

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160470074 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO **Data do acidente:** 14/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE E TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: AMERICO CLAUDIO MESSUITA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: ACIONISTA, portador(a) do RG 2445436, órgão expedidor SSP-PB
 e do CPF: 040.899.474-64, residente no(a) Rua Antonio Maria De Jesus
 nº 51N, bairro: Belo Horizonte, município: Piancó 1913.

OUTORGADO:

Nome: ERICKSON ROCHA DOS SANTOS, brasileiro(a), estado civil: CASADO
 Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 2899193, órgão expedidor SSP-PB
 e do CPF: 059.064.214-67, residente no(a) Rua 09 De Fevereiro
 nº 51N, bairro: Centro, município: Piancó 1913.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima AMERICO CLAUDIO MESSUITA FILHO.

Local e Data: Piancó - PB, 07/07/16



AMERICO CLAUDIO MESSUITA FILHO

Assinatura do outorgante

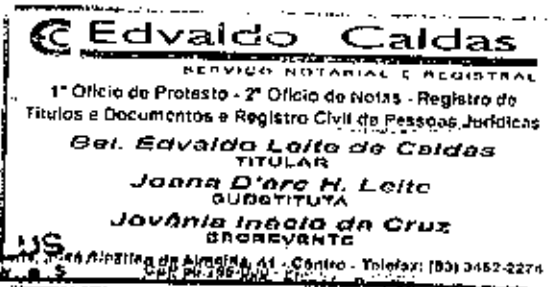
(Reconhecer firma por autenticidade)



Edvaldo Caldas
 Av. José Américo de Almeida, 11 - Centro - João Pessoa - PB
 CEP: 58.145-000 Fone: (33) 3445-2274



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s)
AMERICO CLAUDIO MESSUITA FILHO
 En test. da verdade. Piancó-PB 07/07/2016 10:10:12
 Jovânia Inácio da Cruz - Escrevente
 (2016-001655)EML:R\$ 18,49 FAPEN:R\$ 0,25 FEP:R\$ 1,70
 SELD DIGITAL: ADE30933-S12C
 Confira a autenticidade em <http://selodigital.tpo-jus.br>



ANGELUS
 SEGURAS

28 JUL. 2016

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9494067

A/C: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Sinistro: 3160470074 ASL-1000790/16
Vitima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9496906

A/C: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Sinistro: 3160470074 ASL-1000790/16
Vitima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2016

Carta nº: 9800545

A/C: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Sinistro: 3160470074 ASL-1000790/16
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2016

Carta nº: 9940420

A/C: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Sinistro: 3160470074 ASL-1000790/16
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
Data Acidente: 14/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EWERTON RAFHAEL ANGELO BENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

Valor: R\$ 10.125,00

Banco: 001

Agência: 000000634-3

Conta: 000010028318-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.125,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 100%) 75,00%

Valor a indenizar: 75,00% x 13.500,00 =	R\$	10.125,00
---	-----	-----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160470074 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO MARIA DE ARANTES nº 00 - BELO HORIZONTE - PIANCO/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2445486 - SSP**
Data local do exame: **10/10/2016 CAICO/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Evolui apresentando hemiparesia a direita acentuada incoordenação motora com intensa dificuldade para deambular, tem raciocínio lento dificuldade de se comunicar, rebaixamento intelectual, foi tratado de forma conservadora, passou alguns dias internado em coma, encontra-se de alta desde 30/08/2016 com sequelas neurológicas importantes.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL

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

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

☐ Vitima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

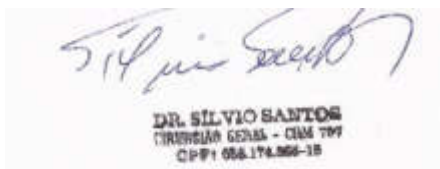
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR: ENQUADRAMENTO E GRADUAÇÃO BASEADA EM INFORMAÇÕES DE MÉDICO AVALIADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - CAICO, 10/10/2016

Médico Perito: SILVIO SANTOS CRM:757RN/RN



DR. SILVIO SANTOS
CIRURGIÃO GERAL - CRM 757
CPF: 056.174.956-15

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160470074 **Cidade:** Piancó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMÉRICO CLAUDINO MESQUITA FILHO **Data do acidente:** 14/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO GRAVE

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Resultados terapêuticos: Evolui apresentando hemiparesia a direita acentuada incoordenação motora com intensa dificuldade para deambular, tem raciocínio lento dificuldade de se comunicar, rebaixamento intelectual, foi tratado de forma conservadora, passou alguns dias internado em coma, encontra-se de alta desde 30/08/2016 com sequelas neurológicas importantes.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/10/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: SILVIO SANTOS

CRM do médico: 757RN

UF do CRM do médico: RN

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau intenso - 75 %	75%	R\$ 10.125,00
Total			75 %	R\$ 10.125,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO SINISTRO _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, AMÉRICO CLAUDIO MENEZES FILHOPORTADOR(A) DO RG Nº 2344 5436 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 08 / 07 / 97 ECPF 040899444-64 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA AMÉRICO CLAUDIO MENEZES FILHO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0634-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 28-318-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Pioré - PB, 12 de JULHO de 16

LOCAL E DATA

Américo Claudio Menezes Filho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ANGELUS
seguros
28 JUL 2016

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/07/2016 AUTO-ATENDIMENTO 19.27.16
063472146 132

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUpanCA

DEBITADO
AGENCIA: 0634-3 CONTA: 6.052-6
CLIENTE: FRANCISCO ALVES BENTO

FAVORECIDO
AGENCIA: 0634-3 CONTA: 28.318-5 VAR: 51
CLIENTE: AMERICO C MESQUITA FH
VALOR: 1,00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela MP. 567/2012:

Leia no verso como conservar este documento.
entre outras informacoes.

ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANCÓ



DOCUMENTO 1 *T1%



Atendimento

Data: 30/06/2016

Hora: 09:35

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº792/2016

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data e local do fato: **14/05/2016, PB QUE PIANCÓ A COREMAS** hora: **15H00**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **SILVIA ALENCAR CARVALHO GOMES.**

Notificante: **AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO**, alcunha " ",
Nacionalidade: **BRASILEIRA**, naturalidade: **PIANCÓ-PB**, nascido em **24/04/1981**,
documento: **RG 2445436-SEDS-PB, CPF 040.899.474-64**, filho(a) de **AMERICO CLAUDINO MESQUITA** e de **BRIGIDA MARIA DA CONCEIÇÃO**, endereço: **Rua ANTONIA MARIA DE ARANTES, S/N, ALTO BELO HORIZONTE, PIANCÓ-PB**, referência:

Vítima: **O NOTIFICANTE**, alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: ,
idade: ***, nascido em / / , cor/raça: ***, Estado Civil: ***,
Profissão: , Escolaridade: ***, documento: , filiação: e de
, endereço: ***, referência:

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: Relata o notificante que na data, local e hora acima mencionados, trafegava conduzindo a motocicleta **HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 13/14, PLACA OGF 995/PB, COR PRETA, CHASSI 9C2JC4110ER706006**, licenciada em seu nome, quando em uma curva perdeu o controle da motocicleta vindo a cair fora da pista de rolamento; Que, na ocasião do acidente se encontrava sozinho; Que, foi socorrido pelo **SAMU**, e após os primeiros socorros foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde ficou internado por 18 dias. Nada mais a consignar.

Américo Claudino Mesquita Filho
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Alves Bento
FRANCISCO ALVES BENTO
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA
SOCIAL

17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE **PIANCÓ**



ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 792/2016

Datado de 30/06/2016.

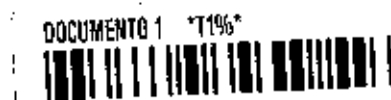
Vítima: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO.

**No campo histórico onde se lê a Placa OGF 995/PB,
leia-se OGF 9955/PB.**

PIANCÓ-PB, 11 DE AGOSTO 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Francisco Alves Bento".

**Francisco Alves Bento
Agente de Investigação
Mat. 137.339-1**





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
17ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PIANCÓ



Atendimento

Data: 30/06/2016

Hora: 09:35

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº792/2016

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTOCICLETA**

Data e local do fato: **14/05/2016, PB QUE PIANCÓ A COREMAS** hora: **15H00**

Sob a responsabilidade do Del. Pol. **SILVIA ALENCAR CARVALHO GOMES.**

Notificante: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO, alcunha " ",
Nacionalidade: BRASILEIRA, naturalidade: PIANCÓ-PB, nascido em 24/04/1981,
documento: RG 2445436-SEDS-PB, CPF 040.899.474-64, filho(a) de AMERICO CLAUDINO
MESQUITA e de BRIGIDA MARIA DA CONCEIÇÃO, endereço: Rua ANTONIA MARIA DE
ARANTES, S/N, ALTO BELO HORIZONTE, PIANCÓ-PB, referência:

Vítima: O NOTIFICANTE, alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: ,
idade: ***, nascido em / / , cor/raça: ***, Estado Civil:
*****, Profissão: , Escolaridade: *****, documento: , filiação: e de
, endereço: ***** , referência: .

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: Relata o notificante que na data, local e hora acima mencionados, trafegava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 13/14, PLACA OGF 995/PB, COR PRETA, CHASSI 9C2JC4110ER706006, licenciada em seu nome, quando em uma curva perdeu o controle da motocicleta vindo a cair fora da pista de rolamento; Que, na ocasião do acidente se encontrava sozinho; Que, foi socorrido pelo SAMU, e após os primeiros socorros foi transferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde ficou internado por 18 dias. Nada mais a consignar.

Américo Claudino Mesquita Filho
Notificante / Testemunha / Arrogada

FRANCISCO ALVES BENTO
Agente de Investigação
Matrícula: 137.339-1

ADITAMENTO:

NO HISTORICO ONDE SE LÊ 995/PB, LEIA-SE 9955-PB.

PIANCÓ PB. 11/08/16.

Francisco Alves Bento
MAT. 137-339-1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, AMÉRICO CLAUDINO MESQUITA FILHO, portador da carteira de identidade nº 244 5436 e inscrito no CPF/MF sob o nº 040.899.474-64, residente e domiciliado na RUA ANTONIA MARIA DE ARANTES, Cidade Piancó, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

DOCUMENTO 3 *T3*



Américo Claudino Mesquita Filho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Piancó - PB, 32.10.7/16

Local e data

ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: USA 01

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

APOIA A USB 03

DATA <u>14/05/16</u>	OCORRÊNCIA <u>0039</u>	PACIENTE/USUÁRIO <u>AMÉRICO CLAUDINO MESQUITA</u>	IDADE <u>34</u>	SEXO ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>BR. DE COREMPS 342</u>		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR <u>DR. ROMULO</u>	

APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SYTRANS ☐ OUTRO:

QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: MR PATOS RESPONSÁVEL: DR. ALEXANDRE FUNÇÃO: COORDENADOR

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

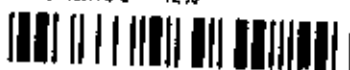
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DOCUMENTO 2 T296



DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <80mm Hg

P.A.: 100 x 60 FC: 75 FR: _____ TEMP: _____ °C GLICEMIA: 134 mg/dl - E. Com a: 93 SpO2s/O2: 99 SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade	☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	☐ Comunicação verbal Prejudicada	☐ Confusão Aguda	☐ Desambulação Prejudicada	☐ Débito
☐ Cardíaca Diminuída	☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA	☐ Disreflexia Autônoma	☐ Dor Aguda	☐ Hipertermia	☐ Hipotermia
☐ Integridade Tissular Prejudicada	☐ Medo	☐ Intolerância e Atividade	☐ Mucosa Oral Prejudicada	☐ Padrão Respiratório Ineficaz	☐ Perfusão Tissular
☐ Cerebral Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz	☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz	☐ Termorregulação	☐ Tormorregulação
☐ Ineficaz	☐ Troca de Gases Prejudicada	☐ Ventilação Espontânea Prejudicada	☐ Volume de Líquidos Deficientes	☐ Volume Excessivo de Líquidos	☐ Náuseas
☐ Retenção Urinária	☐ Percepção Sensorial Prejudicada	☐ Interação Social Prejudicada	☐ Incontinência Intestinal	☐ Eliminação Urinária Prejudicada	☐ Constipação
☐ Outros:					

INTERVENÇÕES:

REALIZADO CONDUITA MÉDICA, VENÓCLISE, MONITORIZADO

ANGELUS
28 JUL 2016

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

POT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, IMOBILIZADO EM PRANCHETA
RETA COM COLAR CERVICAL, GLASGO 7, (GIC) POT ESTAVA EMBRIAGADO
APÓS AVALIAÇÃO DO ME FOI REALIZADA ENTUBAÇÃO E O MESMO FOI ENCAMINHADO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

TCE? Alcoolismo / Queda de moto

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O₂) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

SEL + SF 0,9% + SG 5% + midazolam (0,2 amp - 1,5mg)

Oxigenoterapia

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

Paciente vítima de queda de moto, alcoolizado, com TCE,
 com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow - 7), levado ao HRP Pronto,
 entubado e transferido para HRP Ratos. Sinais vitais preservados, resposta
 a estímulos dolorosos. Transferido sem intercorrências. Pupilas reativas e
 em meio.

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): [Assinatura] COREN: _____ MAT.: _____

FISIOTERAPEUTA: _____ CREFITO: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: FLÁVIO MAT.: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 117-02

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: 14/05/16	OCORRÊNCIA Nº: 0032	PACIENTE / USUÁRIO: RAIMUNDO CLAUDIO MESQUITA	IDADE: 35	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR - COLAPS		Bairro: BR	MÉDICO REGULADOR:	
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ OPTAN ☐ SITRANS ☒ OUTRO: USB-01 - USA-01				
OTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RESCUE ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA: 110 x 80⁸⁶ FC: FR: _____ TEMP: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 80 SpO2c/O2: 80

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Prejudicada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

POT 110, VITIMA DO ACIDENTE DO MOTOCICLETA, COM USCORRÕES NO M51, FOI IMOBILIZADO EM PLACAR RIGIDO, COM COLAR CERVICAL, FOI ENVIADO PARA O HIA - O1

ANGELUS
28 JUL. 2016

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO. ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Politrauma por acidente de moto

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVação DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT.: _____

TÉCNICO DE ENFERM.: *[Assinatura]* COREN: *685.049* MAT.: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010028318-7

Nr. da Autenticação 13B493CB5B91C687



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, AMÉRICO CLAUDINO MESQUITA FILHO

RG nº 2445136, data de expedição 08/07/97, Órgão SSP - PB

CPF nº 040.899.474-64, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ANTONIO MARIO DE ARAUJO</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>BELO HORIZONTE</u>
Cidade	<u>PIANCO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.765-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99129-6366 / 99820-1557</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PIANCO - PB, 12/07/16

Assinatura do Declarante: Américo Claudino Mesquita Filho

DANIELE LIMA DE FARIAS MEBQUITA
RUA ANTONIA MARIA DE ARAUJO, S/N - BELHORIZONTE
FRANCO / PB CEP: 58765000 (AG: 144)

Categoria: RESIDENCIAL / BARRA RENDIA MONOFÁSICO
Referência: Jun / 2016
Emissão: 09/06/2016

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 270, N. 25 - Centro, Curitiba - PR - CEP 80071-650
CNPJ 08.056.193/0001-40 - Ins. Est. 15.015.825-00

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica nº 000 205 640
Código para Orlado Automático: 80008348-3

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

Conta referente a

Jun / 2016

Apresentação

08/06/2016

Data prevista da
próxima leitura

11/07/2016

UC (Unidade Consumidora): 5/885348-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 20 de abril de 2002.

CPF / CNPJ / RANI

0118787458

Ins. Est.:

Faturas em atraso

23/11/2015 2842,51

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Mar16	393
Abr16	420
Mai16	444
Jun16	348
Jul16	407
Out16	307
Nov16	322
Dez16	285
Jan17	101
Fev17	0
Mar17	0
Abr17	0
Mai17	51

Média dos últimos meses
382 kWh

REPRESENTAÇÃO DO NÚMERO

5e77.0034.6842.233d.a1fc.fb39.2ca6.c498.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Atualizado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	17,80	MONOFASE
DIC TRIMESTRAL	14,53	CONTRATADA
DIC ANUAL	26,00	LIMITE INFERIOR
TRIMESTRAL	3,90	LIMITE SUPERIOR
DIC MENSAL	7,72	
DIC TRIMESTRAL	15,45	
DIC ANUAL	4,14	
MONOFASE	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Empréstimo de Orlado da Energia Elétrica	41,91	20,83
Compensação de Energia	54,92	27,29
Serviço de Manutenção	3,28	1,63
Encargos Sociais	13,28	6,80
Impostos, Devidos e Encargos	07,83	4,05
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	201,22	100,00

Valor do RUSD (R\$ 4/2016) R\$ 78,28

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatur(a)s em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar esta mensagem.
- Fatura(s) sujeita(s) à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi fundada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 78,28.

ANGELUS
seguros

28 JUL. 2016



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 3.513/98.

Pelo exposto, eu Emerson Rafael Angelo Bento, portador(a) do

CNPJ nº 06023013070, expedido por DUTRA - PB, em

14 / 05 / 15, CPF/CNPJ nº 059.064.214-67,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) AMERICA

Claudio Messias Filho do sinistro de DPVAT da natureza INUNDACAO

da vítima AMERICA Claudio Messias Filho, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: CNPJ e Com. Residência - Sem Comprovação
DE PROFISSÃO E RENDA.

Emerson Rafael Angelo Bento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

União Brasileira de Comércio

STAMU



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANÇO
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES
CÓDIGO DO CNES: 2600331 CNPQCP: 08.778.268/003-86
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPINO, ELHO, 302
MUNICÍPIO: 58765-000 - PIANÇO ESTADO: PARAIBA UF: PB

PACIENTE: Emerson Calaciune M. Félho IDADE: 35

PROFISSÃO: Empregado DOCUMENTO: Paraná SEXO: M

ENDEREÇO: Quilombo Santa ESTADO: Paraná UF: PR

MUNICÍPIO: Quilombo ESTADO: Paraná UF: PR

CÓDIGO INDE ATENDIMENTO: 05130 DATA DO NASCIMENTO: 24.08.1981 DATA DO ATENDIMENTO: 14.05.12

RACIA / COR: () 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARDAS () 4 - AMARELA () 5 - INDIGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SOMÁRIO)

paciente viria de cidade de mof para fazer de
paciente em companhia de esposa e filhos
Atendimento realizado de acordo com o protocolo
Tratado com o paciente e familiares, com sucesso

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

1207 exames de urina e sangue

RESULTADOS

1207 exames de urina e sangue

MATERIAS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS: 1. 1207 exames de urina e sangue
2. 1207 exames de urina e sangue
3. 1207 exames de urina e sangue
4. 1207 exames de urina e sangue

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- () 01 - ELATIVO
- () 02 - URGÊNCIA
- () 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- () 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- () 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO
- () 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

CLIP-10

MEDICAÇÃO:

- ☒ 1 - PRESCRITA
- ☐ 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ ÓBITO
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. 1207 exames de urina e sangue
2. 1207 exames de urina e sangue
3. 1207 exames de urina e sangue

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTES(S) - CARIMBO

CNS

CBO

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

205725

OU FOLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Alexandre E. Albuquerque Filho		
End:	8 - Pousada São João 195	Bairro:	Pedra
Data de Nascimento:	24-02-84	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Agudo	Data do Atendimento:	16-05-16
		Hora:	14h30
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fútil de ódio () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dose de HGT:		Mucosas:	() Normocrômica () Pálida
Dor:	() Livre () Cadeira de rodas () Máscara		

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

ANGELUS
28 JUL 2016



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNES

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AMÉLIO C. MELOATO FILHO

287

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

81918100151169148462

7 - DATA DE NASCIMENTO

24/02/81

8 - SEXO

M

9 - RACIA

B

10 - ENDEREÇO COMPLETO DO PACIENTE

R. Almeida Sampaio 155, Centro

11 - ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO

R. Almeida

12 - COD. DE REG. INSCRIÇÃO

98

13 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

14 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

T.C. E GRAVE V. ACIDENTE
Trauma Fechado

15 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

JO T. L. - SEDOR - P. O. M. 14/6
VM T. L. e K. P. 14/6

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

T.C. - A. N. S. / C. O. P. 1

17 - CID DE PRINCIPAL

T.C. E GRAVE

18 - CID DE SECUNDÁRIO

19 - CID DE CENAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

T.C. E GRAVE

21 - CID

22 - CID DA INTERNAÇÃO

23 - DOCUMENTO

24 - N.º DOCUMENTO (OUTROS DO N.º 1)

25 - N.º DOCUMENTO (OUTROS DO N.º 1)

26 - N.º DOCUMENTO (OUTROS DO N.º 1)

27 - N.º DOCUMENTO (OUTROS DO N.º 1)

28 - N.º DO FOLHETO ESPECIAL DO N.º 1

JOE LOPES

29 - DATA SOLICITAÇÃO

16/05/80

30 - ASSINATURA

NEUTON HENRIQUE

31 - CID

CRIM. 1-6576

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CID DA SECUNDÁRIO

37 - CID DA SECUNDÁRIO

38 - CID DA SECUNDÁRIO

39 - CID DA SECUNDÁRIO

40 - TIPO DE CAUSA PREVENIENTE

41 - EMPREGADO

42 - EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESSEMPREGADO

45 - PREVIDENTE

46 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CID

49 - CID DO EMISSOR

50 - N.º DOCUMENTO (OUTROS DO N.º 1)

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO EM DO REGISTRO DO CONSELHO

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

54 - ASSINATURA E CARIMBO EM DO REGISTRO DO CONSELHO

ANGELUS
28 JUL 2016



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - CNEP

2 3 6 2 8 5 6

4 - CNEP

2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AMÉRICO L. MOTA FILHO

28.287

6 - CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

89800151169118461

24.04.81

3

7 - NOME DO PAI DO PACIENTE

Rafael

8 - ENDEREÇO DO PACIENTE

Salvador 195 Centro

9 - NOME DO PAI DO PACIENTE

Rafael

10 - COD. REGISTRO

98

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

11 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

T.C.E. GRAVE V. ACIDENTE
Trauma FACE

12 - COMO OCORREU JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

JO T. -> SEDE - PONTA
VM T. -> SEDE - PONTA

13 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RADIOLOGIA, EXAMES DE LABORATÓRIO)

T.C. -> ANON / CAD

14 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

T.C.E. GRAVE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

T.C.E. GRAVE

16 - CLÍNICA

NCP

17 - DATA DA INTERNAÇÃO

UP

18 - DOCUMENTO

1095 1 1095

19 - NOME DO DOCUMENTO (NOME DO PACIENTE, NOME DO PACIENTE, NOME DO PACIENTE)

Dr. José Lopes de Sousa Filho

20 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

JOSE LOPES

26/05/80

CRIMPO - 6576

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

21 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

22 - ACIDENTE TRABALHADO TÍPICO

23 - ACIDENTE TRABALHADO ATÍPICO

24 - OUTRA CAUSA

25 - OUTRA CAUSA

26 - OUTRA CAUSA

27 - ENDEREÇO DO PACIENTE

28 - ENDEREÇO

29 - ENDEREÇO

30 - ENDEREÇO

31 - ENDEREÇO

32 - ENDEREÇO

33 - ENDEREÇO

AUTORIZAÇÃO

34 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

35 - COD. ORGÃO EMISSOR

36 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

37 - DOCUMENTO

38 - DOCUMENTO

39 - NOME DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

ANGELUS
SEGUROS

28 JUL 2016

COR SECREÇÃO: ☐ Secreto ☐ Gerente ☐ Subordinado ☐ Vende ☐ Trabalho ☐ Passada ☐ Verificada

FAH0648440137663

FAH0648440137663

5 6

ENCLOSURE

5 6

ENCLOSURE

ANOTAÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM - NOTURNO

Racineville im 107, Gebro Vanoone entreef, Nelligato
Lanka no dila 50 chitaa parasta agas
noe-oe Luidaden die agaspa

afob

Maria Elvira A. da Silva
SEC. DE ENFERMAGEM
CONTR. PB 106.182

ANGELUS
28 JUL 2016

TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

SONDAS, CATETERES E DRENOS

[illegible]

ULTIMA EVACUACAO:

ASPECTO:

BALANÇO HISTÓRICO ATUAL:

BALANÇO HÍDRICO ANTERIOR:

BALANÇO HÍDRICO ACUMULADO:

FERIDAS / LESOES

CURATIVOS / COBERTURAS | PRODUTOS UTILIZADOS

ENERGIA:

ENFERMEIRO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA VERMELHA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
1. NOME: <u>Americo C. Mesquita Filho</u>			
IDADE: <u>35</u> SEXO: <u>M</u> DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>85</u>			
SETOR: <u>07</u>			
2. DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>TCE Grave</u>			
3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL			
4. ALERGIAS: SIM ☐ NÃO ☐ QUAIS:			
5. USO DE DISPOSITIVO: SONDAS: SVO ☒ SNG ☒ SOG ☐ TOT ☒ TRACHEOST ☐			
VENOSO: ACESSO V. CENTRAL ☒ ACESSO V. PERIFÉRICO ☐ DRENOS: DRENOT ☐ CRENO VAC ☐ DRENO SUÇÃO ☐			
6. DADOS VITAIS: <u>PA de controle</u> FR: <u>18</u> FC: <u>90</u> FESO: <u>90</u>			
7. RISCO DE ULCELA POR PRESSÃO: ALTO RISCO ☐ RISCO MODERADO ☒ BAIXO RISCO ☐ SEM RISCO ☐			
8. PRESENÇA DE ÚLCELA: SIM ☐ NÃO ☐ ESTÁGIO: <u>I</u> <u>II</u> <u>III</u> <u>IV</u> <u>V</u>			
9. SISTEMA CARDÍACO: BRADICARDIA ☐ TAQUICARDIA ☐ ARRITMIA ☐ PRECORDIALGA ☐ FIMBO NORMAL ☒			
10. SISTEMA NEUROLÓGICO: COMATOSO ☐ SEDADO ☒ TROPOROSO ☐ LETÁRGICO ☐ DESORIENTADO ☐ ORIENTADO ☐ AGITADO ☐			
11. DÉFICIT MOTOR: TETRAPLEGIA ☐ HEMIPLEGIA ☐ PARESIA ☐ RESTRIÇÃO NO LEITO ☐ SEM DÉFICIT MOTOR ☒			
12. SISTEMA RESPIRATÓRIO: VENT. ESPONTÂNEA ☐ CEFÉICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ EUPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ VENT. MECAN. INV. ☒			
13. AUSCULTA: RHMOL ☐ SIBLOS ☐ ESTERHOSES ☐ NORMAL ☒			
14. SIST. GASTROINTESTINAL: NORMAL ☐ POLÚRIA ☐ OLIGÚRIA ☐ SVO ☒			
(DIURESE) CUSCIMA ☐ CISTOSTOMIA ☐ ANÚRIA ☐ HEMATÚRIA ☐			
15. SIST. GASTROINTESTINAL: PRESENTE ☐ AUSENTE ☐ DIARRÉIA ☐ CONSTIPAÇÃO ☐ MELENIA ☐			
16. MEDICA: FLAVO ☒ FLACIDO ☐ GLOBOSO ☐ DISTENDIDO ☐ COLOSTOMIA ☐ OUTROS ☐			
17. ESTADO NUTRICIONAL: NUTREDO ☒ DESNUTRIDO ☐ OBESO ☐ CAQUÉTICO ☐			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☒ RISCO DE QUEDA		CDFR: <u>Sedacao</u>	
☒ RISCO DE ASPIRAÇÃO		CDFR: <u>SO T</u>	
☒ RISCO DE INFECÇÃO		CDFR: <u>SVD</u>	
☐ RISCO DE Desequilíbrio da temperatura corporal		CDFR:	
☐ RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CDFR:	
☐ RISCO DE SANGRAMENTO		CDFR:	
☐ DÉFICIT CARDÍACO CIRCULADO		CDFR:	
☐ RESPOSTA CEFUNCLIONAL DO SINAIS VENTILATÓRIO		CDFR:	
☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA		CDFR:	
☒ PADRÃO RESPIRATÓRIO DEFICIZ		CDFR: <u>I e T</u>	
☐ INOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CDFR:	
☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		☒ RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	
☐ RISCO DE TRAUMA VASCULAR		CDFR:	
		CDFR:	
		CDFR:	
		CDFR:	
		CDFR:	
		CDFR:	
Marta de Tabosa ENFERMEIRA 08/05/88 191.175		CDR: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FATOR RELACIONADO	
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		ABRAZAMENTO	ASSINATURA
☒ REGISTRAR SINAIS VITAIS <u>6/6 h</u>		<u>12-18-00-06</u>	
☒ REALIZAR BALANÇO HÍDRICO <u>12/12 h</u>		<u>18-06</u>	
☒ REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE NA ÁREA VERMELHA <u>6/6 h</u>		<u>10-18-00-06</u>	
☒ REALIZAR TROCA DE CURATIVO COM TÉCNICA ASÉPTICA SE INOVAR SINAIS		<u>10</u>	
☐ MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE SINAIS FLOSTICO EM DILISCS E EM LOCAIS DE INSERÇÕES DE DRENOS, SONDAS E CARACTERES			
☐ AVALIAR COR, TEMPERATURA E UMIDADE DA PELE			
☐ VERIFICAR PRESENÇA DE SANGRAMENTOS			
☐ PROPORCIONAR ALINHAMENTO DO CORPO DO PACIENTE			

ANGELUS
SODUROS

28-JUL-2016

DOCUMENTO 5 *T54*



REGISTRO GERAL 2445486 DATA DE EXERCÍCIO 08 JUL 1987
NOME AMÉRICO CLAUDINO MESQUITA FILHO
FILIAÇÃO Americo Claudino Mesquita
Brigida Maria da Conceição
NATURALIDADE PIANCO-PB
DATA DE NASCIMENTO 24.02.1981
SOC ORDEM Cert. Nasc. Nº 6.114; Fis. 38. Liv. 7
A. 7 - Cartório de Pianco-PB
CPF
Judeu Pessoa - PB
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
LEIN 77150E-200083

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P. 900.
CARTeira DE IDENTIDADE
ASSINATURA DO TITULAR

ANGELUS
seguros
28 JUL. 2016

CPF - Comprovante de Inscrição

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
Receita Federal do Brasil	
Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO	
CPF	Número
040.899.474-64	
Nome	
AMERICO CLAUDINO MESQUITA FILHO	
Nascimento	
24/02/1981	
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	

CÓDIGO DE CONTROLE	
D652B0C38B6E47F5	
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet no endereço	
www.receita.fazenda.gov.br	
Comprovante emitido pela	
Secretaria da Receita Federal do Brasil	
às 14:15:53	do dia 30/06/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00	

ANGELUS
SOSUROS
28 JUL. 2016



CONTRAN		DENATRAM	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES			
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 012426810973 2015	
VA 1	COD. RENAVAM 006848276829	DATA DE EMISSÃO 24/11/2015	EXERCÍCIO 2015
AMÉRICO CIRILINO MESQUITA FILHO			
04089947464			
NOVO PB			
PAS/MOTOCICLAR/AMO AP/11C			
HONDA/CG 125 PAN KS			
24/124/CI			
IPVA PAGO RM			
24/11/2015			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
31623			
27/11/2015			
40886			

CONTRAN		DENATRAM	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES			
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 012426810973 2015	
VA 1	COD. RENAVAM 006848276829	DATA DE EMISSÃO 24/11/2015	EXERCÍCIO 2015
AMÉRICO CIRILINO MESQUITA FILHO			
04089947464			
NOVO PB			
PAS/MOTOCICLAR/AMO AP/11C			
HONDA/CG 125 PAN KS			
24/124/CI			
IPVA PAGO RM			
24/11/2015			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
31623			
27/11/2015			
40886			

ANGELUS

28 JUL. 2015