



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO E DA SEGURANÇA SOCIAL  
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE AREIA  
RUA AURÉLIO DE FIGUEIREDO, 1030 - JUSSARA - AREIA/PB - 583970-00

OCORRÊNCIA Nº.: 109/2017

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrência Policial deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº. 109 registrada em 10/03/2017, que a passo a transcrever na íntegra: Aos 10/03/2017, nesta cidade de Areia, Estado da Paraíba, no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AREIA-PB, quando encontrava-se presente o(a) Bel(a) SYMONE ROSEMBERG LACET, Delegado(a) de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:59:17 horas, compareceu o Sr(a) JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA, nascido(a) em 03/05/1995, filho(a) de JOSENILDO ALVES DE OLIVEIRA e ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA, nacionalidade BRASILEIRO(A), natural de REMIGIO, SOLTEIRO(A), escolaridade MÉDIO COMPLETO, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de identidade nº. 3.940.083, expedido pela SSP-PB, com CPF 109.858.644-19, residente a(ao) RUA JOAQUIM VITÓRIO TORRES Nº169, CENTRO, na cidade de REMÍGIO-PB, telefone 83996060454.

Declarou que:

*Que na data do dia 15 de novembro de 2016 vinha trafegando em um automóvel, na poltrona do "carona", sentido cidade de Areia a cidade de Remígio pela PB 079, quando o motorista perdeu o controle do carro e capotou o mesmo; Que no acidente o declarante sofreu uma pancada na cabeça, outra no braço além de escoriações pelo corpo; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande; Que o automóvel que o declarante vinha era uma Caminhonete aberta MMC/L200 OUTDOOR, ano/modelo: 2011/2011, de cor preta, PLACA: OFF 2809/PB, CHASSI: 93XPNK740BCB76158, CODIGO RENAVAM: 00384224741, tendo como proprietário ANTÔNIO ABIMAR BURITI JUNIOR;. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de ter lido e achado conforme, expresso a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.*

AREIA/PB, 10 de março de 2017

*Jaelson Sirino de Oliveira*  
JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA  
Declarante

*Clênio*  
CLÊNIO DA SILVA SANTOS- AD HOC  
Escrivão





## Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU

REMIGIO, PB.  
16 de fevereiro de 2017

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o SAMU 192 Regional – Remígio - PB. Prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Jaelson Sirino de Oliveira, com ID: 1411254; vítima de acidente de trânsito, no dia 15 de novembro de 2016, aproximadamente as 13h00minh, sendo encaminhado para o Hospital de Trauma Campina Grande-pb.

  
ISAAC EMANOEL DIAS FERREIRA  
Coordenador do SAMU  
CPF: 082683904-50  
Coren- PB: 267661



Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA - 08/09/2020 16:46:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816462752700000032588837>  
Número do documento: 20090816462752700000032588837

Num. 34069153 - Pág. 1

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MÍNISTÉRIO DAS CIDADES</b>			
<b>DETAN - PB</b> CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO <b>Nº 012710950814</b>			
VIA:	CÓD. RENAVAM	PLAQUE:	EXERCÍCIO
1	00384224741		2016
NOME: <b>ANTONIO ABIMAR BURITI JUNIOR</b>			
CPF / CNPJ:	03550428430	PLACA:	OFF2809
PLACANTE / UF:	NOVO / PB	CHASSI:	93XPNK740BCB76158
ESPECIE / TIPO:	ESP/CAMINHONETE/ABER/CC.D	COMBUSTIVEL:	DIESEL
MARCA / MODELO:	MMIC/L200 OUTDOOR	ANO FAB.:	2011
CAP / POT / CIL:	05P/1.08T/141CV	CATEGORIA:	FRETA
COTA ÚNICA:	IPVA PAGO EM 28/07/2016	VENC. COTA ÚNICA:	1° ***** 2° ***** 3° *****
V	FAADA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS:	
A	*****		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	10F (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	*****	*****	28/07/2016
SEGURADO PAGO 28/07/2016			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
DOCUMENTO DE PAGAMENTO OBRIGATÓRIO			
2 EIXOS			
LOCAL:	DATA:		
CAMPINA GRANDE - PB	08/08/2016		
40665	204381		
 Autenticação Visual Lápis Digital - Série - CEIAV - 2			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE PROTEÇÃO CONTRA DANOS A AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710950814 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:
1	03550428430	OFF2809
RENAVAM:	MARCA / MODELO:	
00384224741	MMIC/L200 OUTDOOR	
ANO FAB.:	DATA EMISSÃO:	
2011	2016 08/08/2016	
DIR/UF:	CHASSI:	
10	93XPNK740BCB76158	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNG (R\$)	CHAVANAL (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	10F (R\$)	TAXA DE SEGURO (R\$)
PARCELA:	PAGAMENTO:	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 09.348.908/0001-04		
<a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>		



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Jaelson Síriño de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 3940.083 EXPEDIDO POR SSDS EM 03/02/2011 ECPF 109.858.644-19 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 937 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jaelson Síriño de Oliveira, 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 Lotéticas 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](http://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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00023522-2

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

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

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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
LOCAL E DATA  
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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

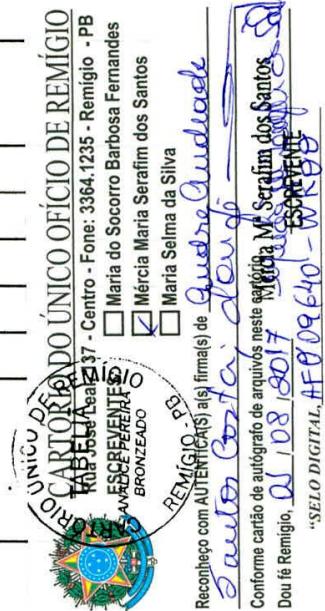


## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio ABIMAR BURITI JUNIOR,  
RG nº 2551705, data de expedição 15/01/2016,  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 035 504 284-30,  
com Domicílio na cidade de Remígio, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Teodoro Dias,  
nº 65, complemento, CASA, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
JAILSON SIRINO DE OLIVEIRA, cujo o condutor  
era André Andrade Gontijo.

Veículo.....: CAMINHONETE /ASER /CC.D  
Ano.....: 2011/2011  
Modelo.....: MUC /L200 OUTDOOR /DIESEL /PRETA  
Placa.....: OFF 2809  
Chassi.....: 93XPNK740BCB76158  
Data do acidente.: 15/11/2016

Local e data: \_\_\_\_\_



Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

X Antônio Abimar Buriti Júnior  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

X André Andrade Gontijo  
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAFELSON SIRINO DE OLIVEIRA,

RG nº 3.940.083, data de expedição 03/02/2011,  
Órgão SSD/SRB, CPF nº 109.858.644-19, venho perante a este  
instrumento declarar que não posso 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 PROJETADA / JOAQUIM VITÓRIO</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>REMÍGIO -</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58398-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 996 060454</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Jafelson Sirino de Oliveira  
Assinatura do Declarante





Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA <u>JACSON SIRINO DE OLIVEIRA</u>	DATA DO ACIDENTE _____	CPF DA VÍTIMA <u>709.858.644-19</u>
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É <u>JACSON SIRINO DE OLIVEIRA</u>	ENDERECO DO PORTADOR <u>RJA PROJETADA, S/N. JOAQUIM VITÓRIO, CENTRO</u>	
Nº <u>S/N</u> COMPLEMENTO <u>30A JIN VITÓRIO BAIRRO CENTRO</u>	CIDADE <u>Remigio</u>	UF <u>PB</u> CEP <u>58378-000</u>
E-MAIL <u>JACSONSIRINO4@gmail.com</u>	TELEFONE <u>(83) 996 06 04 54</u>	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• MORTE = R\$ 13.500,00  
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA - 08/09/2020 16:46:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816463667800000032588842>

Número do documento: 20090816463667800000032588842

Num. 34069158 - Pág. 4

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Leinº 9.613/98

Pelo exposto, eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG Nº \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, CPF/CNPJ Nº \_\_\_\_\_, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiários(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_  
da vítima \_\_\_\_\_,  
e conforme determinação da Circular SUSEP Nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: \_\_\_\_\_ Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
ASSINATURA – PROCURADOR(A)/ INTERMEDIÁRIO(A)





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	3.940.083	DATA DE EXPEDIÇÃO
NOME	JAELESON SIRINO DE OLIVEIRA	03/02/2011
FILIAÇÃO	JOSENILDO ALVES DE OLIVEIRA ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE	REMÍGIO-PB	
DOC ORIGEM	NASC.N.14866 FLS.112V LIV.A-17	
CPF	109.858.644-19	03/05/1995
CARTÓRIO REMÍGIO-PB		
João Pessoa - PB		
Assentado no Rio Grande do Norte		
Assinatura do Registrador		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		

**CARTÓRIO ÚNICO DE REMÍGIO**  
**ESTADO DA PARAÍBA**  
**AUTENTICAÇÃO**

Autentico esta fotocópia fiel reprodução  
do original, dou fé F.m Test. MM 1  
de verdade.

Remígio 11/07/2017

Mércia M. Serafim dos Santos  
ESCREVENTE

(Consulte a autenticidade em <https://seledigital.pjpb.us.br>)  
SELO DIGITAL AF147026-A-C88



**ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA**  
RUA PROJETADA, SN/ JOAQUIM VITORIO - CENTRO  
PEMIOIO / PB CEP 58389000 (AG. 71)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO B1230, Km26 - Cidade Redentor- João Pessoa/PB - CEP: 58071-660  
Rota 12-73-286-5970 Referencia Jan/2017 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0  
Nº medidor 00008130122 Emissao 18/01/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°000 925 449  
 Código para Débito Automático: 00014048250

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1404825-0  
Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei  
nº 10.438, de 26 de abril de 2002

19/01/2017

Data prevista da  
próxima leitura

16/02/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

Insc. Est.	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
880080870434	Data	Leitura	Data	Leitura	
	21/12/16	5869	19/01/17	5947	1
				78	28

Faturas em atraso

#### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 30kWh-BR	30	0,14805	4,47
Consumo - 31 a 100kWh-BR	48	0,25552	12,28
Subsídio			77,01
ICMS			12,40
PIS			0,51
COFINS			2,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRE ILUM PÚBLICA			4,84
JUROS DE MORA 12/2016			0,01
MULTA 12/2016			0,78
Devolução Subsídio			-17,81

#### Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	90
Nov/16	78
Out/16	88
Sep/16	60
Ago/16	75
Jul/16	67
Jun/16	92
Maio/16	76
Abr/16	88
Mar/16	69
Fev/16	81
Jan/16	59

	BASE DE CÁLCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	49,82	26,00	12,40
PIS	49,82	1,0400	0,51
COFINS	49,82	4,7801	2,37

#### VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Media dos últimos meses  
74

26/01/2017 R\$ 37,62

bd8d.ad25.4024.ad5d.2c84.a640.d926.e3ae.

#### Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	1,50
DIC TRIMESTRAL	12,64	
DIC ANUAL	25,89	NOMINAL
FIC MENSAL	3,42	2,00
FIC TRIMESTRAL	8,85	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR 202
DIFERENÇA	3,80	LIMITE SUPERIOR 231
DICRI	12,22	

Discriminações	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	8,36	16,87
Compra de Energia	7,44	19,78
Encargos de Distribuição	0,44	1,17
Encargos Setoriais	2,50	6,85
Impostos Diretos e Encargos	20,89	55,53
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,62	100,00

Valor do USD (Ref. 11/2016) R\$0,45

#### ATENÇÃO

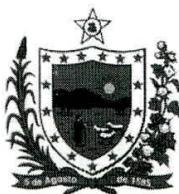
Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um débito de R\$17,81





Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA - 08/09/2020 16:46:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816463667800000032588842>  
Número do documento: 20090816463667800000032588842

Num. 34069158 - Pág. 8



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO E DA SEGURANÇA SOCIAL  
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE AREIA  
RUA AURÉLIO DE FIGUEIREDO, 1030 - JUSSARA - AREIA/PB - 583970-00

OCORRÊNCIA Nº.: 109/2017

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrência Policial deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº. 109 registrada em 10/03/2017, que a passo a transcrever na íntegra: Aos 10/03/2017, nesta cidade de Areia, Estado da Paraíba, no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AREIA-PB, quando encontrava-se presente o(a) Bel(a) SYMONE ROSEMBERG LACET, Delegado(a) de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:59:17 horas, compareceu o Sr(a) JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA, nascido(a) em 03/05/1995, filho(a) de JOSENILDO ALVES DE OLIVEIRA e ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA, nacionalidade BRASILEIRO(A), natural de REMÍGIO, SOLTEIRO(A), escolaridade MÉDIO COMPLETO, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade nº. 3.940.083, expedido pela SSP-PB, com CPF 109.858.644-19, residente a(ao) RUA JOAQUIM VITÓRIO TORRES Nº169, CENTRO, na cidade de REMÍGIO-PB, telefone 83996060454.

Declarou que:

*Que na data do dia 15 de novembro de 2016 vinha trafegando em um automóvel, na poltrona do "carona", sentido cidade de Areia a cidade de Remígio pela PB 079, quando o motorista perdeu o controle do carro e capotou o mesmo; Que no acidente o declarante sofreu uma pancada na cabeça, outra no braço além de escoriações pelo corpo; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande; Que o automóvel que o declarante vinha era uma Caminhonete aberta MMC/L200 OUTDOOR, ano/modelo: 2011/2011, de cor preta, PLACA: OFF 2809/PB, CHASSI: 93XPNK740BCB76158, CODIGO RENAVAM: 00384224741, tendo como proprietário ANTÔNIO ABIMAR BURITI JUNIOR;. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de ter lido e achado conforme, expresso a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.*

AREIA/PB, 10 de março de 2017

*Jaelson Sirino de Oliveira*  
JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA

Declarante

*Clênio*  
CLÊNIO DA SILVA SANTOS- AD HOC  
Escrivão





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.940.083	DATA DE EXPEDIÇÃO	03/02/2011
NOME	JAELOSON SIRINO DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO	JOSENILDO ALVES DE OLIVEIRA ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA		
NATURALIDADE	REMIGIO-PB	DATA DE NASCIMENTO	
DOC ORIGEM	NASC.N.14866 FLS.112V LIV.A-17	03/05/1995	
CPF	109.858.644-19	CARTÓRIO REMIGIO-PB	
João Pessoa - PB			
Ismael Amélia da Silva Neto			
ASSINATURA DO CARTÓRIO			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			



Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA - 08/09/2020 16:46:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816463667800000032588842>  
Número do documento: 20090816463667800000032588842

Num. 34069158 - Pág. 10

**ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA**  
RUA PROJETADA, S/N JOAQUIM VITORIO - CENTRO  
REMÉGIO / PB CEP 58390000 (AG 71)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B1/230, Km.25 - Cristo Redentor-João Pessoa/PB - CEP: 58071-080  
Roteiro: 12-73-265-5970 Referência: Jan/2017 CNPJ:09.095.183/0001-40 Ins Est: 16.016.923-0  
Nº medidor: 00008130122 Emissão: 19/01/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000 925 449  
Código para Débito Automático: 00014048260

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1404825-0**

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei

nº 10.498, de 26 de abril de 2002

19/01/2017

Data prevista da  
próxima leitura

16/02/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

98066870434

Ins Est:

Faturas em atraso

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	21/12/16 5969	19/01/17 5947	1	78	29

#### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14805	4,47
Consumo - 31 a 100kWh-BR	48	0,25592	12,26
Subsídio			17,01
ICMS			12,40
PIS			0,51
COFINS			2,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUÍLUM PÚBLICA			4,84
JUROS DE MORA 12/2016			0,01
MULTA 12/2016			0,78
Devolução Subsídio			-17,81

#### Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	90
Nov/16	78
Out/16	66
Sep/16	80
Ago/16	75
Jul/16	67
Jun/16	82
May/16	78
Apr/16	88
Mar/16	59
Fev/16	81
Jan/16	95

	BASE DE CÁLCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	49,82	25,00	12,40
PIS	49,82	1,0400	0,51
COFINS	49,82	4,7801	2,37

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
26/01/2017 R\$ 37,62

Média dos últimos meses  
74

bd8d.ad25.4024.ad5d.2c84.a640.d926.e3ae.

#### Indicadores de Qualidade 11/2016-Esperança

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	1,50
DIC TRIMESTRAL	12,84	
DIC ANUAL	25,68	NOMINAL
FIC MENSAL	3,42	2,00
FIC TRIMESTRAL	8,85	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR 202
DMC	3,60	LIMITE SUPERIOR 231
DICRI	12,22	1,35

#### Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	8,36	18,97
Compra de Energia	7,44	19,78
Serviço de Transmissão	0,44	1,17
Encargos Setoriais	2,50	6,86
Impostos Diretos e Encargos	20,89	55,53
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,52	100,00

Valor do EUSD (Ref. 11/2016) R\$ 0,45

#### ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um débito contado de R\$17,81



Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA - 08/09/2020 16:46:39

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816463667800000032588842

Número do documento: 20090816463667800000032588842

Num. 34069158 - Pág. 11



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO EMÍNICE LEAL DE SOUZA  
RUA DR. LUIZ BRONZEADO, 819  
CENTRO - REMÍGIO - PB

Jackson C. de Oliveira



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PRONTO ATENDIMENTO EMÍNICE LEAL DE SOUZA  
RUA DR. LUIZ BRONZEADO, 819  
CENTRO - REMÍGIO - PB

Jackson Sávio de Oliveira



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

Jackson Sávio

V.R.O. 01/2

① Profilm 100 mg — 01cx  
01 cp 12/24h - 6olixaz

Rx  
Ibuprofeno 600 — 06cp

Toman 1cp B/8  
(3x1dia)

g m

100.000,00

16/11/16

Data

Alessandro Matheus  
CRM-PB 4444  
CNPJ 23.224-25  
Médico

Dr. Alessandro Matheus  
MÉDICO  
CRM-PB 9295

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 16/11/16

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PONTO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA DE SORZA  
CAFEPI: 11.320.311.0001-76  
RUA DIREITA SANTOS GUERRA, 807 - CENTRO - REMÍGIO-PB



### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE			
Nome Completo:			
CRM	UF	CPF	
Endereço:			
Estado:	REMÍGIO	UF:	PB
Telefone:			
DATA: 29/11/16			

Paciente: José da Silva - Olho esq  
 Endereço: Rua Joaquim Vitorino Torres, 169  
 Prescrição: 1. Permeabilizar Bolha no Olho esq - 5ml  
Aplique 1x/dia em profundidade na juba  
2. Colar 3 discos oft totais - 1x/dia  
dos 5 sempre

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Dr. Abímar Buriti	
Nome Completo:			
RG:	Reg. número:		
Endereço:			
Estado:	19		
Telefone:			
DATA: / /			



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PONTO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA DE SORZA  
CAFEPI: 11.320.311.0001-76  
RUA DIREITA SANTOS GUERRA, 807 - CENTRO - REMÍGIO-PB



### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE			
Nome Completo:			
CRM	UF	CPF	
Endereço:			
Estado:	REMÍGIO	UF:	PB
Telefone:			
DATA: 30/11/16			

Paciente: José da Silva - Olho esq  
 Endereço: Rua Joaquim Vitorino Torres, 169  
 Prescrição: 1. Permeabilizar Bolha no Olho esq - 5ml  
Despachado  
1. Aplique 1x/dia  
4x/dia 01/10/16  
2. Colar 3 discos oft totais - 1x/dia  
das 5 sempre

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Dr. Abímar Buriti	
Nome Completo:		Médico	
RG:	Reg. número:		
Endereço:			
Estado:	19		
Telefone:			
DATA: / /			

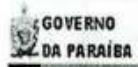
Assinatura do Médico e Cargueiro  
 DATA: 16/11/16

AO RETORNAR AO MÉDICO, FAZER RIFA RECEITA

Assinatura do Médico e Cargueiro  
 DATA: 16/11/16

100.000





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Paciente: JAEISON CIORINO DE OLIVEIRA

Data do Exame: 15/11/2016

Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical

**Indicação:** Paciente com politrauma e dor cervical.

**Técnica:** Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento cervical.

**Análise:**

- Eixo cervical preservado.
- Não há sinais de fraturas ou luxações nos corpos vertebrais avaliados.
- Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior preservados.
- Lâminas e pedicúlos de aspecto normal. Facetas articulares conservadas.
- Discos intervertebrais com forma e densidade habituais.
- Saco dural e seu conteúdo de aspecto normal.
- Canal rafeano de configuração e dimensões normais em todos os segmentos estudados, sem lesões expansivas detectáveis em seu interior.

Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega  
CRM/PB: 6481





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM JUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE:	JAEELSON CIRINO DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME:	15/11/2016

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

**ANÁLISE:**

**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Adicionalmente, observo sinais de nefrolitiase à direita.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.



Dr. Diogo Araujo de Freitas  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 7195





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

Ficha de Acolhimento

21 anos

Nome:	Jaelson de Oliveira	Bairro:	Ruas
End:		Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:		Hora:	15:00
Queixa:	Capotamento	Bata do Atend.:	15-11-16
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

Estratificação

MOD. 110

*ruas*

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

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

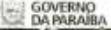
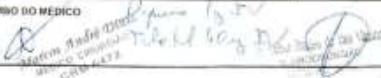
*Assinatura e carimbo do profissional*



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE:		hs.	SERVICOS REALIZADOS:	CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CEO	IDADE
1) Centro cirúrgico:			<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Avenida			
2) Internação (seletiva):			<input type="checkbox"/> Diáspore médica <input type="checkbox"/> Óbito			
3) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL:						
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)						
<i>X Silvana Balleiro dos Santos</i>						



 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>  <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>		<b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b>																																					
<b>UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO</b> Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 05-778.268/0001-60 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25																																							
<b>DADOS DO PACIENTE</b> PRONTUÁRIO N°: 1549284 Nome: JELSON CRISTO DE OLIVEIRA Sexo: MASCULINO Profissão: INVESTIGADOR Documento: SEM DOCUMENTO End.: SEM INFORMAÇÃO BAIRRO: CENTRO Município: RIBEIRO Estado: PB CEP: Data Atendimento: 15/01/2018 Código do Município: 251272 Cartão do SUS: DATA NASCIMENTO: 15/01/1926 QUÍXAS: CAROTANISTICO <b>MECANISMOS DO TRAUMA:</b> LOCAL DA LESÃO (descrever o local com o número correspondente ao lado)																																							
 <table border="1"> <tr> <td>1. Abrasão</td> <td>18. Fratura ossos fechada</td> </tr> <tr> <td>2. Anputação</td> <td>28. Fratura ossos aberta</td> </tr> <tr> <td>3. Avulsão</td> <td>29. Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4. Contusão</td> <td>32. Engorgamento venoso</td> </tr> <tr> <td>5. Cretanização</td> <td>33. Lacerção</td> </tr> <tr> <td>6. Desgarro</td> <td>34. Lesão articular</td> </tr> <tr> <td>7. Derrame</td> <td>35. Luxação</td> </tr> <tr> <td>8. Empurramento</td> <td>36. Mandíbula</td> </tr> <tr> <td>9. Enxaquema taurânsis</td> <td>37. Movimento torácico paroxístico</td> </tr> <tr> <td>10. Enxaquecimento</td> <td>38. Objeto encaixado</td> </tr> <tr> <td>11. Esquase</td> <td>29. Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12. F. Areia branca</td> <td>30. Paroxismo</td> </tr> <tr> <td>13. F. Areia negra</td> <td>31. Peritonite</td> </tr> <tr> <td>14. F. Contusão</td> <td>32. Peritonite</td> </tr> <tr> <td>15. F. Cortado</td> <td>33. Gonorréia</td> </tr> <tr> <td>16. F. Corte-contusão</td> <td>34. Rinsverga</td> </tr> <tr> <td>17. F. Perfuro-contusão</td> <td>35. Sínus da respiração</td> </tr> <tr> <td>DIAGNÓSTICO / CID: Prol. traum.</td> <td>36.</td> </tr> </table>				1. Abrasão	18. Fratura ossos fechada	2. Anputação	28. Fratura ossos aberta	3. Avulsão	29. Hematoma	4. Contusão	32. Engorgamento venoso	5. Cretanização	33. Lacerção	6. Desgarro	34. Lesão articular	7. Derrame	35. Luxação	8. Empurramento	36. Mandíbula	9. Enxaquema taurânsis	37. Movimento torácico paroxístico	10. Enxaquecimento	38. Objeto encaixado	11. Esquase	29. Otorragia	12. F. Areia branca	30. Paroxismo	13. F. Areia negra	31. Peritonite	14. F. Contusão	32. Peritonite	15. F. Cortado	33. Gonorréia	16. F. Corte-contusão	34. Rinsverga	17. F. Perfuro-contusão	35. Sínus da respiração	DIAGNÓSTICO / CID: Prol. traum.	36.
1. Abrasão	18. Fratura ossos fechada																																						
2. Anputação	28. Fratura ossos aberta																																						
3. Avulsão	29. Hematoma																																						
4. Contusão	32. Engorgamento venoso																																						
5. Cretanização	33. Lacerção																																						
6. Desgarro	34. Lesão articular																																						
7. Derrame	35. Luxação																																						
8. Empurramento	36. Mandíbula																																						
9. Enxaquema taurânsis	37. Movimento torácico paroxístico																																						
10. Enxaquecimento	38. Objeto encaixado																																						
11. Esquase	29. Otorragia																																						
12. F. Areia branca	30. Paroxismo																																						
13. F. Areia negra	31. Peritonite																																						
14. F. Contusão	32. Peritonite																																						
15. F. Cortado	33. Gonorréia																																						
16. F. Corte-contusão	34. Rinsverga																																						
17. F. Perfuro-contusão	35. Sínus da respiração																																						
DIAGNÓSTICO / CID: Prol. traum.	36.																																						
<b>EXAME PRIMARIO - DADOS CLÍNICOS</b> <p style="text-align: right;"><i>O Trauma é aproximadamente no topo da clavícula. Pode haver uma lesão óssea com suspeita de fratura. Abd: levemente doloroso, pressão dolorosa. Mm: D: 40% - 100% de dor. Pec: dor intensa na extremitade da ferida. Sintomas: dor intensa na ferida. Exame: dor intensa na ferida.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Pelos braços: Ag. Alergia: Nenhum. MEDICAMENTOS: INTOLERANCIAS: EXAME FÍSICO: PUPILAS: ( ) Fotomotoras ( ) Isocônicas ( ) Anisocôricas ( ) Glasgow: ( ) PA: ( ) HGT: ( ) Sa62</i></p> <p style="text-align: right;"><b>TOMOGRAFIA REALIZADA LM:</b> <i>151.771.16</i></p>																																							
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b> <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Radiografia <input type="checkbox"/> Radiografia Computadorizada <b>SOLICITAÇÃO DE PARCERIA MÉDICO:</b> Especialista: _____ As: ____ Ho: ____ Dia: ____ Especialista: _____ As: ____ Ho: ____ Dia: ____ <b>MÉDICO SOLICITANTE:</b> <b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS:</b> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>PRESCRIÇÕES E CONSULTAS:</th> <th>HORÁRIO REALIZADO</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>SPC - 2020 m/s - evik</td> <td>15:15 hs</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Tubost. tórax - ev - ev ok</td> <td>15:15 hs</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2º proced. SPC + ev - ev ok</td> <td>15:15 hs</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>SPC x 500 ml</td> <td>15:15 hs</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Trombol. tórax &gt; CV evito. 100</td> <td>15:15 hs</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					PRESCRIÇÕES E CONSULTAS:	HORÁRIO REALIZADO	1	SPC - 2020 m/s - evik	15:15 hs	2	Tubost. tórax - ev - ev ok	15:15 hs	3	2º proced. SPC + ev - ev ok	15:15 hs	4	SPC x 500 ml	15:15 hs	5	Trombol. tórax > CV evito. 100	15:15 hs	6																	
	PRESCRIÇÕES E CONSULTAS:	HORÁRIO REALIZADO																																					
1	SPC - 2020 m/s - evik	15:15 hs																																					
2	Tubost. tórax - ev - ev ok	15:15 hs																																					
3	2º proced. SPC + ev - ev ok	15:15 hs																																					
4	SPC x 500 ml	15:15 hs																																					
5	Trombol. tórax > CV evito. 100	15:15 hs																																					
6																																							
<b>ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:</b> 																																							







## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo	Atendente	
<input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares	ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro	Agência	
Invalidez Permanente/Total	SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente	Nome da Vítima	CPF da Vítima
EDUARDO LIMA DA SILVA	JAELESON SIRINO DE OLIVEIRA	10985864419
Documentos Complementares		
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador	<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador	
Morte	Inválidez Permanente	DAMS
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito ( <b>Cópia autenticada</b> ) <input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ( <b>Cópia autenticada</b> ) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada ( <b>Cópia autenticada</b> ) <input checked="" type="checkbox"/> Autorização de Pagamento <input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS <input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed. <input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores <input type="checkbox"/> Alvará Judicial	<input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva <b>Cópia autenticada</b>  Outros Doctos. Entregues e Observações <b>Declaração de ausência de laudo do IML</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico <input type="checkbox"/> Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) <input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de Anuênciam em casos de Despesas pagas por Terceiros
 0124858		

**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até acomplementação do processo

**Documentos Básicos:**

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 02/08/2017





()

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3170437551 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624

**BENEFICIÁRIO** JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA

**CPF/CNPJ:** 10985864419

**Posição em 13-09-2017 15:38:19**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Pendente	EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

### ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

▲ A A ⌂

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)



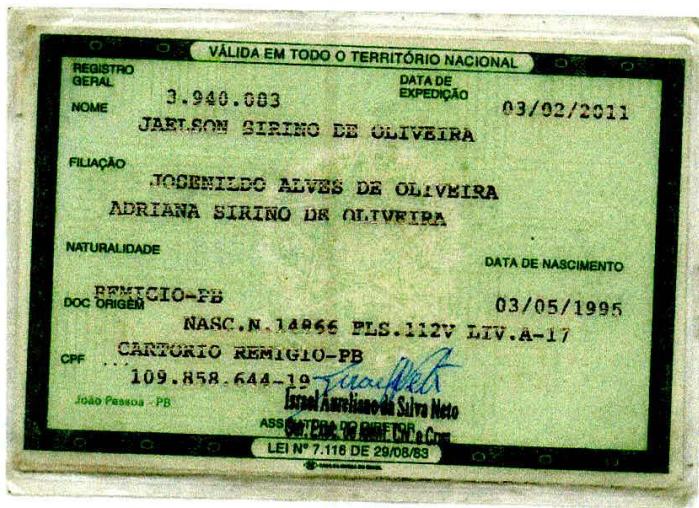
### PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Pague-Seguro.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)





## DECLARAÇÃO DE POBREZA

**DECLARANTE:** JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.940.083 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 109.858.644-19, residente e domiciliado na Rua Joaquim Vitorio, nº 169, Remígio/PB, fone (83) 996565578.

DECLARO com base no Artigo 98 do Novo CPC, que: "sou pobre perante a Lei, e não disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família."

DECLARO, ainda, ser conhecedora das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeita caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Remígio, 31 de agosto de 2020.

  
Declarante



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE  
MANDATO JUDICIAL**

- MANDANTE:** **Jaelson Sirino de Oliveira**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.940.083 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 109.858.644-19, residente e domiciliado na Rua Joaquim Vitorio, nº 169, Remígio/PB, fone (83) 996565578.
- MANDÁTARIO:** **EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO**, brasileiro , casado, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção da Paraíba, sob o nº 17.980; **TATIANE DE ARAÚJO SILVA LIMA**, brasileira , casada, advogada, inscrita regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção da Paraíba, sob o nº 26.259 com escritório profissional na Rua Bento Vitorio, nº 123, Centro, Remígio/PB, CEP: 58398-000, onde receberá as comunicações dos atos processuais.
- OUTORGA:** Poderes para o **FORO** em geral, aqueles especificados no art.105 do Código de Processo Civil, para fé dos seus graus atuar em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito, as competentes ações ou a defende-lo nas adversas, seguindo uma e outras até final decisão, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber, dar quitação, agindo conjuntamente, podendo substabelecerem no presente mandato, com ou sem reservas de poderes.

Remígio, 06 de Setembro de 2020.

  
**MANDANTE**





**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Remígio**

0800638-07.2020.8.15.0551

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro a AJG.

Em observância às medidas preventivas de contágio à COVID-19 (CORONAVÍRUS), deixo de designar a audiência prevista no artigo 334 do CPC, sem prejuízo da oportuna solução consensual do conflito.

1) Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 183, NCPC, devendo advertir-se, ainda, que caso considere possível conciliar, deve a resposta conter tal informação, para análise quanto a necessidade de designação de audiência.

2) Uma vez juntada contestação, intime-se a parte autora, via patrono, para apresentar impugnação à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias.

3) Decorrido o prazo, com ou sem impugnação, intimem-se as partes para especificarem as provas que pretendem produzir, de forma objetiva e fundamentada, no prazo de 05 (cinco) dias, apontando os pontos contraditórios e controvertidos, sob pena de preclusão, ou requererem o julgamento antecipado da lide.

Cumpra-se.

Remígio, data e assinatura eletrônicas.

Juliana Dantas de Almeida



Assinado eletronicamente por: JULIANA DANTAS DE ALMEIDA - 14/09/2020 15:45:52  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200914154545955000000032618770](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091415454595500000032618770)  
Número do documento: 20091415454595500000032618770

Num. 34101809 - Pág. 1

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: JULIANA DANTAS DE ALMEIDA - 14/09/2020 15:45:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091415454595500000032618770>  
Número do documento: 20091415454595500000032618770

Num. 34101809 - Pág. 2