

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000038757-5

Nr. da Autenticação 0F3E04AD4777AA92



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-370 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
54964
6.7.6.10.12
04/03/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JURANDI SOARES DA SILVA
RUA DES MARCOS A RIBEIRO, 6 - CRUZ DAS ARMAS JOAO
PESSOA PB 58086-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.015.020.0193.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X397148	26/04/2011	LADEIA	REGADO	1 CADUO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	MUR DE DIA			
918	934	16	31			
HIST. CONS. / ANOR. LEIT.		QUALID. AGUA	ANEXO	57.5017 P		
FEV/2019	10	PARAMETROS	EXIG	ANEX	4.000 P	
JAN/2019	10	TURBIDEZ	0	0	0	
DEZ/2018	8	CLORO	0	0	0	
NOV/2018	13	COL. TERMOT	0	0	0	
OUT/2018	9	COR	0	0	0	
SET/2018	11	COL. TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: ANO 2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 15/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 14:15

DESCRIÇÃO
ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

CONSUMO 1 (M3) 10

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3

CONSUMO 1 (M3) 10

30,33

ACRESCIMOS MÊS(ES) ANO 11/2018
JUROS DE MORA 11/2018

1,99

2,48

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 11,20 PIS E COFINS 1,11

VENCIMENTO: 24/03/2019

Total a Pagar: R\$ 125



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

11 - 1 TAXA

INFORMAÇÕES GERAIS:

SE USUÁRIO EM 28/02/2019, REGISTRANDO QUE NÃO PAGA A AGU
O COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGISTRO DO CASO
HÁ PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
30 AGO. 2019



CAGEPA

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

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 2019071326341

ESCRITÓRIO

JOAO PESSOA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
00132634.1

MATRÍCULA

00132634.1

CLIENTE

ADRIANA CIRNE ARAGAO

CPF/CNPJ:

885.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

27/07/2019

INSCRIÇÃO

001.078.299.0079.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA GALDENCIO P DA COSTA, 95 - AGUA FRIA JOAO PESSOA PB 58073-479

FATURA

07/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

06/2019 - 18	05/2019 - 18
04/2019 - 17	03/2019 - 16
02/2019 - 19	01/2019 - 20

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	18	R 53118

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
3957	3975	18	31	0,59
14/06/2019	15/07/2019	NºHr: A938096033		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL - 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 37,91 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

10 M3

37,91

8 M3

39,12

30 AGO. 2019

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 11,58

TOTAL

R\$

77,03

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 06/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/07/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

00132634.1

INSCRIÇÃO

001.078.299.0079.000

FATURA

07/2019

NÃO RECEBER APÓS

31/07/2020

VENCIMENTO

27/07/2019

VALOR R\$

77,03

GRUPO: 155

FIRMA: 2

82600000000-8 77030010001-1 00132634101-1 07201930003-6

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

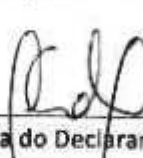
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Cinne Anagão
inscrito (a) no CPF/CNPJ 885.178.454-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Glauca Dias dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.313.614 99
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Glauca Dias dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.313.614 99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Galdencio P. da Costa</u>	Número: <u>95</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Água Fria</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>adriana.cinne.anagao@gmail.com</u>	CEP: <u>58073-479</u>	Tel.(DDD): <u>83-99639.8400</u>

Local e Data: João Pessoa PB 23/07/2019


Assinatura do Declarante

EVIDÊNCIA S/A

30 AGO. 2019



ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



Gloria Dias dos Santos

LG: 244532903

CAUSO

PACIENTE APRESENTA O CID 10:

T93.2 NO TUMORELO ES-
QUECIDO DO ARTERIAL AUTOMI-
ZILISTICO, COM DO, LIMITES
EXT + FUNCIONAR E EDEMA
DEFRATARIO NO TRANSCORRER
DO DIA, DOIS + RIGIDA E EN-
TRES DO MANGUÇO LATERAL
QUANTO AO ATENDIMENTO DO
OCEANO.

27

08

09

Dr. Diana Bento Junior
Clínica de Dermatologia

O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000

30 AGO. 2019



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE GLAUCIA DIAS DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO 30/04/81
NOME DA MÃE MARIA LUCIA DIAS DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1073779
DATA DO ATENDIMENTO 05/04/18
HORA DO ATENDIMENTO 17:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO CONTUSOES
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO (TORNOZELO, COLUNA LOMBAR)
CID 10 T00

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR LOMBAR E NO TORNOZELO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE BACIA, RX COLUNA LOMBO-SACRA, RX DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA

RESULTADOS DOS EXAMES:

EXAMES - NORMAIS

TRATAMENTO:

MEDICADO

ALTA HOSPITALAR: 05/04/18
DATA DA EMISSÃO: 13/06/18

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1073779



Identificação do paciente

ID 1277617	Nome GLAUCIA DIAS DOS SANTOS	Sexo feminino
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36 anos 11 meses 3 dias	Estado civil
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS	Pai JOSE CARLOS DOS SANTOS	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ELANNE VARELA DE AGUIAR - OUTRO PARENTE	Prontuário
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988868494	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2445329	Nº Cns 708606592622184
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58083110	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO
Número 66	Complemento	Bairro CRUZ DAS ARMAS	

Admissão

Data e Hora 05/04/2018 17:59:35	Número da pulseira 100005164157	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RUA
Classificação de risco	Detalhe do acidente OUTROS	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento PANCADA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 155	X	Pulso 96	Temperatura 36,1
-----------	---	-------------	---------------------

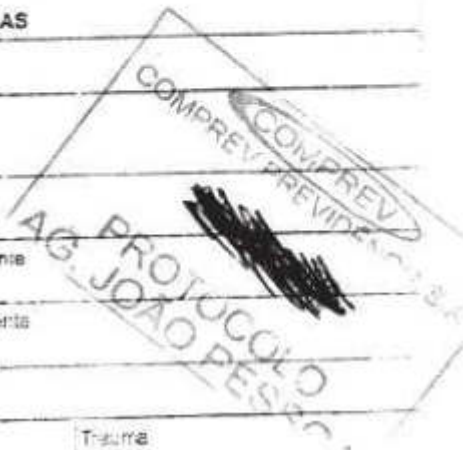
Exames complementares

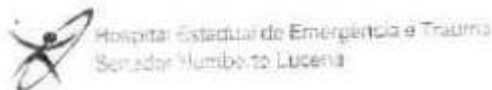
Rolo X []	Sangue []	Urina []	TL []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Atendimento realizado em sala de emergência, paciente com trauma por queda de altura, sem lesões aparentes, encaminhado para observação.

Diagnóstico





SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS		BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS 701 592822184	Telefone de Contato (83) 988868494
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS				Prontuário
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 05		Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA	Profissional ROBERTO PIRES DE ALMEIDA		Nº Cons. Regional 7118/PB
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:10:23		

Anamnesis

TRAUMA TORNOZELO ESQUERDO
DOR E EDEMA
RX SEM FRATURAS
CD ALTA ORTOPEDIA
IMOBILIZAÇÃO
SINTOMÁTICOS
AOS CUIDADOS DA NEURO

Conduta

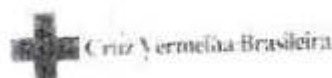
Em observação

Roberto José Almeida
Ortopedia y Traumatología
Clínica del Valle
C.R.M. 27.126 - 1977-1980

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7118(PB))





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS	BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS 703606592822184
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS			Telefone de Contato (83) 988868494
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA	Profissional EVERTON SILVEIRA MACEDO	Nº Cons. Regional 11537/PB
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 18:30:53	

Anamnese

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE PROPRIA ALTURA, TRAZIDA PELOS BOMBEIROS EM PRANCHA RIGIDA

A: VIAS AEREAS PERVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL

B: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM DIFICULDADES

C: SEM SINAIS DE CHOQUE

D: GLASGOW: 15

E: HEMATOMA EM TORNOZELO ESQUERDO.

QUEIXA-SE DE DOR LOMBAR E EM TORNOZELO ESQUERDO

ABDOMEN INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

TORAX INDOLOR A PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL

DOR A MOVIMENTAÇÃO DE BACIA

DOR A PALPAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO, PULSO PEDIOSO PRESENTE

HD: QUEDA, DOR LOMBAR

CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE BACIA, LOMBAR, TORNOZELO ESQUERDO

SOLICITO PARECER DO ORTO E DO NEURO

ANALGESIA

PACIENTE, NO MOMENTO, SEM PATOLOGIAS DA CIRURGIA GERAL

LIBERADO DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF0,9%)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

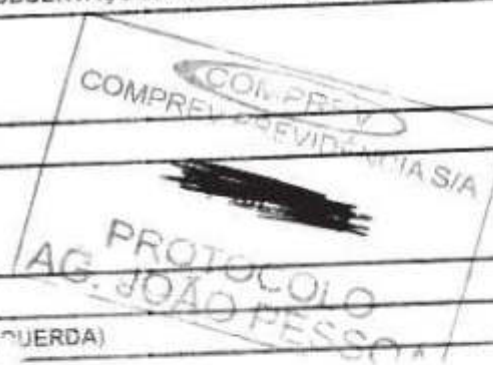
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ESQUERDA)

CID10

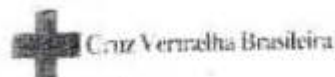
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



EVERTON SILVEIRA MACEDO
RUBEN DE OLIVEIRA
GIA GERAL



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS	BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	CNS 708606592822184
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS			Telefone de Contato (83) 988866494
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:34:06	

Anamnese

PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DE MOTO.

SEM RELATO DE TCE.

SEM QUEIXA DE CERVICALGIA

AO EXAME:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

ASIA - E

SEM DEFICITS

RX COL LOMBAR:

AUSENCIA DE LISTESE/FRATURAS

CD: ANALGESIA

OBSERVAÇÃO

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

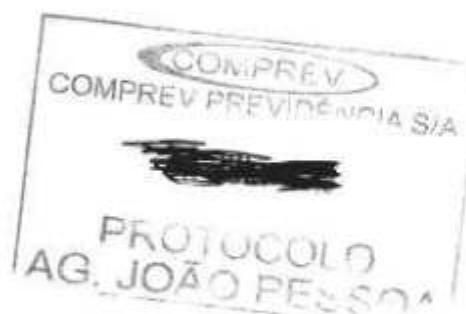
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)



Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONCALVES, JOAO PESSOA. PB. 53011-000

CNES: 6121221

参考文献

CO-ORIENTAÇÕES - ALTA DA NOG

12-00000

JOÃO CARLOS DE SOUSA FILHO

74-0000-016
1-771-262-321-130

2418-4704

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

DR. JOSÉ LOPES
NEUROCIRURGIÃO
Cirurgião de Coluna - CRM 16676

3-100-249000-249000

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS		BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	CN 708606592822184	Telefone de Contato (83) 988868494
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS				Prontuário
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOÃO PESSOA	UF PB	
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA	Profissional TOMAS CATÃO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB	
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:35:27		

Anamnese

PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DENTRO DE ONIBUS.

SEM RELATO DE TCE.

SEM QUEIXA DE CERVICALGIA

AO EXAME:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

ASIA - E

SEM DEFICITS

RX COL. LOMBAR

AUSENCIA DE LISTESE/FRATURAS

CD: ANALGESIA

OBSERVAÇÃO

Conduta

Em observação

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

TOMAS CATÃO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)



MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - centro - João Pessoa - PB
Fones: (83) 322-3307 / 3221-3661

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que o Sr.(a) CLAUDIA

DIAS DOS SANTOS foi submetido à tratamento médico nesta data,

por motivo de doença CID N° S92.6

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de 30 dias (trinta) a partir desta data.

João Pessoa-PB: 02, 05, 18

Assinatura, carimbo e CRM

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr. (a) _____

a registrar o diagnóstico codificado pela CID ou equivalente neste atestado médico.

Resolução CRM 1819/2007

Assinatura do Paciente ou Responsável





Nome:

Pl
Ola na 2a
do 5a

R
do 2a

① MIOFLEX A - olh
para a 4a
886

MATRIZ

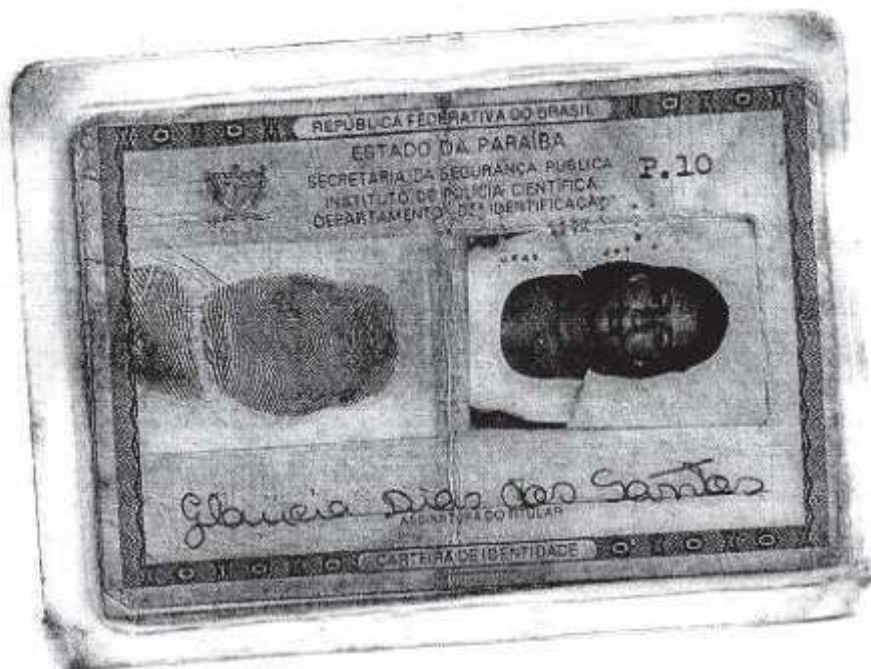
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

0205/13

Dr. Jairo Sales A. Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM 110.750-7





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190508058 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO TORNOZELO ESQUERDO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE EDEMA RESIDUAL, E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE RESOLUÇÃO DA LESÃO, PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL E DISCRETA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: GlauCIA Dias dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Diagnosta, residente e domiciliado à Rua Rua Des. Marcos A. Ribeiro nº 06, bairro CRUZ das Armas, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, CEP 58086-110, portador(a) do RG nº 2445329, SSP/ PB e CPF nº 044.313.614-99.

Outorgado: Adriana Cinne Araújo, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Ar. de Escritório, residente e domiciliado(a) à Rua Galdino P. da Costa nº 95, bairro Água Fria, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, CEP 58073-479, portador(a) do RG nº 1.615.949, SSP/ PB e CPF nº 895.178.434-04.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) GlauCIA Dias dos Santos, ocorrido em 05/04/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidar.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa PB 05 de Julho de 2019

GlauCIA Dias dos Santos
Outorgante
CPF Nº 044.313.614-99

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250984/19

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

CPF: 044.313.614-99

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/04/2018

Titular do CPF: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ADRIANA CIRNE ARAGAO : 885.178.454-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS : 044.313.614-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/07/2019
Nome: ADRIANA CIRNE ARAGAO
CPF: 885.178.454-04

ADRIANA CIRNE ARAGAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190444857

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190508058

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190508058

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000038757-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190508058

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Gláucia Dias dos Santos

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

5 - Nome completo: Gláucia Dias dos Santos 6 - CPF: 044.313.614-99
7 - Profissão: diarista 8 - Endereço: Rua Des. Marcos A. Ribeiro 9 - Número: 06 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-110
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 09013

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 38757 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 30 AGO 2019

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 23/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Glauçia Dias dos Santos

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

5 - Nome completo: Glauçia Dias dos Santos 6 - CPF: 044.313.614-99
7 - Profissão: diarista 8 - Endereço: Rua Des. Marcos A. Ribeiro 9 - Número: 06 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-110
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 09013

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 38757 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 30 AGO 2019

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 23/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**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

Número do Sinistro: 3190508058
Nome do(a) Examinado(a): Glaucia Dias dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Desportista Marcos Antonio Ribeiro, 6 C
Cruz das Armas Joao Pessoa PB CEP: 58086-110
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2445329
Data local do acidente: [05/04/2018]
Data local do exame: [09/09/2019] Joao Pessoa [PB]


Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO NO TORNOZELO ESQUERDO COM ENTORSE LIGAMENTAR.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 10/05/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE EDEMA RESIDUAL, E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA DISCRETO EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07241.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07241.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:35 horas do dia 02 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Gláucia Dias dos Santos**, CPF nº 044.313.614-99, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Dona de Casa, filho(a) de Maria Lucia Albuquerque Dias e Jose Carlos dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/04/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Desportista Marcos Antonio Ribeiro, Nº 6, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Xxxxx, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98722-1802.

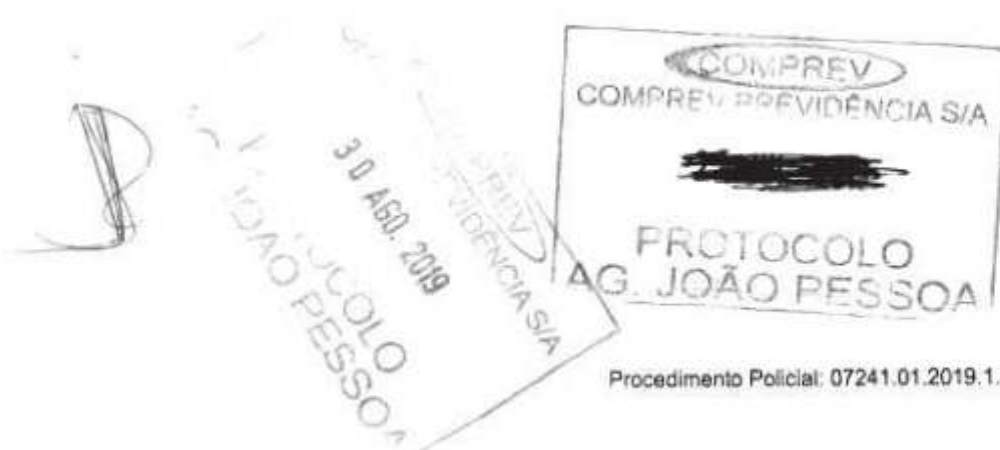
Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Presidente Felix Antonio, Rua do Rio, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/04/18 17:01h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 05/04/2018, POR VOLTA DAS 17:01, ESTAVA DENTRO DO COLETIVO DA EMPRESA SANTA MARIA LINHA 109 - RUA DO RIO, ÔNIBUS DE NUMERO DE SÉRIE 06032 DA LINHA 109 - RUA DO RIO, DE PLACA QFZ-5225/PB, CUJO MOTORISTA NA OCASIÃO ERA O SENHOR SEVERINO SANTANA DE HILARIO; QUANDO PAGOU O ÔNIBUS E O MOTORISTA ESTAVA SEM TROCO; QUE AO SE APROXIMAR DA PARADA EM QUE DESCERIA, LOCALIZADA NA RUA DO RIO, CRUZ DAS ARMAS, NESTA CAPITAL, DIRIGIU-SE ATE O MOTORISTA AFIM DE PEGAR SEU TROCO, MOMENTO EM QUE PARA EVITAR UMA COLISÃO, O MOTORISTA DO ÔNIBUS FREOU BRUSCAMENTE, FAZENDO COM QUE ESTA NOTIFICANTE CAÍSSE DENTRO DO ÔNIBUS; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID T00 (POLITRAUMATISMO DE TORNOZELO E COLUNA LOMBAR), CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



Procedimento Policial: 07241.01.2019.1.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

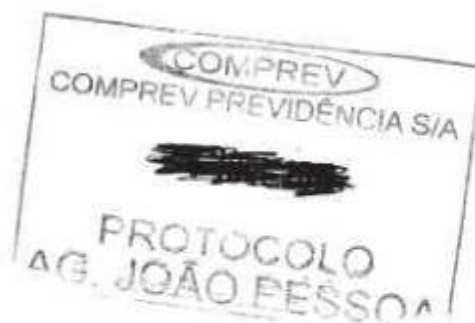
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa PB, 02 de julho de 2019.



Jose Rodrigues
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

Gláucia Dias dos Santos
GLAUCIA DIAS DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 07241.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Gláucia Dias dos Santos

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

5 - Nome completo: Gláucia Dias dos Santos 6 - CPF: 044.313.614-99
7 - Profissão: diarista 8 - Endereço: Rua Des. Marcos A. Ribeiro 9 - Número: 06 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-110
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 09013

AGÊNCIA: 1010 CONTA: 38757 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 30 AGO 2019

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 23/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



VISTO EM: 16/04/18

Comandante do BAPH

Mat. 524.377-7

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 21 de abril de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0159/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 05/04/2018, conforme requerimento nº 162/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 17h01min o/a Sr(a) **GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**, CPF Nº 044.313.611-99, vítima de acidente de trânsito (queda em coletivo), ocorrido na Rua do Rio, Cruz das Armas – João Pessoa/PB. Que a guarnição de viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com dores na região lombar e no membro inferior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

30 AGO. 2019

JYHARMESON LUIZ DE SOUZA

2ª TEN / MAT. 527.311-2

Chefe da 3ª Seção

PROTUCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br