



PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: VAD B

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA:	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE/USUÁRIO:	IDADE:	SEXO
<u>21.09.19</u>	<u>0028</u>	<u>Ronaldo da Silva</u>	<u>30</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR		
<u>Av. JAIRO VIEIRA FERREIRA.</u>	<u>RENÉS</u>	<u>MISTURADO</u>		
DESTINO DO PACIENTE:	RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:		
<u>Hospital</u>	<u>Dr. Pelego</u>			
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				

*TIPO DE AGRAVO:

<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"/> ENCAHAL
<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 CARDIÁCA	

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

lobo pô auto 10/10, desconforto + alcoólico +
otite media.

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO <30 rpm >30 rpm PULSO RADIAL: PRESENTE AUSENTEP.A: 120 x 100 FC: 61 FR: 18 TEMP: — °C - HGT: 120 KG: 99

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

Anf 200mg Sinf + 2mg Transpa + ex 1 500mg H-
Duo contínua + fio EV.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pit incontração bon os 200, fio EV, deson-
erizado, alcoolizado, otite media, sev u pneumonia.

MATERIAL UTILIZADO

L.C.G: NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO: AGITAÇÃO SONOLÉNCIA COMA CONVULÇÃO OTORRAGIA RIG DEZ

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

EMANAS: _____ OUTROS: _____

MAGNÓSTICOS 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 FRANCHA RÍGIDA SEDAÇÃO
 OUTROS: _____

ERAPÉUTICA/MEDICAMENTOS: *hyp. 60mg S/ + 2mp fumizetam + 500 mg Atro -
Centrana + 500 mg ev.*

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS): _____

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

DENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: Taiago Farias CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Ana Luisa Rebo COREN: 433094 MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR SOCORRISTA: Aluisio MAT: _____

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHA
ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Romano de Almeida Oliveira
COR: pardo DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1993 IDADE: 26 SEXO: M
NOME DA MÃE: Francisca Genilda de Almeida PROFISSÃO: _____
CARTÃO DO SUS: 700 0001 1074 9302 RG/CNH: 3.877.318
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Marinete Camarão de Souza
ESTADO: PB CEP: 58340-000 CODIGO DO MUNICIPIO: _____ DATA DE ATEND: 21/09/19

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: 94

MEDICAÇÃO EM USO:

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

Paracetamol 500 mg
Colírio
Colostrum

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° GTT 1000 Pt. f.
2° Dm nupit 500 616 16/60 00:00 04.0
3° Dm nupit 500 616 16/60 00:00 04.0
4° Dm nupit 100 + 100.000 U 12/12 16/60 04.0
5° Dexfenfetamina 30 mg c/100 ml 17/60.0
6° Dexfenfetamina 30 mg c/100 ml 17/60.0
7° Dexfenfetamina 30 mg c/100 ml 17/60.0
8° Dexfenfetamina 30 mg c/100 ml 17/60.0
9° Dexfenfetamina 30 mg c/100 ml 17/60.0
10° Dm nupit 500 616 17/60.0
11° Dm nupit 500 616 17/60.0
12° Dm nupit 500 616 17/60.0
13° Dm nupit 500 616 17/60.0
14° Nimodipina 30mg 2cp vo 4/4h.
15° Nimodipina 30mg 2cp vo 4/4h.
16° Nimodipina 30mg 2cp vo 4/4h.
17° Nimodipina 30mg 2cp vo 4/4h.
18° Nimodipina 30mg 2cp vo 4/4h.
19° Nimodipina 30mg 2cp vo 4/4h.
20° Nimodipina 30mg 2cp vo 4/4h.

HGT =
13:00/100
94



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

"SENADOR RUI CARNEIRO"

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Presente paciente de 50 anos M/F que deu entrada neste setor trazido pelo SAMU, apresentando sangramento em surto direito, em FGR consciente e fievremente desorientado. Pedi-lhe para sangrar, o paciente foi medicado, solicitou exames laboratoriais e TE de exame, o mesmo aguarda resultados da TE para alguma evolução da terapêutica, paciente foi medicado.

Henrique Formiga

ASS./COREN: *[Signature]* Enfermeiro
CORENPB 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

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

X Francisco Gondim 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

2269

Cuidador 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)

Quintal de entulho no seu lar, bateu pelo lado esquerdo na parede de um murete e caiu no chão. Foi levado ao hospital e permaneceu internado por 15 dias.

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

Glargas 15, pupila incongruente, ptose conjuntival.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC de crânio + lesões bási.

Diagnóstico: TC crânio + lesões basais + hemorragia subaracnóidea

Motivo da Alta:

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

Cobrador: BARBARA



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:

13 - BAIRRO

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente mobiliário bife com mangu em ruas animadas

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Riso de complicação

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

Quadrado clínico + TC de crânio

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

22 - CID 10 PRINC.

506

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

CTI

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

Urgente

29 - DOCUMENTO

CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

*Dr. Bruno da Silva Alves
CRM-PB 10000
CRP-PB 10000
CNS: 7002-0004143002*

32 - DATA SOLIC.

21/09/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

*Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Diretor Clínico - CRM 9251
CNS: 206623762240007*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - N° DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REQ. CONSELHO)

/ /



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Romário de Almeida Oliveira

Pacient 26ano deu enxile no seyo
apo relato de dentit mordistico
hoy à 15:20h com manu en rejet
consciente, reje sanguine, mareu e alterado
de sentidos. Pacient estavt estab
hno drenante, consciente, sem holo
explicio. No cue Glagw 15, pupila
isométrica, photostim. Semibya contus
pulmone abdominal en alterado.

TC de unio en unio.

21,09,14

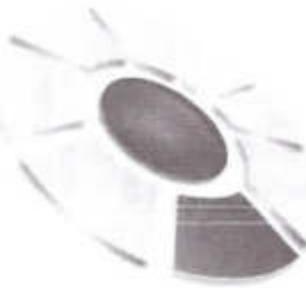
DATA

Assinatura do Médico

Dr. Braga da Silva Alexandre
Médico Cirurgião
CRA-PB 10.974
Tel: 083-34145502

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-têmpero-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.

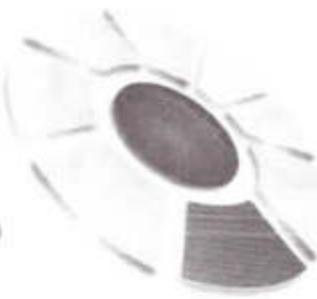
Hemorragia subaracnoide.

Estruturas da linha média centradas.

Cerebelo isodenso.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Hematoma subgaleal têmpero-parietal esquerdo.



CONCLUSÃO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmpero-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 Tavares 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 qualquer esclarecimento necessário.



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): Fernando da Mota Oliveira
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 / 04 / 19 À 04 / 10 / 19 NECESSITANDO DE
65 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 04 / 10 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

*Dr. Amauri P. S. Filho
Neurologista/Neurocirurgião
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



PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: VAD B

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA:	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE/USUÁRIO:	IDADE:	SEXO
<u>21.09.19</u>	<u>0028</u>	<u>Ronaldo da Silva</u>	<u>30</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Av. JAIRO VIEIRA FERREIRA.</u>		BAIRRO: <u>RENEIROS.</u>	MÉDICO REGULADOR <u>DSTVND</u>	
DESTINO DO PACIENTE: <u>HAP</u>	RESPONSÁVEL: <u>Dr. Pelego</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	

*TIPO DE AGRAVO:

<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"/> ENCAHAL
<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 CARDIÁCA	

EXAME CLÍNICO(PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS):

lohsão auto idóto , desmaio , dor + alcoolismo + otite media .

DADOS VITAIS:

VVA: LIVRE OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO <30 rpm >30 rpm PULSO RADIAL: PRESENTE AUSENTEP.A: 120 x 100 FC: 61 FR: 18 TEMP: — °C - HGT: 120 KG: 99

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

Anf 20mg Sinf + 2mg Transtazol ev 1 500 mg H-
drocortisol + fio EV.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

pt inconsciente com os olhos fechados, desmaiado , alcoolizado , otite media , sev u pneumonia .

MATERIAL UTILIZADO

L.C.G: NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO: AGITAÇÃO SONOLÉNCIA COMA CONVULÇÃO OTORRAGIA RIG DEZ

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

EMANAS: _____ OUTROS: _____

MAGNÓSTICOS 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 FRANCHA RÍGIDA SEDAÇÃO
 OUTROS: _____

ERAPÉUTICA/MEDICAMENTOS: *hyp. 60mg S/ + 2mp fumizetam + 500 mg Atro -
Centrana + 500 mg ev.*

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS): _____

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

DENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: Taiago Farias CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Ana Luisa Rebo COREN: 433094 MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR SOCORRISTA: Alexsio MAT: _____

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



AZUL VERDE AMARELA LARANJA VERMELHA
ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Romano de Almeida Oliveira
COR: pardo DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1993 IDADE: 26 SEXO: M
NOME DA MÃE: Francisca Genilda de Almeida PROFISSÃO: _____
CARTÃO DO SUS: 700 0001 1074 9302 RG/CNH: 3.877.318
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Marinete Camarão de Souza
ESTADO: PB CEP: 58340-000 CODIGO DO MUNICIPIO: _____ DATA DE ATEND: 21/09/19

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: 94

MEDICAÇÃO EM USO: _____

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

Tacum Vitine de Colina renoflo
co Otorrinos Dr. Dr. Dr.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PREScrição MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° SEI 1000 Pt. f.
2°
3° Dm nupit 500 616 16/60 00:00 04.0
4°
5° Dmoc 100 + 100.05 F 12112 16/60 04.0
6°
7° Dexenest 500 mg c/100 ml 17/60.0
8° Noz edulis 1000 7/2 16/60 04.00
9°
10°
11°
12° Bromisprut 40 + 10 60. 17.00
13°
14° Nimodipino 30mg 2cp vo 4/4h.
15° Multivit de manutenção
16°
17°
18°
19°
20°

HGT =
13.00000

94



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL

"SENADOR RUI CARNEIRO"

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Presente paciente do serviço Moto X que deu entrada neste setor trazido pelo SAMU, apresentando sangramento em surto direito, em FGR consciente e fievemente desorientado. Pedi para fazer sangria, o paciente foi medicado, solicitado exames laboratoriais e TE de exame, o mesmo aguarda resultados da TE para alguma evolução da terapêutica, paciente foi medicado.

Henrique Formiga

ASS./COREN: *[Signature]* Enfermeiro
CORENPB 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

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

X Francisco Gondim 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

2269

Cuidador 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)

Quintal de entulho no seu lar, bateu pelo lado esquerdo na parede de um murete e caiu no chão. Foi levado ao hospital e permaneceu internado por 15 dias.

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

Glargas 15, pupila incongruente, ptose conjuntival.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC de crânio + lesões bási.

Diagnóstico: TC crânio + lesões basais + hemorragia subaracnóidea

Motivo da Alta:

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

Cobrador: BARBARA



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:

13 - BAIRRO

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente mobiliário bife com mangu em ruas animadas

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Riso de complicação

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

Quadrado clínico + TC de crânio

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

22 - CID 10 PRINC.

506

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

CTI

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

Urgente

29 - DOCUMENTO

CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

*Dr. Bruno da Silva Alves
CRM-PB 10000
CRP-PB 10000
CNS: 7002-0004143002*

32 - DATA SOLIC.

21/09/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

*Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Diretor Clínico - CRM 9251
CNS: 206623762240007*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - N° DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REQ. CONSELHO)

/ /



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Romário de Almeida Oliveira

Pacient 26ano. deu entrada no seu
apoio relato de odontômetro bucal
há 02 15.700 com dor na região
maxilar, respi sopro, marea e alterações
de sono. Pacient estavam
hemo diarreia constante, constante, marea
explosiva. No exame Glasgow 15, pupila
isométrica, pupila fixa. Semelhante contor-
pular abdominal em alteração.

TC de nexo em vaso.

21/09/14

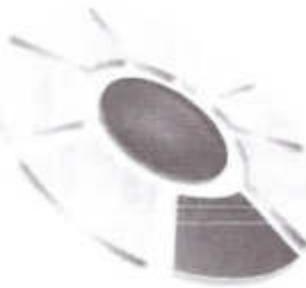
DATA

Assinatura do Médico

Dr. Braga da Silva Alexandre
Médico Cirurgião
CRA-PB 10.974
Tel: 083-34145502

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-têmpero-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.

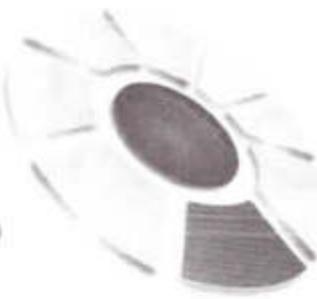
Hemorragia subaracnoide.

Estruturas da linha média centradas.

Cerebelo isodenso.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Hematoma subgaleal têmpero-parietal esquerdo.



CONCLUSÃO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmpero-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 Tavares 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 qualquer 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): Fernando da Mota Oliveira
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 / 04 / 19 À 04 / 10 / 19 NECESSITANDO DE
65 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 04 / 10 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

*Dr. Amauri P. S. Filho
Neurologista/Neurocirurgião
CRM-PB 5273*

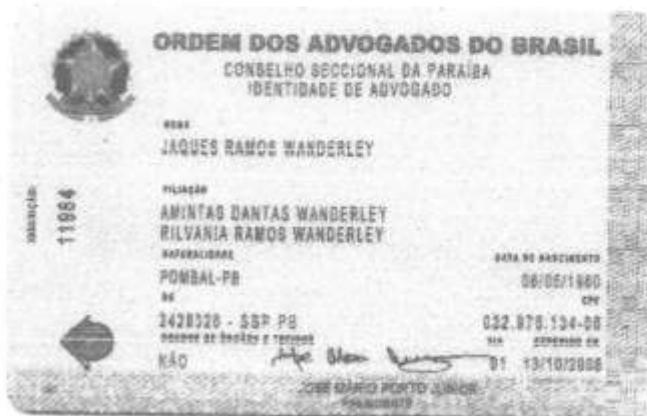
AUTORIZAÇÃO

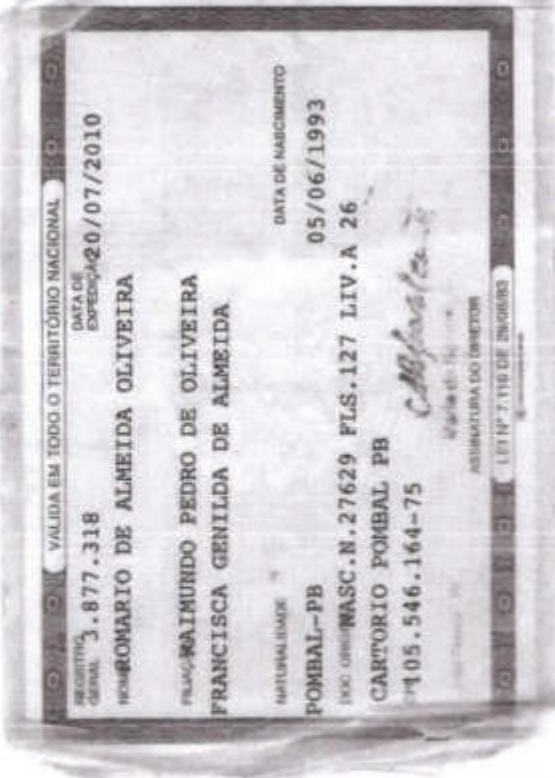
Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável



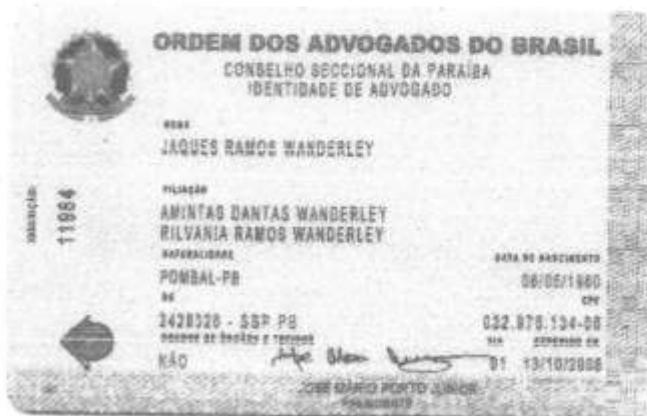
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2.428.326	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014
NAME	JAQUES RAMOS WUNDERLEY		
PAI	AMINTAS DANTAS WUNDERLEY		
MÃE	RIVÂNTA RAMOS WUNDERLEY		
NATURALIDADE	POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980	
DOC ORIGEM	CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28		
OFF	CARTÓRIO - POMBAL-PB		
032.976.134-08			
Assinatura do Cidadão			
LEIAPE 7.116 DE 2000/03			







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2.428.326	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014
NAME	JAQUES RAMOS WUNDERLEY		
PAI/AÇÃO	AMINTAS DANTAS WUNDERLEY RELVÂNTIA RAMOS WUNDERLEY		
NATURALIDADE	POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980	
DOC ORIGEM	CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28 CARTÓRIO - POMBAL-PB		
CPF	032.976.134-08		
Assinatura do Cidadão			
LEIAPE 7.116 DE 2009/03			



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PB N° 9756389864
88770460681

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRT 20130600001501-0

1 50775959-1 00/00000000

FRANCINEIDE CALDINI MENDES VIEIRA
RUA JOSE VIEIRA SN CASA
CENTRO
58945000 CARRAPATEIRA-PB

30999200534 OGE5750/PB

CAVALCANTI E PRIMO VEÍCULOS LTDA

NOVO PB 9Q2KD0550DR108648

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONG NACION HONDA LTDA

N.Motor : KD05E5D108648 0

CARRAPATEIRA-PB 33790 21/03/2013 31054

CONTRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PB N° 9756389864
88770460681

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRT 20130600001501-0

1 50775959-1 00/00000000

FRANCINEIDE CALDINI MENDES VIEIRA
RUA JOSE VIEIRA SN CASA
CENTRO
58945000 CARRAPATEIRA-PB

30999200534 OGE5750/PB

CAVALCANTI E PRIMO VEÍCULOS LTDA

NOVO PB 9Q2KD0550DR108648

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONG NACION HONDA LTDA

N.Motor : KD05E5D108648 0

CARRAPATEIRA-PB 33790 21/03/2013 31054

CONTRAN





CAGEPA

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

FARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS				JAN/2020
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	Branco 1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
3083013364	12/06/2008	EXT LACRADO LIGADO	POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA				
2505	2518	13	30	08/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.				
DEZ/2019	14	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.
NOV/2019	13	TURBIDEZ	0	0
OUT/2019	16	CLORO	0	0
SET/2019	11	COL.TERROT	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(S)				
ATE 10 m³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE		10 m³	37,91	
11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³		3 m³	14,67	
ESGOTO				
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS, IFT 1º 241/17				
VENCIMENTO:	23/01/2020	Total a Pagar:	R\$ 52,58	

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL
	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:	
EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.807/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSais DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.	



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

DEBITO AUTOMATICO





CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IEBC ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº 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 SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA**ÁGUA ESGOTO****LIGADO POTENCIAL****ÚLTIMOS CONSUMOS**

12/2019 -	2	11/2019 -	2
10/2019 -	2	09/2019 -	1
08/2019 -	2	07/2019 -	3
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	3	R	5302

LEITURA ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO	CONSUMO/DIA	
		(M ³)	DIAS	(M ³)
67	70	3	30	0,10

09/12/2019 08/01/2020 N^ºHm: Y15N469919**DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS****CONSUMO POR FAIXA****VALOR R\$**
 AGUA
 RESIDENCIAL 001 UNIDADE
 CONSUMO DE AGUA

3 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 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 REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
 LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019**Anexo 20 Portaria 05/2017 MS**

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020

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

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

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

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 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

Tel. Comercial: { 083) 981488766

Tel. Residencial: { 083) 34311825

E-mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 REGIAO 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 o 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 é capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





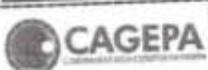
CAGEPA

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

FARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS				JAN/2020
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	Branco 1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
3083013364	12/06/2008	EXT LACRADO LIGADO	POTENCIAL	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA				
2505	2518	13	30	08/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.				
DEZ/2019	14	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.
NOV/2019	13	TURBIDEZ	0	0
OUT/2019	16	CLORO	0	0
SET/2019	11	COL. TERRIT	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(S)				
ATE 10 m³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE		10 m³	37,91	
11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³		3 m³	14,67	
ESGOTO				
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS, IFT 1º 241/17				
VENCIMENTO:	23/01/2020	Total a Pagar:	R\$ 52,58	

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS: EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.807/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSais DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.	



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

DEBITO AUTOMATICO





CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IEBC ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº 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 SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA**ÁGUA ESGOTO****LIGADO POTENCIAL****ÚLTIMOS CONSUMOS**

12/2019 -	2	11/2019 -	2
10/2019 -	2	09/2019 -	1
08/2019 -	2	07/2019 -	3
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	3	R	5302

LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO (M ³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M ³)
09/12/2019	08/01/2020	NºNm: Y15N469919	30	0,10

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS**CONSUMO POR FAIXA****VALOR R\$**

ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	3 M ³	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 REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
 LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019**Anexo 20 Portaria 05/2017 MS**

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

VIA CLIENTE**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020

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

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

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

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Valorização 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 QUEIROZ

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA. Em test. _____ da verdade. Dnu fe POMBAL-PB, 20/02/2020

ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROZ
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-4-V34235-30H9
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,89 FARPEM: 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 QUEIROZ

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA. Em test. _____ da verdade. Dnu fe POMBAL-PB, 20/02/2020

ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROZ
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-4-V34235-30H9
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,89 FARPEM: 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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 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

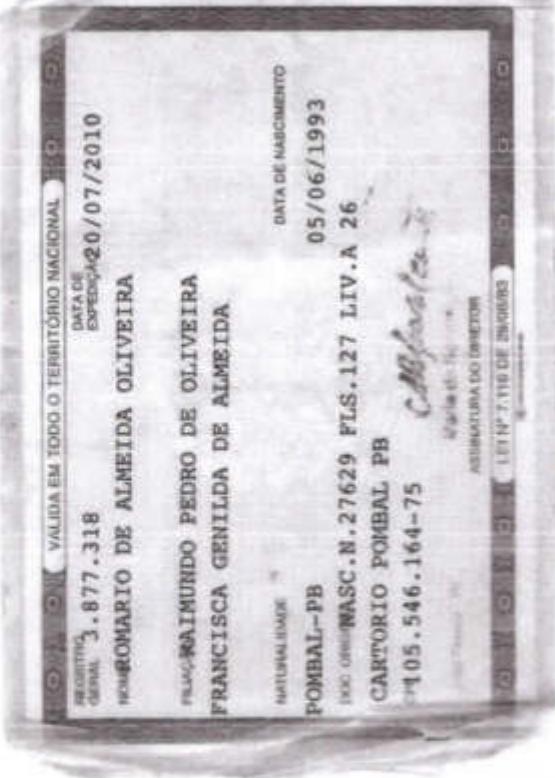
Data da apresentação: 11/05/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

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



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WAWNGNCCY

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

ROMANIA OG ALMEIDA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROMANIA OG 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 Lider-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>BOM JESUS</u>	Estado:	<u>PARAÍBA</u>	CEP:	<u>58.840-000</u>
E-mail:	<u></u>				Tel.(DDD):	<u>(83) 9997-96322</u>	

Local e Data: FONBAL-PB, 18.02.2020

Assinatura do Declarante

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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

(Valores em Reais)

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

CONFIDENCIALPARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)
NÚMERO DE QUOTAS

3

VALOR DA QUOTA	6.617,37
----------------	----------

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

FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA
RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA, 111 - POPULARES
POMBAL / PB CEP: 59640000 (A3-22)



Vicente MACHFÁSICO
CirSbr REG MTC B1/RESIDENCIAL - BANCA RENCI
Fotivo 15-227-180-5563 Referência Set/2013
Meidior 00004220036 Emissão 27/08/2013

ENERGIA PARA SA-0274810740 DE ENERGESA
BR-240, Km 25 - Centro Industrial - Rio Preto - SP - CEP 14801-000
CNPJ 09.065.163/0001-40 - Fone: (17) 222-4240

Nicht-Freizeit-Center Bensheim - Tel. 06201-9 252
Café, Jahre-Dist. Automobilhalle: 06201-22720 (1)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Set / 2019	27/09/2019	29/10/2019	354.827.224-40

UC (Unidade Consumidora):

5/1237251-2

Canal de consulta

- TAMBÉM ESTA BEM APROVADA, TSE ELEIÇÕES DE 2010
AP 10.482, DE 28 DE JUNHO DE 2009.
JUNTAS DO MOVIMENTO PRAIA BRASIL, SISTEMA
SOCIAL DA PRIMAVERA.

Métrica Ultímos meses (MWH)		VENCIENTO		TOTAL A PAGAR	
120		26/10/2019		R\$ 72,78	
Histórico de Consumo (kWh)					
120	148	133	137	128	130
Sexta	Sabád	Domingo	Segunda	Terça	Quarta

RESERVADO AO FISCO

9f80.3f59.7820.9235.86ca.86ba.4440.-571

Indicadores de Qualität

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIF. MENSAL	± 31	± 34	
DIF. TRAMESTRAL	± 118		
ESCALAIS	± 284		
PROMÉDIO	± 26		
FIC. TRAMESTRAL	± 72	± 62	CONTRATIL
FIC. ANUAL	± 145		L'INTERIOR
DIFC.	± 48	± 36	LIMITE SUPERIOR
DIFR.	± 22		± 31

ATENÇÃO

Reserve Tancredo - valor R\$27,28
Reserve Tancredo - valor R\$27,28
Reserve Tancredo - valor R\$27,28

Futuras em atraç

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190 00009 02624 8125000-0000

PAZADÓR FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA - CPF/CNPJ: 854 827 034-48
RUA MARFINETE CARVALHO DE SOUSA, 111 - POPULARES - PCMBAL - PE CEP: 58847-700

Nº Documento	Data de vencimento	Venc. do Documento	Venc. Faz.
001237361301909	26/10/2019	26/10/2019	26/10/2019

Agencia / Código de beneficiário: ANA-3-0001



CAGEPA

Nº Documento: 20200170682232

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENP. ESTADUAL N° 140572028
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 07068223.2

VENCIMENTO
 23/01/2020

MATRÍCULA	CLINTE	ESCRITÓRIO	POMBAL	CPF/CNPJ:	032.XXX.XXX-XX	FATURA
07068223.2	JAQUES RAMOS WANDERLEY					
INSCRIÇÃO	ENDERECO DO IMÓVEL					
112.004.115.0005.000	RUA BEI FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-					01/2020
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA			ÁGUA	ESGOTO	
				LIGADO	POTENCIAL	
ULTIMOS CONSUMOS				LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
12/2019 - 7	11/2019 - 8			ANTERIOR	ATUAL	(M ³) DIAS (M ³)
10/2019 - 8	09/2019 - 11			219	226	7 30 0,24
08/2019 - 7	07/2019 - 6			10/12/2019	09/01/2020	Nº Hora: Y17F649254
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR				
1	7	R 5307				

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

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2013, R\$ 10,18

TOTAL R\$ 67,65

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020

MATRÍCULA
07068223.2INSCRIÇÃO
112.004.115.0005.000FATURA
01/2020NÃO 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:	AV. MANINGA CANVALHO DE SOUSA	9 - Número: 111 10 - Complemento:
11 - Bairro:	POPULANDS	12 - Cidade:	FOMBAL	13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail:	(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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0732 (Informar o dígito se existir)	CONTA: 18579-7 (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <i>Amintas Dantas Wanday Júnior</i> CPF: 064.978.664-50 <i>Amintas Dantas Wanday Júnior</i> Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <i>Mayana Monique Avancini Wanday</i> CPF: 079.892.274-09 <i>Mayana Monique Avancini Wanday</i> Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	

40 - Local e Data, *PONTEI-PI, 18.02.2020*

* Romanio de Almeida Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jairles Ton Venâncio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 126/2020

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: 21.09.2019 – pelas 15:20 horas

Local 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 Souza Lacerda
 Manoel de Souza Lacerda
 Agente de Polícia Civil
 Mat. 158345-4

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

Rio de Janeiro, 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	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:	AV. MANINGA CANVALHO DE SOUSA	9 - Número: 111 10 - Complemento:
11 - Bairro:	POPULANDS	12 - Cidade:	FOMBAL	13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail:	(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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0732 (Informar o dígito se existir)	CONTA: 18579-7 (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <i>Amintas Dantas Wanday Júnior</i> CPF: 064.978.664-50 <i>Amintas Dantas Wanday Júnior</i> Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <i>Mayana Monique Avancogna Wanday</i> CPF: 079.892.274-09 <i>Mayana Monique Avancogna Wanday</i> Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	

40 - Local e Data, *PONTEI-PI, 18.02.2020*

* Romanio de Almeida Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jairles Ton Venâncio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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	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:	AV. MANINGA CANVALHO DE SOUSA	9 - Número: 111 10 - Complemento:
11 - Bairro:	POPULANDS	12 - Cidade:	FOMBAL	13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail:	(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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0732 (Informar o dígito se existir)	CONTA: 18579-7 (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <i>Amintas Dantas Wanday Júnior</i> CPF: 064.978.664-50 <i>Amintas Dantas Wanday Júnior</i> Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <i>Mayana Monique Avancogna Wanday</i> CPF: 079.892.274-09 <i>Mayana Monique Avancogna Wanday</i> Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	

40 - Local e Data, *PONTEI-PI, 18.02.2020*

* Romanio de Almeida Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jairles Ton Venâncio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 126/2020**Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: 21.09.2019 – pelas 15:20 horas

Local 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 Souza Lacerda
 Manoel de Souza Lacerda
 Agente de Polícia Civil
 Mat. 158345-4

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:	AV. MANINGA CANVALHO DE SOUSA	9 - Número: 111 10 - Complemento:
11 - Bairro:	POPULANDS	12 - Cidade:	FOMBAL	13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail:	(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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 0732 (Informar o dígito se existir)	CONTA: 18579-7 (Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <i>Amintas Dantas Wanday Júnior</i> CPF: 064.978.664-50 <i>Amintas Dantas Wanday Júnior</i> Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <i>Mayana Monique Avancini Wanday</i> CPF: 079.892.274-09 <i>Mayana Monique Avancini Wanday</i> Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	

40 - Local e Data, *PONTEI-PI, 18.02.2020*

* Romanio de Almeida Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jairles Ton Venâncio

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA
RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA, 111 - POPULARES
POMBAL / PB CEP: 59640000 (A3-22)



Vicente MACHFÁSICO
CirSbr REG MTC B1/RESIDENCIAL - BANCA RENCI
Fotivo 15-227-180-5563 Referência Set/2013
Meidior 00004220036 Emissão 27/08/2013

ENERGIA PARA SA-0274810740 DE ENERGESA
BR-240, Km 25 - Centro Industrial - Rio Preto - SP - CEP 14870-000
CNPJ 09.065.163/0001-40 - Fone: (17) 222-4240

Nicht-Freizeit-Center Bensheim - Tel. 06201-9 252
Café, Jahre-Dist. Automobilhalle: 06201-22720 (1)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 | Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Set / 2019	27/09/2019	29/10/2019	354.827.224-49

UC (Unidade Consumidora):

5/1237251-2

Canal de consulta

- TAMBÉM ESTA BEM APROVADA, TSE ELEIÇÕES DE 2010
AP 10.482, DE 28 DE JUNHO DE 2009.
JUNTAS DO MOVIMENTO PRAIA BRASIL, SISTEMA
SOCIAL DA PRIMAVERA.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Lerituras	Data	Lerituras					
29/05/19	12992	07/06/19	13001					23
DETALHAMENTO DA CONTA DE GÁS								
Demonstrativo								
CD	Descrição	Unidade	Anterior	Novo Leitura	Variação	Consumo	Preço	Valor
001	Consumo dia 23/05/19-24	m³	70.20	74.940	+4.74	4.74	R\$0,49	R\$2.32
002	Consumo dia 3 10/05/19-24	m³	70.20	74.630	+4.43	4.43	R\$0,49	R\$2.19
003	Consumo dia 1 23/05/19-24	m³	70.20	74.630	+4.43	4.43	R\$0,49	R\$2.19
004	Adic. B Vermelha							
005	Subtotal							
			40.18	42.15.31	+2.07	2.07	R\$0,49	R\$1.02
ENCARGOS E DESPESAS								
006	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
007	CONTRIBUÇÃO MUNICIPAL							
008	JUROS DE MORA 22/05/19							
009	MULTA 07/05/19							
010	Desvalidez Sumaré							

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	26/10/2019	R\$ 72,78

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO A LOS

9f80.3f59.7820.9235.8803.8802.4400.000

Indicadores de Qualität

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIF. MENSAL	± 31	± 34	
DIF. TRAMESTRAL	± 118		
ESCALAIS	± 284		
PROMÉDIO	± 26		
FIC. TRAMESTRAL	± 72	± 62	CONTRATIL
FIC. ANUAL	± 145		L'INTERIOR
DIFC.	± 48	± 36	LIMITE SUPERIOR
DIFR.	± 22		± 31

Computer Science

Discriminação	Valor (R\$)	%
Impostos e Contribuições Federais	1.000,00	100,00%
Impostos e Contribuições Estaduais	0,00	0,00%
Impostos e Contribuições Municipais	0,00	0,00%
Outros Serviços	0,00	0,00%
Total	1.000,00	100,00%

ATENÇÃO

Ribeirão Preto - Para unidades localizadas no Bairro Ribeirão, fornecer um desconto de R\$27,28
Ribeirão Preto - Vendas a 25/09/18-Prazo ANGEL - 1/300 - Até 7% de Desconto - 4-40% Marca
Ribeirão Preto - Vendas a 25/09/18-Prazo ANGEL - 1/300 - Até 7% de Desconto - 4-40% Marca

Futuras em atraç

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190 00009 02624 8125000-0000

PAZADÓR FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA - CPF/CNPJ: 854 827 034-48
RUA MARFINETE CARVALHO DE SOUSA, 111 - POPULARES - PCMBAL - PE CEP: 58847-700

Nº Documento	Data de vencimento	Venc. do Documento	Venc. Faz.
001237361301909	26/10/2019	26/10/2019	26/10/2019

Agencia / Código de beneficiário: ANA-3-0001



CAGEPA

Nº Documento: 20200170682232

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENP. ESTADUAL N° 140572028
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 07068223.2

VENCIMENTO
 23/01/2020

MATRÍCULA	CLINTE	ESCRITÓRIO	POMBAL	CPF/CNPJ:	032.XXX.XXX-XX	FATURA
07068223.2	JAQUES RAMOS WANDERLEY					
INSCRIÇÃO	ENDERECO DO IMÓVEL					
112.004.115.0005.000	RUA BEI FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-					01/2020
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA			ÁGUA	ESGOTO	
				LIGADO	POTENCIAL	
ULTIMOS CONSUMOS				LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
12/2019 - 7	11/2019 - 8			ANTERIOR	ATUAL	(M ³) DIAS (M ³)
10/2019 - 8	09/2019 - 11			219	226	7 30 0,24
08/2019 - 7	07/2019 - 6			10/12/2019	09/01/2020	Nº Hora: Y17F649254
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR				
1	7	R 5307				

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

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2013, R\$ 10,18

TOTAL R\$ 67,65

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA
07068223.2

INSCRIÇÃO
112.004.115.0005.000

FATURA
01/2020

NÃO RECEBER APÓS
31/01/2021

VENCIMENTO

23/01/2020

VALOR R\$

67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WAWNGNCCY

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

ROMANIA OG ALMEIDA OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROMANIA OG 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 Lider-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>BOM JESUS</u>	Estado:	<u>PARAÍBA</u>	CEP:	<u>58.840-000</u>
E-mail:	<u></u>		Tel.(DDD):	<u>(83) 9997-96322</u>			

Local e Data: FONBAL-PB, 18.02.2020



Assinatura do Declarante

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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

(Valores em Reais)

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

CONFIDENCIALPARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)
NÚMERO DE QUOTAS

3

VALOR DA QUOTA	6.617,37
----------------	----------

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