



20/06/2023

Número: **0800629-46.2023.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **11/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74987437	20/06/2023 10:21	2884234_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68070152

REFERÊNCIA

001/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE FABIO G OLIVEIRA
RUA ZACARIAS NUNES DA COSTA, S/N - CENTRO BARRA DE
SANTA ROSA PB 58170-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
021.001.225.0174.000		000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
A01A082037	22/03/2004	EXTERNO	LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
61		5	29		09/11/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 RES.							
SET/2019	5	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
AGO/2019	5	4	TURBIDEZ	0	0	0	
JUL/2019	5	4	CLORO	0	0	0	
JUN/2019	5	4	COL. TERMOT	0	0	0	
MAT/2019	5	4	COR	0	0	0	
ABR/2019	5	4	COL. TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	5		DADOS REFERENTES A: AGO/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 10/10/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:16:50

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL (M3)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

5 M3

37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

03/11/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRONE TIPO DE TARIFA: 2

ANORMALIDADE: HIDROMETRO ENBACADO

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA TRABALHO INFANTIL



MATRÍCULA

68070152

REFERÊNCIA

001/2019

VENCIMENTO

03/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 37,91

82680000000 0 37910010021 1 06807015201 9 102019700003 2





PC-00

NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145
58187-000 PICUI - PB

Postagem: 01/12/2019
Vencimento: 17/12/2019
Emissão: 01/12/2019

011219

Fechamento próxima fatura: 01/01/2020

Titular **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9264**

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	1.193,30
① Pagamentos efetuados	- 1.193,30
② Saldo financiado	0,00
+ ③ Encargos (financiamento + moratório)	79,87
+ ④ Lançamentos atuais	482,13
● Total desta fatura	562,00

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

17/12/2019

A) pagamento total

562,00

B) pagamento mínimo

159,02

C) parcelas fixas

50,97
+23x 50,97

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.980,00
Limite utilizado no mês	562,00
Retirada de recursos País(saque)	90,00

Pagamentos efetuados

DATA		VALOR EM R\$
27/11	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 1.000,00
27/11	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 193,30
● Total dos pagamentos		- 1.193,30

Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (final 9264)		
DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
21/10	EBANX *TRABFEITOS02/06 CURITIBA	19,90
25/10	MERCADOPAGO *OFICIO2/02 OSASCO - SP	126,41
30/10	CREATIVE COPIAS 02/04 SINOP	87,26
03/11	NETFLIX.COM SAO PAULO	32,90
16/11	MERCADOPAGO *MERCADINH OSASCO	207,63

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Continua...

**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000**

Número do Documento 00135717798/0091543
Nome do Pagador/CPF/CNPJ NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRAÇAS - RECIFE - PE

Nosso Número 175/35717798-8
Valor do Documento R\$ 562,00
Vencimento 17/12/2019

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000	
Local de Pagamento Pague sua fatura nos caixas do Grupo Big, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				Data do Vencimento 17/12/2019	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRAÇAS - RECIFE - PE				Agência / Código Beneficiário 2040/01730-9	
Data do Documento 17/12/2019	Número do Documento 00135717798/0091543	Espécie DOC. FT	Assinatura N	Data do Processamento 01/12/2019	Nosso Número 175/35717798-8
Uso do Banco 175	Certeira R\$	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(-) Valor do Documento R\$ 562,00
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (I) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (II) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.				(I) Descontos / Abatimentos	
				(II) Juros / Multa	
				(III) Valor Pago	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65 R ROLDÃO ZACARIAS DE MACEDO 145 - 58187-000 PICUI - PB - CENTRO					
Sacador Avalista:					

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/06/2023 10:21:23
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23062010212253500000070653288>
Número do documento: 23062010212253500000070653288



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 NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO ALEXANDRE MENEZES NUNES inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.376.074, 81

do sinistro de DPVAT cobertura Incursões da Vítima ANTONIO ALEXANDRE MENEZES NUNES

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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.

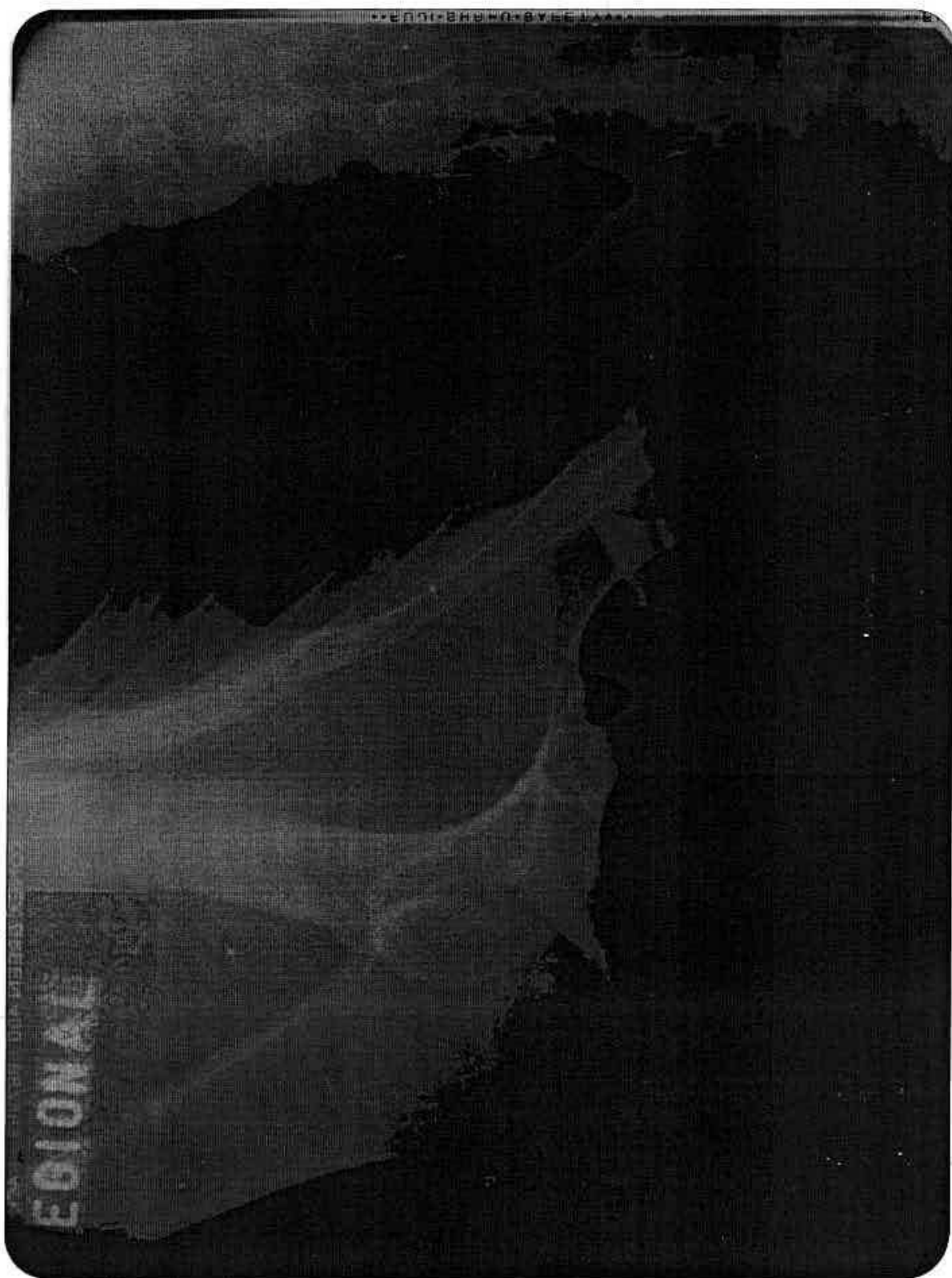
Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento:
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com	CEP: 58187-000	Tel.(DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

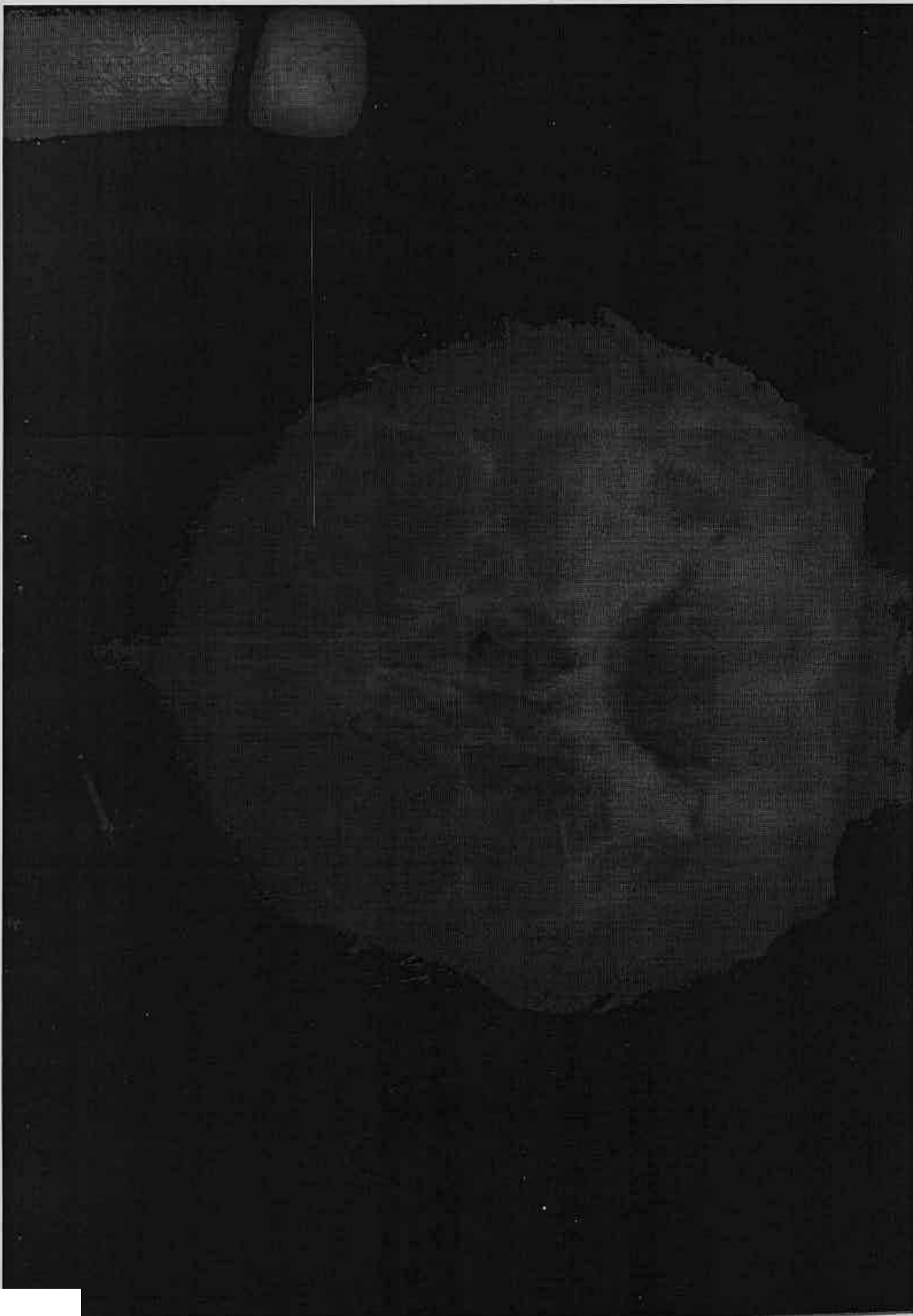
Local e Data: Picuí/PB, 30 de Setembro de 2019.


Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





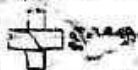


PACIENTE

NOME: Antônio Alexandre M. Nunes IDADE: 39 DOC: 215377
 END: ST. Servente Verde MUNIC: B. S. R UF: PB
 COD. BPA: 290160 CDS: 105008230926353 DATA: 15/04/19
 DATA DE NASCIMENTO: 24/03/50

DADOS CLÍNICOS

EXAME (S) SOLICITADO (S)		CODIGO		EXAME (S) SOLICITADO (S)		CODIGO	
Exame de urina							
Análise de urina							



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES
2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE
Antônio Alexandre Nunes

4 - Nº DO PRONTUÁRIO
95502

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
R 705009230920153 24 03 30

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

8 - RACIA/COR
Pardo

9 - NOME DA MÃE
Maria da Conceição Medeiros

10 - TELEFONE DE CONTATO
DDD **83** Nº DO TEL. **93313750**

11 - NOME DO RESPONSÁVEL
Prof. Dr. Venceslau Siqueira

12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD () Nº DO TEL. ()

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Sítio serrate verde

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Bom Jardim de São Paulo

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP
58170000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Trauma contuso de abdômen e membros inferiores, após acidente de trânsito.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Sob suspeita de fratura de fêmur.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX fêmur + tórax

Isoprina D. Freitas
Auxiliar Adm. - 210938-4

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura de fêmur

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Red. cirúrgica de fratura de fêmur

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
040402 066-6

27 - CLÍNICA
União

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
046288 574-4

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Dr. Edley Porto

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CHAM DA EMPRESA

42 - CBOE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. Órgão Emissor

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

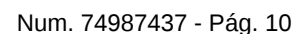
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





NOME: Antônio Alexandre Medeiros Nunes		IDADE: 30		PRONTUÁRIO Nº: 95.502						
HISTÓRICO DE DIAGNÓSTICOS: Fratura de Zíngula Esquerda		ENFERMIA: 205.3		DATA DA INTERNAÇÃO: 13.05.2019						
drenagem de hematoma				DATA ATUAL: 14.05.2019						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		EVOLUÇÃO DIÁRIA						
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Dieta livre									Paciente evoluindo de acordo com o pós-operatório, relata queixas de dores. Submetido a curativo + mobilização do dreno.  Dr. Suelio Moreira Torres Cirurgião Geral - CRM 15.544
2	Jelco salinizado									
3	Cefalotina 1g EV de 6/6 hs									
4	Dipirona 2ml + AD EV de 6/6h									
5	Decúbito dorsal em 0º									
6	Mobilizar o dreno 1cm									
7	Curativo com S.F. 0.9% + Água oxigenada									
8	Cuidados Gerais									
9	Fisioterapia									
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										

100-443886-100
2025 RELEASE UNDER E.O. 14176







GOVERNO
DA PARÁIBA

Hospital Regional de Pleu "Felipe Tugio Gomes"

FICHA DE ANESTESIA

NOME		IDADE	SEXO	GR. SANGÜÍNEO
Antônio Alexandre Medeiros Nunes		39	M	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		CATEGORIA	DATA	
Fratura de fíbula D		SUS	13.05.19	
OPERAÇÃO REALIZADA				
Redução cirúrgica e osteossíntese				
CIRURGIÃO		AUXILIAR	ANESTESISTA	
Dr. Edgley			Dr. Vieira	
AGENTES VOLUNTÁRIOS				
CÓDIGO	220			
Anestesia X	200			
Oper. Intub. T	180			
Endotr. Pres. A	160			
Distal Pulso O	140			
Resp. RA	120			
Assist. Resp. RE	100			
Exchout. Resp. RC	80			
Outr.	60			
	40			
	20			
Pre-Anestésico				
Anestesia	☐ Geral	☐ Raquiana	☐ Peridural	☐ Bloqueio de Plexo
				☒ Outras
Técnica		Venoclise		
Início	Término	Duração minutos		
AGENTES DOSES	LÍQUIDO	ML		
FORMIL 1500ml	S. FIBR 0,9%	2000		
PROPORA 15				
SEVORANE 3000				
CEFRADONA 20				
DEXALFETONA 1000				
CLOROPAN 1000				
ONDANSETRON 400				
PANTOPOLNA 5				
FENOXICAM 400				
OBS:				
Antonio dos Santos Vieira Anestesiologista CRM - PB 3957				





GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pícul 'Felipe Tiago Gomes'

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: <u>Antonio Alexandre Medeiros Nunes</u>		
Data da operação: <u>13.05.19</u>	Enf.: <u>205</u>	Leito: <u>03</u>
Operador: <u>Dr. Edgley</u>		1º Auxiliar:
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: <u>Dr. Vieira</u>		Tipo de Anestesia: <u>Sedação</u>
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fratura de arco zigomático "D"</u>		
Tipo de operação: <u>Redução cirúrgica de fratura de arco zigomático "D"</u>		
Diagnóstico Pós-operatório: <u>O. Muro</u>		
Relatório Imediato do Patologista: <u>Não</u>		
Exame Radiológico no Ato: <u>Não</u>		
Acidente durante a operação: <u>Não</u>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Operante DDH, sob anestesia geral com acesso.
- 2) Inspeção dos campos e aplicação dos campos cirúrgicos.
- 3) Redução da fratura de Guinest, após incisão, em região sub-mental.
- 4) Drenagem de hematomas.
- 5) Instalação de Dreno de Penrot. d.O.
- 6) Sutura e Anátese.

Dr. Edgley Porto
Cirurgia Geral
CRM: 12253500000070653288





MATERIAL E MEDICAMENTO GASTO NA SALA DE OPERAÇÃO 01

Paciente: Antônio Alexandre Medeiros Nunes
 Médico: Dr. Edley Aux.: _____ Anest.: Dr. Viana
 Diagnóstico: Fratura de fíbula D Tratamento: CIRÚRGICO
 Anestesia: Sedeção Início: _____ Término: _____ Enfer.: 89 Leito: 03

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS / SOLUÇÕES	QTD	FIOS	QTD
ALFENTA AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 13X4,5		CAT GUT CROMADO Nº	
DIAZEPAM AMP		AGULHA DESCARTÁVEL 25X7		CAT GUT CROMADO Nº	
DIMORF AMP mg		AGULHA DESCARTÁVEL 40X12	01	CAT GUT CROMADO Nº	
DOLANTINA AMP		AGULHA PERIDURAL Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
DORMONID AMP		AGULHA RAQUI Nº		CAT GUT SIMPLES Nº	
ETOMIDATO AMP		ALCOOL 70%	05	CAT GUT SIMPLES Nº	
FENTANIL AMP		ALGODÃO ORTOPEDICO		ETHIBOND	
HALOTHANO		AR COMPRIMIDO		FIO DE ALGODÃO C/A	
HYPOCAINA 2%		ATADURA DE CREPOM cm		FIO DE ALGODÃO S/A	
ISOFURINE		ATADURA GESSADA cm		MONONYLON Nº	
KETALAR		BOLSA P COLOSTOMIA		MONONYLON Nº	
LIDOCAINA		BORRACHA LÁTEX	01	MONONYLON Nº 5-0	01
NARCAN AMP		CATETER P/ O2	01	PROLENE Nº	
NEOCAINA PESADA 0,5%		CLAMP UMBILICAL		PROLENE Nº	
NILPERIDOL AMP		CLOHEXIDINA		PROLENE Nº	
PANCURON AMP		COLETOR S/F P/SVD		VICRYL Nº	
PROPRÓPOL AMP	05	COMPRESSA GRANDE	05	VICRYL Nº	
QUELICIN		DEPOSITO ANATOMOPATOLOGICO P.M.G.			
SEVORONE	05	DRENO			
THIOPENTAZ FRASCO		DRENO HEMOVAC/SUÇÃO Nº		SÓROS	QTD
TRACUR AMP		DRENO PENROSE Nº		CONCENTRADO DE HEMÁCIAS	
XYLESTESIN FRASCO		ELETRODO		S.F. A 0,9% FRASCO 250ml	
MEDICAÇÕES	QTD	EQUIPO DE SANGUE		S.F. A 0,9% FRASCO 500ml	01
ADRENALINA AMP		EQUIPO MACROGOTAS		S.G. A 5% FRASCO 500ml	
AGUA DESTILADA AMP	02	ESPARADRAPO		S.R. FRASCO 250ml	
AMICACINA 250 mg		ETER SULFURICO		S.R. FRASCO 500ml	01
AMINEFILINA		FIO DE KIRSCHNER Nº			
ATROPINA		GAZES ESTEREIS	05		
BENZETACIL AMP		GEL CONDUTOR			
BROMOPRIDA		INTRACATH ADULTO		ÓRTESE E PRÓTESE	QTD
CEDILANIDE AMP		JELCO Nº			
CEFALOTINA 1g F/AMP		KIT METICELULOSE			
CEFTRIAXONA 1g	02	LÂMINA DE BISTURI Nº11			
CIMETIDINA AMP	01	LÂMINA DE BISTURI Nº15			
DECADRON AMP	01	LÂMINA DE BISTURI Nº23			
DIPIRONA AMP		LENTE INTRA OCULAR			
EFEDRINA AMP		LUVAS Nº 6,5			
FENERGAN AMP		LUVAS Nº 7,0	01		
GARAMICINA AMP mg		LUVAS Nº 7,5	02		
GLUCOSE AMP		LUVAS Nº 8,0			
HETHERGIN		LUVAS Nº 8,5		EQUIPAMENTOS	
HIDRALAZINA		LUVAS P/PROCEDIMENTO	05	ASPIRADOR	()
HIDROCORTISONA AMP mg		MICROPORE		BISTURI ELETRICO	()
KANAKION AMP		OXIGÊNIO L/M	05	CARDIOMONITOR	(X)
LASIX AMP		PVPI DEGERMANTE		DEFIBRILADOR	()
METRONIDAZOL AMP		PVPI TÓPICO		ESFIGNOMANOMETRO	(X)
NAUSEDRON AMP	01	SCALP Nº		FOCO AUXILIAR	(X)
OMEPRAZOL		SERINGA DESCARTAVEL 1 ml		FOCO CENTRAL	()
OXITOCINA		SERINGA DESCARTAVEL 10 ml	02	OXIMETRO DE PULSO	(X)
PLASIL AMP		SERINGA DESCARTAVEL 20 ml			
PROSTIGME		SERINGA DESCARTAVEL 3 ml	01		
TENOXICAN mg		SERINGA DESCARTAVEL 5 ml	01		
TRASAMIM AMP		SONDA DE FOLLEY Nº			
VITAMINA K		SONDA NASOGÁSTRICA Nº			
VOLTAREN AMP		SONDA URETRAL Nº			
Bupropion 0,5mg	01	TELA CIRURGICA			
		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº			

CIRCULANTE



FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome Antônio Alexandre Medeiros Nunes Idade 39 Sexo ☒ M ☐ F

Admissão 13/05/19 Clínica Cirúrgico Ala Cirurgia Geral Enf. 005 Leito 03

Diagnóstico Fratura de Rígoma D

Infecção ☐ Sim ☒ Não ☐ Hospitalar ☐ Comunitária

Topografia Infecção ☐ Gastro Intestinal ☐ Genital ☐ S.N.C. ☐ Ferida Cirúrgica

☐ Urinária ☐ Septicemia ☐ Respiratória ☐ Pele / TSC ☐ Outros

Procedimento Realizado ☐ Biópsia ☐ Cateter Vesical ☒ Corticoideterapia

☐ Cateter Venoso ☐ Drogas Antineoplásicas ☐ Diálise ☐ Flebotomia

☐ Endoscopia ☐ Hemoterapia ☐ Nebulizador ☐ Punção Venosa

☐ NP ☐ Punção Lombar ☐ Punção Abdominal ☐ Punção Torácica

☐ Traqueostomia ☐ Tubo Endotraqueal ☐ Outros

Considerações Cirúrgicas

Cirurgia Realizada Redução Cirúrgica e Osteossíntese Anestesia Sedação

Data 13/05/19 Tempo 00:30

☒ Limpa ☐ Infectada ☒ Eletivo ☐ G P

☐ Potenc. Contaminada ☐ Urgência ☐ P P

☐ Contaminada ☐ Emergência ☒ M P

EQUIPE

Cirurgião Dr. Edgley Auxiliar

Instrumentador Anestesista Dr. Vilela

RAIO X NA SALA ☐ Sim ☒ Não

USO DE ANTIBIÓTICO ☒ Profilático ☐ Terapêutico

NOME	<u>Ceftriaxona</u>	NOME	
DOSE / DIA	<u>2 g</u>	DOSE / DIA	
DURAÇÃO	<u>no ato cirúrgico</u>	DURAÇÃO	

BACTERIOLOGIA			
GRAM ☐ Sim ☐ Não		CULTURA ☐ Sim ☐ Não	
MATERIAL	DATA	RESULTADO	ATB

Obs:

CONDIÇÕES DE ALTA ☐ Curado ☐ Transferido ☐ Óbito ☒ Melhorando ☐ À Pedido

☐ Inalterado Causa:

Médico Assistente

(Assinatura)
Márcio Sérgio de Medeiros Casado
Enfermeiro - COREN PB: 202.727
CRP: 702.9055.8185.6977



HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ
Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2890.
CNPJ: 03.518.174/0001-85

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 95502

Nº Docum. 213577-V

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Antônio Alexandre Macedo Nunes

Responsável: Josefa Vasconcelos Silva

Pai: Antônio Nunes Correia

Mãe: Maria da Conceição M. Silva

Profissão: ass. cultor Data Nascimento: 24/03/80

Endereço: St. Sarruti Verde Nº _____

Bairro: _____ Cidade: B. Sarruti Verde UF: PB

Estado civil: Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☒ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em: 13/05/19 Alta em: 17/05/19 Óbito em: 1/1

Arquivista

Médico Assistente





MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO



HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ *Felipe Tiago Gomes*
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.
CNPJ: 03.515.174/0001-85

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Ana Carolina Albuquerque

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

95955

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705008220926153

6 - DATA DE NASCIMENTO

24/03/1980

7 - SEXO

MASCULINO ☒ FEMININO ☐

8 - RAÇA/COR

Parda

9 - NOME DA MÃE

M. da Conceição Mendes Silva

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD (83) Nº DO TEL 9331 3750

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Anna Carolina Albuquerque Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

ST. Sebastião Verde

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barra São Rosa

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

250160

16 - UF

PB

17 - CEP

58187000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente apresenta dor progressiva no crânio em região inferior da t.p.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Est. crônico

Hospital Regional de Picuí
Atesto conforme o original
Picuí, 29/08/2015
Arquivo Médico
[Assinatura]

Isoladora de Papel e Pálido
Auditor Adm. - 210995-4

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

Exames + ex. físico

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Neuroma fútil

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Remoção de tumor

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

010703017

27 - CLÍNICA

picuí

28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PRINCIPAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

046-258-80409

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Ed-Clayton

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/04/17

33 - ASSISTENTE E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

Buco - Médico - Faculdade de Medicina de Pernambuco - 203.514-74

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - CSOR

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

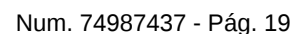
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

___/___/___

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

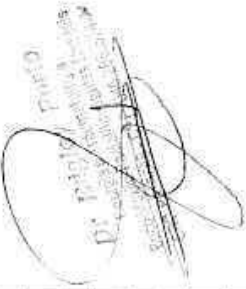


Dr. E. J. Bailey
Curran, Thompson & Co.
Care of Dr. E. J. Bailey
P.O. Box 3043, Chicago, Ill.



[illegible]



NOME: Antônio Alexandre Medeiros Nunes		IDADE: 39		PRONTUÁRIO Nº: 95.955						
HÍPOTESES DIAGNÓSTICAS: Celulite facial		ENFERMARIA: 205-03		DATA DA INTERNAÇÃO: 15.07.2019						
				DATA ATUAL: 20.07.2019						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS		EVOLUÇÃO DIÁRIA						
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	
1	Dieta livre									1º DPO: Paciente com evolução favorável, aguarda condições para alta hospitalar. Cdi: troca de curativo. 
2	Jelco gelatinizado									
3	Cefalotina 1g EV de 6/6h									
4	Dipirona 2ml AD EV de 6/6h (SN)									
5	Dequínio dorsal em 0º									
6	Fisioterapia									
7	Curativo com PVPI, S.F e água oxigenada,									
8	Cuidados Gerais									
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										



PRONTUÁRIO Nº: 95.955		IDADE: 39		PRONTUÁRIO Nº: 95.955					
DATA DA INTERNAÇÃO: 15.07.2019		ENFERMARIA: 205-03		DATA DA INTERNAÇÃO: 15.07.2019					
DATA ATUAL: 21.7.2019				DATA ATUAL: 21.7.2019					
NOME: Antônio Alexandre Medeiros Nunes		HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: Celulite facial		EVOLUÇÃO DIÁRIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS							
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Dieta livre								
2	Anticoagulante	OK							
3	Cefalotina 1g EV de 6/6h								
4	Dipirona 2ml AD EV de 6/6h (S/N)								
5	Decúbito dorsal em 0°								
6	Fisioterapia								
7	Curativo com PVPI, S.F e água oxigenada,	OK							
8	Cuidados Gerais								
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									

5º DPO: Paciente evoluindo sem queixas, aguarda condições para alta hospitalar.

Cd: troca de curativo.

Dr. Antônio Medeiros Nunes
Buro de
Cirurgia

	NOME: <u>Antônio Alexandre M. Queiroz</u>	IDADE:							
	HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:	ENFERMARIA:							
		LEITO:							
	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS							
Nº		1	2	3	4	5	6	7	8
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									

PRONTUÁRIO:

DATA DA INTERNAÇÃO: 15/04/17

DATA ATUAL: 22/04/17

EVOLUÇÃO DIÁRIA

Acta Respiratória
Após 24 e no Rio de Janeiro
Excluído o tratamento
curativo de celulite
para o tratamento para
o pro-esperto.

Dr. Edgley Porto
Clínica de Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
Rua...
CRP 100.000





HOSPITAL REGIONAL
PICUI - PB

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cap: 58.107-200 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/3371-2880
CNPJ: 03.515.174/0001-85

Nº AIH

Nº de Ordem

Nº de Reg. 95955

Nº Docum. RV.2133333-V

FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Nome: Antonio Alexandre Nederos Nunes	
Data Nascimento: 24/03/80	Sexo: Masculino ☒ Feminino ☐
Idade: 39 anos	Telefone para contato: (83) 99331-3750
Endereço: ST Serrate Verde	Nº
Bairro: Zona Rural	Cidade: B. Sra. Rose UF: PB
Profissão: Agricultor	Nº
Entrada: 15/07/19	Alta: 1/1/ Óbito: 1/1
Estado civil: Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☒ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐	
Pai: Antonio Nunes Ferreira	
Mãe: M. da Conceição Nederos Silva	
Responsável: Josefa Vasconcelos Silva	
Médico assistente: Dr. Edgley Porto	
Diagnóstico definitivo: Celulite fep	
Tratamento: Curativo	

HOSPITAL REGIONAL
PICUI - PB

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Felipe Tiago Gomes
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cap: 58.107-200 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/3371-2880
CNPJ: 03.515.174/0001-85

Nº AIH

Nº de Ordem

Nº de Reg. 95955

Nº Docum. RV.2133333-V

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Antonio Alexandre Nederos Nunes
Responsável: Josefa Vasconcelos Silva
Pai: Antonio Nunes Ferreira
Mãe: M. da Conceição Nederos Silva
Profissão: Agricultor Data Nascimento: 24/03/80 Idade: 39
Endereço: ST Serrate Verde Nº
Bairro: Zona Rural Cidade: B. Sra. Rose UF: PB
Estado civil: Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☒ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Celulite fep

Tratamento efetuado no hospital: Curativo

Exames realizados:

Internado em: 15/07/19 Alta em: 1/1 Óbito em: 1/1

Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia
Banco-Maxillofacial e Implantes Dentais
CRM: 10.533-0/19-948.438.374-74

Arquivista

Médico Assistente



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

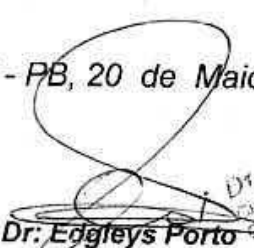
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI - "Felipe Tiago Gomes"

Declaração

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a): **Antonio Alexandre Medeiros Nunes, RG: 2591145**, nascido(a):

24/03/1980, declarou ser: **Agricultor, Residente no Sítio Serrote Verde, - Barra de Santa Rosa -PB**, com entrada nesta unidade hospitalar na data: **13/05/2019. Vítima de Acidente de Moto para tratamento Cirúrgico CID-10: S02.4**. Estando o (a) mesmo (a) impossibilitado (a) de exercer suas atividades profissionais por : **60 dias, a partir desta data**. O documento encontra-se no SAME (Setor de Arquivo Médico).

Picuí - PB, 20 de Maio de 2019.


Dr. Edgley's Porto

Cirurgia e Traumatologia

Buco - maxilo - Facial

CRO - PB - 3848

Rua: Francisco Pereira Gomes Nº 15
Bairro: Monte Santo
Picuí - PB
CEP - 58.187-000
Fone/Fax - (83) 3371-2990

Dr. Edgley's Porto
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO-PB 3848 CBO 2266
CPF 046.268.574-74
CNS 200204233100061
CFL (83) 9968-6558







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082394539

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENOVAM 2 0151 ARBAG 028642 TGR-CHO
1 0115893642-2 0000000000 2018

JOSEF TRABAÇ GONZ DE OLIVEIRA

03737107718 QSE0006/PB

NOVO 18 232168120JRC49751

ESPORTEIRO COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLETA/NOVO AP112 GASOLINA

HONDA/POP 1101

2 1.409 /C1 PARTIC VERMELHA

1 IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 107,85 PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO: 13/07/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

BARRA DE SAMPSON

16231 05/10/2018 31054

PB Nº 014082394539 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO

WWW.SEGURADORA.LIDER-DPVAT.COM

SAC DPVAT 0800 122 1101

2018 05/10/2018

03737107718 QSE0006/PB

01158936432 HONDA/POP 1101

2018 9 9C2JRC100JRC049751

PREMIO TARIFARIO

107,85

SEGURO

25/07/2018

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

31054-0901533-20181005

82182-038



[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002362 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS **Data do acidente:** 15/04/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
NUNES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA + DRENAGEM DE CELULITE) PG. 5,10.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Antonio Alexandre Medeiros Nunes, brasileiro(a),
solteiro, agricultor, portador(a) do RG nº.
2.593.145 expedido por SSP/PB em 02/09/2019 e do CPF nº.
044.376.074-81, residente na (o)
Sítio Serrate Verde - SIN - Zona rural
, município de Barra de São Rom - PB, CEP 58.170-000

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

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) ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES, ocorrido em
13.10.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, 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.

Picuí - PB, 19 de Outubro de 2019.

outorgante



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0002281/20

Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

CPF: 044.376.074-81

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 15/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO ALEXANDRE
MEDEIROS NUNES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES : 044.376.074-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/01/2020
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

NILO TRIGUEIRO DANTAS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200002362 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS **Data do acidente:** 15/04/2019 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.
NUNES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA + DRENAGEM DE CELULITE) PG. 5,10.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00





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

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002362

Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

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

Carta nº 15315939





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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200002362

Vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 0000059884-1

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044 376 074-81 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

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

5 - Nome completo: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES 6 - CPF: 044 376 074-81
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ZACARIAS NUNES DA COSTA 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BARRA DE SANTA ROSA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58170-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1668 CONTA: 59884 1
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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, Barra de Santa Rosa, PB, 13/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 034/2019

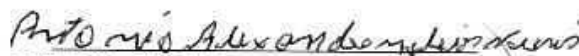
Aos **11 de novembro de 2019**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **RODRIGO MONTEIRO**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE A AZEVEDO**, ao final assinado, aí, por volta das **18:30** horas, compareceu **ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES**, conhecido(a) por **BIRO**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRO**, profissão **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **39** anos de idade, nascido(a) aos **24/03/1980** em **CUITE – PB**, filho(a) de **ANTONIO NUNES FERREIRA** e **MARIA DA CONCEIÇÃO MEDEIROS SILVA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **2.591.145 2ª VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **044.376.074-81**, residindo no seguinte endereço **SÍTIO SERROTE VERDE S/N**, bairro **ZONA RURAL**, cidade de **BARRA DE SANTA ROSA – PB**, telefone: () , celular: **(83) 91507148**, **CIENTE DAS SANÇÕES CÍVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:**

QUE, no dia 15/04/2019, por volta das 12:00 horas, o noticiante trafegava na sua MOTOCICLETA HONDA/POP 110, COR VERMELHA, PLACA QSE 0006/PB, ANO/MODELO 2018/2018, CHASSI 9C2JB0100JR049751, CÓDIGO RENAVAL 0115893643-2, LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ FÁBIO GOMES DE OLIVEIRA, na BR 104, na entrada do Sítio Jacu, município de Cuité/PB e quando ia sair do asfalto para a estrada de terra, esta estava molhada devido às chuvas dos últimos dias, tendo o noticiante perdido o controle da moto e esta derrapou na estrada e o noticiante no chão; QUE, algumas pessoas que passavam no local, as quais servem de testemunha neste ato, ao verem o noticiante caído no chão o socorreram e o conduziram de carro para o Hospital Regional de Picuí/PB, onde foram feitos os primeiros socorros e diagnosticado que o noticiante sofrera fratura no maxilar direito e, posteriormente, foi submetido a dois procedimentos cirúrgicos no maxilar fraturado; QUE, o noticiante sofreu ainda grande impacto na clavícula direita, apresentando dificuldades para locomovê-lo; QUE, o noticiante passou cerca 16 dias internados naquele hospital, contando sem contar o intervalo das 2 cirurgias, e recebeu atestado de 60 dias, razão pela qual, até a presente data, está impossibilitado de exercer suas funções profissionais em virtude do acidente.. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

- 1 – Nome: FRANCISCO VASCONCELOS SILVA, R.G. n.º 2876788 SSP/PB, C.P.F. n.º 047.344.034-22.
Endereço: RUA ANTONIO FELIPE POTIGUA 08 CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA/PB.
2 – Nome: JOSÉ CICERO SANTOS DE LIRA, R.G. n.º 2362296 SSP/PB, C.P.F. n.º 103.147.264-97.
Endereço: RUA PROJETADA S/N CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA/PB.

Nova Floresta/PB, 11 DE novembro.


ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES
Noticiante


LEANDRO R DE A AZEVEDO
Escrivão de Polícia





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044 376 074-81 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES

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

5 - Nome completo: ANTONIO ALEXANDRE MEDEIROS NUNES 6 - CPF: 044 376 074-81
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ZACARIAS NUNES DA COSTA 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: BARRA DE SANTA ROSA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58170-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 59884 1

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

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, Barra de Santa Rosa, 13/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

