIA  
☐ ÓBITO
- ☐ INTERNAÇÃO  
☐ OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

X Francisco Gonçalo Almeida

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOÃO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 21/09/2019 23:15:54

Ocorrência: **TRAUMA CRANIOENCEFALICO**

Provedor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA**

Idade: 26 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

N.:

Bairro:

Naturalidade:

Fone:

Documentos

CNS: 700-0001-1074-9302

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 05/06/1993

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão:

Responsável: \_\_\_\_\_

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

Recebeu de trauma no tempo recente pelo SPM após relato de acidente automobilístico há cerca de 15:40h em trânsito em direção ao trabalho. Não sofreu ferimentos e alteração do nível de consciência.

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

Glasgow 15, pupilas isocóricas, reativas.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC de crânio e pescoço.

Diagnóstico:

TC de crânio + pescoço + hemograma + hemocultura + hemocultura

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: BARBARA

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

4 - PRONTUÁRIO

39271

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-0001-1074-9302

6 - DATA DE NASCIMENTO

05/06/1993

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

10 - TELEFONE

3431 2149

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

N.º

13 - BAIRRO

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

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente automobilístico tipo com trauma em região crânio

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Quedas crônicas e TC de crânio

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCB

22 - CID 10 PRINC.

S06

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

CTI

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

Urgente

29 - DOCUMENTO

CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Bruno da Silva Almeida  
Médico Clínico  
CRM-PB 10.974  
CNS: 70020004140002

32 - DATA SOLIC.

24/09/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Tullio Alberto de O. Souza  
Diretor Clínico - CRM 9251  
CNS: 206623762240007**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

## Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente:

Comissão de Almeida Oliveira

Paciente 26 anos, deu entrada no serviço  
após relato de sintomas musculares  
há 15 dias com início em região  
cervical, após esforço físico e alteração  
de sono. Paciente evolui com  
hemiparesia, consciência preservada,  
sem alterações de nível de consciência.  
Ao exame físico: Glasgow 15, pupilas  
isocóricas, reativas, sem alterações cardior-  
pulmonares abdominais ou alterações.  
TC de crânio em estudo.

21, 09, 14

DATA

Dr. Bruno da Silva Almeida  
Médico Clínico  
CRM-PB 10.374  
CBO 35020100

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"





Paciente: ROMÁRIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Nº do Paciente: P-201909212708

Data de Nascimento: 05/06/1993

Data do Exame: 21/09/2019

Sexo: M

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO**

### **INDICAÇÃO CLÍNICA:**

Avaliação após trauma.

### **TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### **RESULTADO:**

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Estruturas da linha média centradas.

Cerebelo isodenso.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.



## CONCLUSÃO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

*Rejane Ferreira da Silva*

**Assinado Eletronicamente por: Dra. Rejane Silva CRM 692530-RJ |  
Médica-radiologista RQE 26116-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 21/09/2019 20:04:38 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.



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

## ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Homero de Almeida Chaves

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE **INTERNADO(A)** NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5067 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 28 / 09 / 19 À 04 / 10 / 19 NECESSITANDO DE

60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 04 / 10 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. Amaury P. S. Filho  
Neurologia/Neurocirurgia  
CRM-PB 5273

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o

Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DO TRÁFICO

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

OCTAVIANO HELO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-239



Assinatura: Jaques Ramos Wanderley

Assinatura: [Assinatura]

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

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

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

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO CORRESPONDENTE

LEI Nº 7.110 DE 2006



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.877.318 DATA DE EMISSÃO 20/07/2010

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

FILIAÇÃO RAIMUNDO PEDRO DE OLIVEIRA  
FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 05/06/1993

SEXO URSO NASC.N. 27629 FLS. 127 LIV. A 26

CARTORIO POMBAL PB

105.546.164-75

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P.103

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ROMARIO DE Almeida Oliveira

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recupita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 105.546.164-75

Nome ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Nascimento 05/06/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DO TRÁFICO

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

OCTAVIANO HELO DE REGISTRAÇÃO

V-02  
P-239



Jaques Ramos Wanderley

ASSINATURA REGISTRADA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

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

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

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.110 DE 2006/03



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9756389864

88778460681

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20130600001501-0

VIA

1

50775959-1

00/00000000

FRANCINETE GALDINI MENDES VIEIRA  
RUA JOSE VIEIRA SN CASA  
CENTRO  
58945000 CARRAPATEIRA-PB

30999200534

0GE5750/PB

CAVALCANTI E PRIMO VEICULOS LTDA

NOVO

PB

9C2KD0550DR108648

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2012

2013

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : KD05E5D108648

0

CARRAPATEIRA-PB

33790

21/03/2013

31054



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 9756389864

88778460681

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRT 20130600001501-0

VIA

1

50775959-1

00/00000000

FRANCINETE GALDINI MENDES VIEIRA  
RUA JOSE VIEIRA SN CASA  
CENTRO  
58945000 CARRAPATEIRA-PB

30999200534

0GE5750/PB

CAVALCANTI E PRIMO VEICULOS LTDA

NOVO

PB

9C2KD0550DR108648

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

2012

2013

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

N.Motor : KD05E5D108648

0

CARRAPATEIRA-PB

33790

21/03/2013

31054

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA JUSTICA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1548960537



NOME

SAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

DOC (RG) / OUTROS IDENTIFICADORES

2141039 SUP PD

END

059.842.774-09

DATA NASCIMENTO

12/06/1980

PRONOME

FEMININO

ALIC

0

DATA

0

DT INSCRIÇÃO

04/01/2025

DT EXPIRAÇÃO

20/09/2027

Assinatura



Assinatura do Portador

LOCAL

PARAIBA, PB

DATA EMISSÃO

01/12/2017

5498666883

PB035541199

PARAIBA



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

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERÊNCIA
JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS						
MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS POMBAL, PB 58840-000						
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
112.004.355.0170.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
3085013764	12/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA						
2505	2518	13	30	08/02/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
DEZ/2019	14	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMES		
NOV/2019	13	TURBIDEZ		0 0 0		
OUT/2019	16	CLORO		0 0 0		
SET/2019	11	CÔL. TERMOT		0 0 0		
AGO/2019	10	COR		0 0 0		
JUL/2019	15	COL. TOTAIS		0 0 0		
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

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

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

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 12.741/17

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



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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



CAGEPA

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

DÉBITO AUTOMÁTICO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSÃO DP  
 2870446 SSP PB

CPF DATA VENCIMENTO  
 064.978.664-50 06/01/1985

FUNÇÃO  
 AMINTAS DANTAS  
 WANDERLEY  
 RILVANIA RAMOS  
 WANDERLEY

PERNAMBUCO ALC CALHUA  
 AP

Nº Registro 04065760079 VÁLIDEZ 26/12/2021 1ª Inscrição 29/03/2007

OBSERVAÇÃO  
 DIF:

Assinatura do Portador

LOCAL DATA EMISSÃO  
 POMBAL, PB 07/12/2018

Assinatura do Emissor

23146464749  
 PB036866040

PARAÍBA

1665623017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 PROIBIDO PLASTIFICAR



CAGEPA

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

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO

POMBAL

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07182566.5

MATRÍCULA

07182566.5

CLIENTE

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

CPF/CNPJ:

064.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

22/01/2020

INSCRIÇÃO

112.002.155.0307.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

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

FATURA

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

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

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

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

N°Hm: Y15N469919

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

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

TOTAL

R\$

37,91

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRÍCULA

07182566.5

INSCRIÇÃO

112.002.155.0307.000

FATURA

01/2020

NÃO RECEBER APOS

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

# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 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: 3200092689

Data da solicitação: 07.05.2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

CPF do beneficiário: 105.546.164-75

Nome do solicitante: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

CPF do solicitante: 105.546.164-75

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (083 ) 999746322

DDD

Tel. Comercial: (083 ) 981488766

DDD

Tel. Residencial: (083 ) 34311825

DDD

E-mail: XX

## 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:

(DESCREVER)

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

MINHA TOMOGRAFIA ACUSOU:

FRATURA TEMPORO-PARIENTAL E DA MASTOIDE À DIREITA

FRATURA DO SEIO ESFENOIDAL ESQUERDO. HEMOSSINUS

FOCO DE CONTUSÃO CEREBRAL HOMORRÉGICO NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA

HEMORRAGIA SUBARACNOIDE

SEQUELAS GRAVES E DE CARATER PERMANENTE!

POMABL-PB, 07.05.2020

Local e Data

Romario de Almeida Oliveira

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).



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA JUSTICA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO



Nome

SAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

RG

2141039

UF

SP

CPF

059.842.774-09

Data Nascimento

12/06/1980

Parentesco

IRMAO QUEIROGA

SOBRINHO

JURISDICA PEREIRA JUNIOR

QUEIROGA

Identificacao

64191542350

Validade

13/10/2024

Expiracao

20/09/2027

Assinatura



Assinatura do Portador

Local

PCRSAL, SP

Data Emissao

01/12/2017

Assinatura do Emissor



Assinatura do Emissor

54986668483

PD035541199

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1548960537

PROIBIDO PLASTIFICAR

1548960537



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

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

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS						
MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS POMBAL, PB 58840-000						
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
112.004.355.0170.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
3085013364	12/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA						
2505	2518	13	30	08/02/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
DEZ/2019	14	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMES		
NOV/2019	13	TURBIDEZ		0	0	
OUT/2019	16	CLORO		0	0	
SET/2019	11	CÔL.TERMOT		0	0	
AGO/2019	10	COR		0	0	
JUL/2019	15	COL.TOTAIS		0	0	
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				
DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31						
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)		
ÁGUA						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)						
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE		10 M3		37,91		
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3		3 M3		14,67		
ESGOTO						
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 12.741/17						
VENCIMENTO: 23/01/2020		Total a Pagar:		R\$ 52,58		



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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



**CAGEPA**

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

DÉBITO AUTOMÁTICO

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

PB

AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFICACAO / DATA EMISSAO DO  
2870446 SSP PB

CPF DATA VENCIMENTO  
064.978.664-50 06/01/1985

RENCAO  
AMINTAS DANTAS  
WANDERLEY  
RILVANIA RAMOS  
WANDERLEY

RENCAO ATC CALHA  
AB

Nº RENCAO VALIDEZ 1ª EMISSAO  
04065760079 26/12/2021 29/03/2007

EMISSAO  
DIF

*Antes desta validade zero*  
ADMINISTRACAO DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO  
POMBAL, PB 07/12/2018

23146464749  
PB036866040

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1665623017

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1665623017





CAGEPA

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

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO

POMBAL

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07182566.5

MATRÍCULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

07182566.5

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

064.XXX.XXX-XX

22/01/2020

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

112.002.155.0307.000

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

FATURA

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

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

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

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

N°Hm: Y15N469919

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

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

TOTAL

R\$

37,91

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRÍCULA

INSCRIÇÃO

07182566.5

112.002.155.0307.000

FATURA

NÃO RECEBER APOS

01/2020

31/01/2021

VENCIMENTO

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

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

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200092689 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200092689 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Pombal - PB, nascido em 05.06.1993, filho de RAIMUNDO PEDRO DE OLIVEIRA e FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA, Residente e domiciliado na Rua Marinete Carvalho de Sousa, nº 111, populares, Pombal-PB, CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**OUTORGADO:** Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT INVALIDEZ, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT INVALIDEZ para a vítima **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 09 / 2019.



POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.

Romario de Almeida Oliveira

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA. Em test. \_\_\_\_\_ da verdade. Dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Selo Digital de Realização Tipo Normal B-A JV34235-3-346  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$ 11,89 FAREN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Pombal - PB, nascido em 05.06.1993, filho de RAIMUNDO PEDRO DE OLIVEIRA e FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA, Residente e domiciliado na Rua Marinete Carvalho de Sousa, nº 111, populares, Pombal-PB, CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**OUTORGADO:** Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT INVALIDEZ, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT INVALIDEZ para a vítima **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 09 / 2019.



POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.

Romario de Almeida Oliveira

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA. Em test. \_\_\_\_\_ da verdade. Dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.



ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Selo Digital de Realização Tipo Normal B-A JV34235-3-346  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
EMOLUM. R\$ 11,89 FAREN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 0,00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073918/20

**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**CPF:** 105.546.164-75

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 21/09/2019

**Titular do CPF:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## 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

### ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA : 105.546.164-75

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](http://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: 28/02/2020  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134333/20

**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**CPF:** 105.546.164-75

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 21/09/2019

**Titular do CPF:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**CPF de:** Próprio

## 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

### ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA : 105.546.164-75

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](http://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: 11/05/2020  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.877.318 DATA DE EMISSÃO 20/07/2010

NOME ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

FILIAÇÃO RAIMUNDO PEDRO DE OLIVEIRA  
FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 05/06/1993

SEXO URSO NASC.N. 27629 FLS. 127 LIV. A 26

CARTORIO POMBAL PB 105.546.164-75

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P.103

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Romário de Almeida Oliveira

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recupita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 105.546.164-75

Nome ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Nascimento 05/06/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDENCKY

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

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA DEL. FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>BOMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 999746322</u>

Local e Data: BOMBAL-PB, 18.02.2020

Jacques Ramos Wandencky

Assinatura do Declarante

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

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais) 164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2019) NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

**CONFIDENCIAL**

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







COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL Nº 140572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07068223.2

MATRÍCULA  
07068223.2

CLIENTE  
JAQUES RAMOS WANDERLEY

CPF/CNPJ:  
032.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO  
23/01/2020

INSCRIÇÃO  
112.004.115.0005.000

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

FATURA  
01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA  
LIGADO

ESGOTO  
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

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

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

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	CONSUMO/DIA (M³)
219	226	7	30
10/12/2019	09/01/2020	NºHm: Y17F649254	0,24

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA  
COMERCIAL 001 UNIDADE  
CONSUMO DE ÁGUA

7,63

67,65

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

TOTAL

R\$

67,65

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA  
07068223.2

INSCRIÇÃO  
112.004.115.0005.000

FATURA  
01/2020

NÃO RECEBER APÓS  
31/01/2021

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

DEBITO AUTOMATICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105.546.164-75 ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA 6 - CPF: 105.546.164-75  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA MANINGTE CARVALHO DE SOUSA 9 - Número: 111 10 - Complemento:  
11 - Bairro: POPULARES 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

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

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

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(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)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDOLLEY JUNIOR CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wandolley Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MARINA MONIQUE AUGUSTA WANDOLLEY CPF: 059.882.374-09

Marina Monique Augusta Wandolley

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18.02.2020

\* ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

\* JAYRAN LON VANDOLLEY

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 126/2020**Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**Data do fato: **21.09.2019** – pelas 15:20 horasLocal do ocorrido: **Rua Jairo Vieira Feitosa, Pereiros -Pombal-PB**Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20.02.2020** – as 15:05 Horas

**COMUNICANTE:** **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** – CPF 105.546.164-75/ RG 3.877.318 /SSP-PB, brasileiro, solteiro, natural de Pombal-PB, estudante, nascido em 05.06.1993, filho de Raimundo Pedro de Oliveira e Francisca Genilda de Almeida, residente na Rua Marinete Cravalho de Sousa, 111, Janduy Carneiro - Pombal-PB, Tel: 83 9 96456932//

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES– ANO: 2012/2013 – COR VERMELHA – PLACA **OGE 5750** /PB / CHASSI: 9C2KD0550DR108648, licenciada em nome de Francineide Galdini Mendes Vieira; Que conduzia a motocicleta quando colidiu com outra motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve traumatismo na cabeça; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Pombal -PB, em seguida transferido para o Hospital de Campina Grande -PB; Que testemunhou o fato a pessoa de JOSE HELIO BRITO DE SOUSA, CPF 005.363.131-56, residente a Rua Neuza brilhante de Moura, 107, Janduy Carneiro– Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

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

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

COMUNICANTE: Romario de Almeida OliveiraTestemunha: Jose Helio Brito de Sousa

Policial responsável pela lavratura do boletim:

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



---

**Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200092689**

**Vítima: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 21/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA**

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105.546.164-75

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA 6 - CPF: 105.546.164-75  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA MANINGTE CARVALHO DE SOUSA 9 - Número: 111 10 - Complemento:  
11 - Bairro: POPULARES 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

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

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

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(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)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDOLLEY JUNIOR CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wandolley Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MARINA MONIQUE AUGUSTO A WANDOLLEY CPF: 059.882.374-09

Marina Monique Augusto A Wandolley

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18.02.2020

\* Romário de Almeida Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

\* Jaelson Lourenço

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105.546.164-75

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA 6 - CPF: 105.546.164-75  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA MANINGTE CARVALHO DE SOUSA 9 - Número: 111 10 - Complemento:  
11 - Bairro: POPULARES 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

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

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

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(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)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDOLLEY JUNIOR  
CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wandolley Junior  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MARINA MONIQUE AUGUSTA WANDOLLEY  
CPF: 059.882.374-09

Marina Monique Augusta Wandolley  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18.02.2020

\* Romário de Almeida Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

\* Jaelson Lourenço

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 126/2020**Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**Data do fato: **21.09.2019** – pelas 15:20 horasLocal do ocorrido: **Rua Jairo Vieira Feitosa, Pereiros -Pombal-PB**Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **20.02.2020** – as 15:05 Horas

**COMUNICANTE:** **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** – CPF 105.546.164-75/ RG 3.877.318 /SSP-PB, brasileiro, solteiro, natural de Pombal-PB, estudante, nascido em 05.06.1993, filho de Raimundo Pedro de Oliveira e Francisca Genilda de Almeida, residente na Rua Marinete Cravalho de Sousa, 111, Janduy Carneiro - Pombal-PB, Tel: 83 9 96456932//

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES– ANO: 2012/2013 – COR VERMELHA – PLACA **OGE 5750** /PB / CHASSI: 9C2KD0550DR108648, licenciada em nome de Francineide Galdini Mendes Vieira; Que conduzia a motocicleta quando colidiu com outra motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve traumatismo na cabeça; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Pombal -PB, em seguida transferido para o Hospital de Campina Grande -PB; Que testemunhou o fato a pessoa de JOSE HELIO BRITO DE SOUSA, CPF 005.363.131-56, residente a Rua Neuza brilhante de Moura, 107, Janduy Carneiro– Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

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

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

COMUNICANTE:

Romario de Almeida Oliveira

Testemunha:

Jose Helio Brito de Sousa

Policial responsável pela lavratura do boletim:

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

105.546.164-75 ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA 6 - CPF: 105.546.164-75  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA MANINGTE CARVALHO DE SOUSA 9 - Número: 111 10 - Complemento:  
11 - Bairro: POPULARES 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

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

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

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(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)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDOLLEY JUNIOR CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wandolley Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MARINA MONIQUE AUGUSTA WANDOLLEY CPF: 059.882.374-09

Marina Monique Augusta Wandolley

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18.02.2020

\* ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

\* JAYLES LON VANDOLLEY

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



ENERGIA PARA O FUTURO DE ENERGIA S.A.  
R. 200, 6025 - Casteleto - São Paulo - SP - 05317-000  
CNPJ 08.056.123/0001-40 - Tel: 011 3074-6000

Call your Dist. Automating: 800-423-7222

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	27/09/2019	29/10/2019	954.927.224-49

UC (Unidade Consumidora): 5/1237251-2

Canal de contato

Canal de

CO) Oportunitat de desenvolupament personal TOTAL 71,76 80,37 24,36 80,37 24,36

Nível de Consumo (kWh)											
126	148	122	157	138	108	111	188	178	127	31	36
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

9f80.3f59.7820.9235.88ca.6b03.41f0.p97f

### Compreensão do Consumo

Internet Explorer 7/2003, 98 SE

**ATENÇÃO**

• Sua unidade foi fechada com o Bloco Remido, tendo um endereço de R227,38  
Resposta Tardar - Vigor 28/28/10 - Res. A227,38 - 4 227,38 - 4 227,38  
Resposta Tardar - Vigor 28/28/10 - Res. A227,38 - 4 227,38 - 4 227,38

## Faturas em atraso

363497200026947517	Nº Documento 001237261201909	Última Verificação 20/10/2019	Valor do Documento R\$ 12,75	Valor Pago
--------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	------------

BENEFICIÁRIO: ENERGIA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 09.537.000/0001-90  
R: 200, Km 24 - Costa Redentor - João Pessôa / PB - CEP 58071-880







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

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07068223.2

MATRÍCULA  
07068223.2

CLIENTE  
JAQUES RAMOS WANDERLEY

CPF/CNPJ:  
032.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO  
23/01/2020

INSCRIÇÃO  
112.004.115.0005.000

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

FATURA  
01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA  
LIGADO

ESGOTO  
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

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

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

LEITURA

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA  
COMERCIAL 001 UNIDADE  
CONSUMO DE ÁGUA

7,65

67,65

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

TOTAL

R\$

67,65

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA  
07068223.2

INSCRIÇÃO  
112.004.115.0005.000

FATURA  
01/2020

NÃO RECEBER APÓS  
31/01/2021

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

DEBITO AUTOMATICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

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

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDENCKY

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

ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA DEL. FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>BOMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: _____		CEP: <u>58.840-000</u>
		Tel.(DDD): <u>(83) 999746322</u>

Local e Data: BOMBAL-PB, 18.02.2020

Jacques Ramos Wandencky

Assinatura do Declarante



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

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais)
	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2019)	
NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

**CONFIDENCIAL**

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