

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11547201

A/C: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170458740 ASL-0320636/17
Vitima: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 07/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11575241

A/C: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170458740 ASL-0320636/17
Vitima: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 07/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

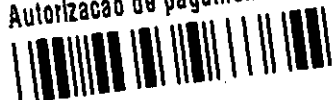
Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

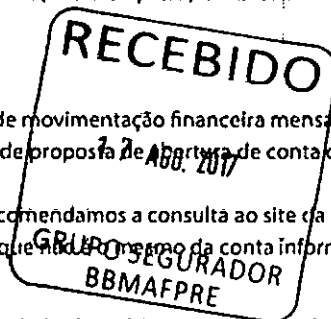
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Euivaldo Bernardino de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 16.420.753-2 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 08/02/2012
 CPF (3)80597074-49 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO ABRIGADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Euivaldo Bernardino de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

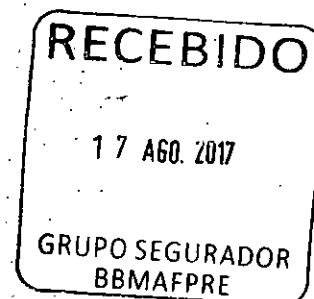
Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 06522 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 25075-9

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

Picui - PB 17 de Fevereiro de 2016 Euivaldo Bernardino de Oliveira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

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



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 99/2015

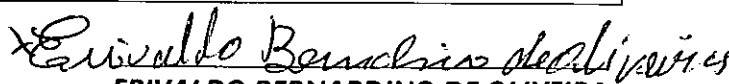
Aos **14/12/2015**, nesta cidade de **Cuité**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade do Bel. **DURVAL SANTOS BARROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LUCIANA MEDEIROS COSTA**, ao final assinado, aí, por volta das 10 horas, compareceu **ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA**, conhecido(a) por **ZIMBA**, nacionalidade **BRASILEIRA** estado civil **DIVORCIADO**, profissão **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (3ª SÉRIE)**, com **58** anos de idade, nascido(a) aos **08/09/1957** em **ARARUNA/PB**, filho(a) de **BIANOR FRANCELINO DA SILVA** e **LUSIA BERNARDINO DE OLIVEIRA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **16.720.753-2**, expedido pela **SSP/SP**, e C.P.F. de Nº **380.587.074-49**, residindo no seguinte endereço **SÍTIO RETIRO**, bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ- PB**, telefone: () , celular: **(83)99664-4020**, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, 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 **07/09/2015**, POR VOLTA DAS 15H00, O NOTICIANTE PILOTAVA A MOTOCICLETA YAMAHA/YBR 125K, COR PRETA, PLACA MOV 2970/JOÃO PESSOA-PB, ANO/MODELO 2002/2003, CHASSI 9C6KE044030000369, RENAVAM 01256821403, LICENCIADA EM NOME DE **MARCELO XIMENES DA CUNHA**, POR UMA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO RETIRO QUANDO A MOTO DERRAPOU EM UNS PEDREGULHOS E EM RAZÃO DE HAVER UM MONTE DE AREIA PRÓXIMO, O NOTICIANTE CAIU E A MOTO CAIU EM CIMA DO SEU OMBRO ESQUERDO, QUEBRANDO A CLAVÍCULA E FRATUROU QUATRO COSTELAS, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE ONDE PERMANECIU INTERNADO POR OITO DIAS. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

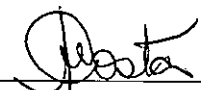
TESTEMUNHAS:

- 1 - Nome: MARIA SELMA FREIRE DE ANDRADE, R.G. n.º 3.215.821 SSP/PB, C.P.F. n.º 082.721.544-47
Endereço: SÍTIO VARELO, S/N, ZONA RURAL - ARARUNA/PB
2 - Nome: MARIZA RIBEIRO DE LIMA SANTOS, C.P.F. N.º 029.397.374-10
Endereço: SÍTIO RETIRO, S/N, ZONA RURAL - CUITÉ/PB.

Cuité/PB, 14 de Dezembro de 2015.


ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

Noticiante


LUCIANA MEDEIROS COSTA
Escrivã de Polícia





Eu, Enivaldo Beneditino de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 16.720.753-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 380.587.074-49, residente e domiciliado na Sítio Retiro, Cidade Aratuba, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Enivaldo Beneditino de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picuí - PB, 17 de Fevereiro de 2018

Local e data



PROCEDIMENTOS REALIZADOS	TERAPÊUTICA INSTITUCIONAL	TERAPÊUTICA EXTERNA	DESTINO COM. PACIENTE
☐ Oxiplano ☐ Aspiração do Vaso Arterial ☐ Cateter Nasal / Otorrinolaringológico ☐ Estabilização Traqueal ☐ Via Oral ☐ Via Nasal ☐ Cateterismo Arterial ☐ Função Ventrículo ☐ Dissecção Venosa	☐ Traqueostomia ☐ Toracotomia ☐ Acesso Vascular ☒ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ Ultra-Oncose ☐ Ventilapelo ☐ Monitorapelo ☐ Condicionapelo	☐ Cumulus Compensativo ☐ Odont. Cardíaco ☐ KED ☐ Imobilização ☐ Pêlo ☐ Outros	☐ HOSP. E CLÍNICA DE REFERÊNCIA ☐ EAP ☐ CLÍNICA ☐ HOSP. HEMATOLOGIA ☐ UPA ☐ HOSP. DA CIRURGIA
HEMODIÁLISE VOLUME: 1000 ml SOL. FISIOLÓGICO 0.9% SOL. GLUCOSADO 0.5% OUTRO	MEMBORAÇÕES DIA: 1 DIA: 2 DIA: 3	DIA: 1 DIA: 2 DIA: 3	DIA: 1 DIA: 2 DIA: 3
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO (OBRIGADO - DE DESEJO)			
Descrição: <i>Do chegar na local, paciente consciente, sem sintomas. Relata ter feito uso de E. alodil. Apresentando fratura de Clavícula, estendendo na face direita do tórax. sendo o quadro para o U.R. e ce do o paciente para o hospital de tran com nenhuma intervenção.</i>			
Assinatura do Receptor:			
Declaro para todos os fins que estou reservando o atendimento médico disponível pelo SAMU/Campina Grande - PB nesta oportunidade:			
Assinatura do médico responsável:			



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Emirildo Bernardino de Oliveira,
RG nº 16.720.7532 data de expedição 08/02/2016 Órgão
SSP/PB, CPF nº 380.587.044-49, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em
meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo
descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Sítio Redondo</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Curité</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.475-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí-PB, 17 de Fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: Emirildo Bernardino de Oliveira

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA
SIT RETIRO, S/N - AREA RURAL
CUTE / PB CEP: 58175000 (AG: 80)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 3 - 105 - 35 - 1020
NP medidor: 00001183044

Referência: Dez / 2015
Emissão: 07/12/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.026.183/0001-40 - Insc Est 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica NT000 116 580
Código para Débito Automático: 00012137410

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

44a9 b008 a2c5.8acc ea0a 0e41 a46f 7588.

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/1218741-5

Dez / 2015

Canal de contato

Apresentação

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

07/12/2015

Data prevista da próxima leitura

07/01/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

39058707449

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/11/15 Leitura 5258	Data 07/12/15 Leitura 5317	1	61	28

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 02/12/2015 PAGAS... OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,14403	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	31	0,24784	7,68
Adic. B. Vermetha			1,30
Subsídio			14,93
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (Base de Cálculo R\$ 42,44 Alíquota 25,00%)			10,61
PIS			0,84
COFINS			2,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			3,45
Devolução Subsídio			-14,93

Histórico de Consumo (kWh)

Nov/15	83
Out/15	59
Set/15	83
Ago/15	88
Jul/15	87
Jun/15	78
Mai/15	84
Abr/15	84
Mar/15	74
Fev/15	69
Jan/15	78
Dez/14	88

Média dos últimos meses
88 kWh

VENCIMENTO

16/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 30,96

Indicadores de Qualidade 2015 - CUTE

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 11,20	0,00	NOMINAL 270
DIC TRIMESTRAL 22,32		
DIC ANUAL 44,65		CONTRATADA 201
FIC MENSAL 7,80	0,00	
FIC TRIMESTRAL 15,64		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL 31,28		
DMC 8,08	0,00	
DICR 18,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia a PB	9,43	20,58
Compra de Energia	15,09	32,88
Serviço de Transmissão	0,74	1,81
Encargos Setoriais	2,98	8,49
Impostos Diretos e Encargos	17,86	39,48
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	46,89	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 10/2015) R\$ 13,10

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$14,93

RECEBIDO

17 AGo. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro: 3 - 105 - 35 - 1020
Matrícula: 1218741-2015-12-6

16/01/2016

R\$ 30,96

83610000000-6 30960054000-4 12187412015-1 12601050019-0





Cartão
Ourocard Mastercard Gold
Nº 5464 **** *2215

Pág. 001 de 002

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 22/08/2017

Vencimento:
05/08/2017

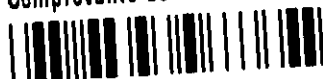


CTE RECIFE PE PL13

Postagem: 26/07/2017
Vencimento: 05/08/2017

NILO T DANTAS
RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145
JK
58187-000 PICUI - PB

Comprovante de residência



Atenção:
- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 1,87. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:

R\$ **533,76**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **514,69**

Pagamento parcelado: (2)

ENTRADA 498,28

+ 4X 11,09

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 5 vezes (1 + 4), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 498,28 - CET 206,33% a.a.). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada neste mês já contém o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelasuaufatura, procure um caixa eletrônico ou ligue para o Central de Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$ **533,76**
Saldo convertido - R\$ **0,00**
Total da fatura - R\$ **533,76**

> Resumo em Real

Saldo anterior **916,83**
Pagamentos/Créditos **- 916,83**
Compras/Débitos **533,76**
Saldo - R\$ **533,76**
Saldo parcelado **0**
Faturas futuras

> Resumo em Dólar

Compras/Saques **0,00**
Outros débitos **0,00**
Créditos **0,00**
Saldo atual - US\$ **0,00**
Taxa de conversão **0,0000**
Saldo convertido - R\$ **0,00**

1. A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF **4,49**
Retiradas e uso do limite de crédito rotativo
Encargos **0,00**
Retiradas na função crédito
Uso do limite de crédito rotativo **24,19**

> Limites

Total para transação à vista **6.400**
Saques (incluído no total transação à vista) **6.400**
Total para transações parceladas **0**
Credenciário **0**

Consulte seus limites disponíveis, acesse: www.bb.com.br

> Ponto pra Você/Livelo

Pontuação acumulada em: 20.07.2017 **4.405**
Consulte pontos a preservar e saldo atual:
- caixas eletrônicos: Ponto pra Você > Prog. Recompensas.
- internet: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos.
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos.

> Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,79	9,79
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de atraso	12,79	12,79
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período: % ao mês
2 - Taxas para o próximo período: % ao mês

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

É preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxas ao Mês (%)	Taxas ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo Saques ¹	9,79	206,72	0,38	0,0082	220,63
Parcelado administradora ³	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado) ⁴	7,35	134,22	0,38	0,0082	136,05

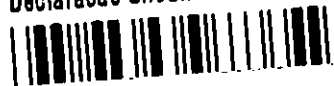
1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeito a alterações para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote BOMPRATODOS, a taxa de crédito do rotativo e saques Brasil será de 13,60% ao mês, CET 499,29 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2 - Resultado da incidência da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário projetado para o período de um ano.
3 - Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de débitos, consulte a Central de Atendimento BB.
4 - Os serviços não estão disponíveis para clientes não-correntistas do Banco do Brasil.
Obs.: Taxa de Saque: R\$ 0,60 por evento. Taxa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

 BANCO DO BRASIL	001-9	00194.52101 00053.167276 80000.000663 5 000			
Nome do Pagador (CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP) NILO T DANTAS - CPF 047.951.774.65 RUA ROLDAO Z DE MACEDO 145 - - JK - 58187-000 - PICUI - PB					
Sacador / Avalista					
Nosso Número 000000000053167278	Nº do documento	Data da Vencimento 05/08/2017	Valor Documento 533,76	Valor Pago	
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ/Endereço)					

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825** 2ª via, expedido por SSP/PB, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

Erivaldo Bernandino de Oliveira
do sinistro de DPVAT da natureza Invólido
da vítima Erivaldo Bernandino de Oliveira

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

RECEBIDO

17 A60. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERO JOSE MARTINS
RG nº 2835162, data de expedição 22/11/05,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044.948.694-06, com
domicílio na cidade de CUITÉ, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO RETINO, nº 512,
complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA cujo o condutor era

Veículo: MOTO
Modelo: YAMAHA YBR 125 K
Ano: 2002
Placa: MOV-2970/13
Chassi: 9C6KE044
Data do Acidente: 02/09/15
Local e Data: CUITÉ/PB, 29/02/16

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL-ZONA NORTE - CUITÉ/PB
Av. Samaritana Maria Amélia de Castilho, 381 - 25 de Janeiro - CEP: 58175-000 - Fone: (83) 3372-1123
Tabela Substituta: Noraneide Marinho Nascimento
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: CICERO JOSE MARTINS, DOU FE, Cuité-Paraíba, 29/02/2016.

Noraneide Marinho Nascimento
Selo Digital de fiscalização: Tipo Normal A-ACX11005-11000
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tps.jus.br>
EMOL.UM. R\$: 2,00 FARPEN R\$: 0,13 FÉPJ R\$: 0,79
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Noraneide Marinho Nascimento
Tabela Substituta
Data PB

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMIAFPRE

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671 CNPJ: 08-778.268/0001-60
 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
 Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
 Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: PB

PACIENTE: NOME: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA Sexo: MASCULINO Idade: 58
 Profissão: (IAS) Documento: 7013A RURA
 Endereço: RETIRO Bairro: 7013A RURA
 Município: CAITE Estado: CEP: 58200-000

Data de Nascimento: 08/11/1958 Data de Admissão: 05/06/2017
 RAÇA/COR: (1) BRANCA (2) PRETA (3) PARDA
 (4) AMARELA (5) INDÍGENA (6) SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: Queixa de dor no abdômen, localizada na região superior direita, com irradiação para a região inferior direita. Dor de intensidade moderada a forte, progressiva, iniciada há 12 horas. Não há febre, náusea, vômito, diarreia ou prisão de ventre. Exame físico: Abdomen macio, sem rigidez ou defesa, sem ruídos anormais ou níveis elevados de líquido. Exame de urina: 3-4 leucócitos, 2-3 eritrócitos, 1-2 cilindros, 1-2 cristais de oxalato de cálcio.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO: 160mm x 100mm

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Verificar o nível de glicose no sangue. 2. Coletar amostra de urina para análise. 3. Coletar amostra de sangue para análise. 4. Coletar amostra de fezes para análise. 5. Coletar amostra de suor para análise.

DIAGNÓSTICO / CID: 58.00

RECEBIDO 17 AGO. 2017 GRUPO SEGUADOR BBMAFPRE

CIURGIA

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB) Consulta Especializada Consulta de Emergência

PROCEDIMENTO

Exatidão no atendimento e qualidade do atendimento. O atendimento foi realizado de forma adequada e eficiente, com o paciente sendo atendido de forma adequada e eficiente.

TIPO DE ATENDIMENTO

01 - URGÊNCIA 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA 03 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÁNSITO 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

ENCAMINHAMENTO

01 - PRESCRIÇÃO 02 - APLICAÇÃO 03 - OBSERVAÇÃO 04 - RESIDÊNCIA 05 - OUTRO HOSPITAL 06 - ÓBITO 07 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

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

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

05.09.15 # C.A. 6077 H. 10.10.15
(05.40) Puntaje en el examen de ingreso

El puntaje en el examen de ingreso es de 10.10.15

El puntaje en el examen de ingreso es de 10.10.15
segundo a primer de 1/3 unidades de estudio E.
(multiplicado por el número de unidades cursadas en 10.10.15)
Cálculo de la calificación

Calificación en el examen de ingreso

[Handwritten signature]

RECEBIDO
17 AGO. 2017
GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
13/09	9:00h	36	72	20	130			
2015					80			
13/09	24:50	35	70		130			
14/09	05:29	36	72	88	130			

Diagnóstico

trauma torax e abdome

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

08/1

Paciente: Luiz Gonzaga Benedito de Araújo | Leito: 3 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/09/15	10h30 / 10h45		
12/09/15	10h30 / 10h45		
13/09/15	10h30 / 10h45		
14/09/15	10h30 / 10h45		
15/09/15	10h30 / 10h45		
16/09/15	10h30 / 10h45		
17/09/15	10h30 / 10h45		
18/09/15	10h30 / 10h45		
19/09/15	10h30 / 10h45		
20/09/15	10h30 / 10h45		
21/09/15	10h30 / 10h45		
22/09/15	10h30 / 10h45		
23/09/15	10h30 / 10h45		
24/09/15	10h30 / 10h45		
25/09/15	10h30 / 10h45		
26/09/15	10h30 / 10h45		
27/09/15	10h30 / 10h45		
28/09/15	10h30 / 10h45		
29/09/15	10h30 / 10h45		
30/09/15	10h30 / 10h45		
01/10/15	10h30 / 10h45		
02/10/15	10h30 / 10h45		
03/10/15	10h30 / 10h45		
04/10/15	10h30 / 10h45		
05/10/15	10h30 / 10h45		
06/10/15	10h30 / 10h45		
07/10/15	10h30 / 10h45		
08/10/15	10h30 / 10h45		
09/10/15	10h30 / 10h45		
10/10/15	10h30 / 10h45		
11/10/15	10h30 / 10h45		
12/10/15	10h30 / 10h45		
13/10/15	10h30 / 10h45		
14/10/15	10h30 / 10h45		
15/10/15	10h30 / 10h45		
16/10/15	10h30 / 10h45		
17/10/15	10h30 / 10h45		
18/10/15	10h30 / 10h45		
19/10/15	10h30 / 10h45		
20/10/15	10h30 / 10h45		
21/10/15	10h30 / 10h45		
22/10/15	10h30 / 10h45		
23/10/15	10h30 / 10h45		
24/10/15	10h30 / 10h45		
25/10/15	10h30 / 10h45		
26/10/15	10h30 / 10h45		
27/10/15	10h30 / 10h45		
28/10/15	10h30 / 10h45		
29/10/15	10h30 / 10h45		
30/10/15	10h30 / 10h45		
31/10/15	10h30 / 10h45		
01/11/15	10h30 / 10h45		
02/11/15	10h30 / 10h45		
03/11/15	10h30 / 10h45		
04/11/15	10h30 / 10h45		
05/11/15	10h30 / 10h45		
06/11/15	10h30 / 10h45		
07/11/15	10h30 / 10h45		
08/11/15	10h30 / 10h45		
09/11/15	10h30 / 10h45		
10/11/15	10h30 / 10h45		
11/11/15	10h30 / 10h45		
12/11/15	10h30 / 10h45		
13/11/15	10h30 / 10h45		
14/11/15	10h30 / 10h45		
15/11/15	10h30 / 10h45		
16/11/15	10h30 / 10h45		
17/11/15	10h30 / 10h45		
18/11/15	10h30 / 10h45		
19/11/15	10h30 / 10h45		
20/11/15	10h30 / 10h45		
21/11/15	10h30 / 10h45		
22/11/15	10h30 / 10h45		
23/11/15	10h30 / 10h45		
24/11/15	10h30 / 10h45		
25/11/15	10h30 / 10h45		
26/11/15	10h30 / 10h45		
27/11/15	10h30 / 10h45		
28/11/15	10h30 / 10h45		
29/11/15	10h30 / 10h45		
30/11/15	10h30 / 10h45		
01/12/15	10h30 / 10h45		
02/12/15	10h30 / 10h45		
03/12/15	10h30 / 10h45		
04/12/15	10h30 / 10h45		
05/12/15	10h30 / 10h45		
06/12/15	10h30 / 10h45		
07/12/15	10h30 / 10h45		
08/12/15	10h30 / 10h45		
09/12/15	10h30 / 10h45		
10/12/15	10h30 / 10h45		
11/12/15	10h30 / 10h45		
12/12/15	10h30 / 10h45		
13/12/15	10h30 / 10h45		
14/12/15	10h30 / 10h45		
15/12/15	10h30 / 10h45		
16/12/15	10h30 / 10h45		
17/12/15	10h30 / 10h45		
18/12/15	10h30 / 10h45		
19/12/15	10h30 / 10h45		
20/12/15	10h30 / 10h45		
21/12/15	10h30 / 10h45		
22/12/15	10h30 / 10h45		
23/12/15	10h30 / 10h45		
24/12/15	10h30 / 10h45		
25/12/15	10h30 / 10h45		
26/12/15	10h30 / 10h45		
27/12/15	10h30 / 10h45		
28/12/15	10h30 / 10h45		
29/12/15	10h30 / 10h45		
30/12/15	10h30 / 10h45		
31/12/15	10h30 / 10h45		

10h30 / 10h45

10h30 / 10h45

10h30 / 10h45

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Quintão R. de Oliveira - 58 anos	Indicamento	03 Leão	03	Convenção	
----------	----------------------------------	-------------	---------	----	-----------	--

Data		Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
11.09.15	01	10h6. Oral. LUTE.			
	02	10h40m. Jamp. + 10ml. PO. IV. 4/14 haca.	12	16	Paciente última de acidente de mo
	03	8h40m. 50mg. + 10ml. 555E. IV. 6/16 haca.	12	17	10. Relat. vate de arcaça exguetada.
		Com deuto-1. f.			Coordenante, vefhneto.
		04. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.	12	18	Cur. O: RCR em 25, 60s. Cur.
		05. FISIOTERAPIA RESPIRATORIA 2 vezes/dia.			Apresentar com HVE, 1 Boite HTE.
		06. Jantar leito e banho.			Uso: Amalgama (1)
		07. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			Exatib radiopaco ao
		08. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			total. 0
		09. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		10. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		11. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		12. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		13. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		14. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		15. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		16. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		17. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		18. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		19. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		20. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		21. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		22. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		23. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		24. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		25. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		26. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		27. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		28. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		29. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		30. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			
		31. 8h40m. 20mg. IV. 12/12 haca.			

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
31/09	19:00	34,5			130		Fluor. 200mg diur. 40mg de 400mg Corfom. 100mg	
31/09	18:00	34,5			130			

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente FRANCO PIEDADINO DE OLIVEIRA Nascimento 14/05/1971 Sexo M Estado MI

Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
			Exame	Tratamento
09/01/15	1) DRETA LATE -	8h	NA	1) DRETA LATE -
2) 56 - 57.500ml de 8/8h		14h	NA	2) 56 - 57.500ml de 8/8h
3) DRETA 2ml e 1.00 de 4/4h		18h	NA	3) DRETA 2ml e 1.00 de 4/4h
4) 1.00 de 4/4h		22h	NA	4) 1.00 de 4/4h
5) 1.00 de 4/4h		26h	NA	5) 1.00 de 4/4h
6) 1.00 de 4/4h		30h	NA	6) 1.00 de 4/4h
7) 1.00 de 4/4h		34h	NA	7) 1.00 de 4/4h
8) 1.00 de 4/4h		38h	NA	8) 1.00 de 4/4h
9) 1.00 de 4/4h		42h	NA	9) 1.00 de 4/4h
10) 1.00 de 4/4h		46h	NA	10) 1.00 de 4/4h
11) 1.00 de 4/4h		50h	NA	11) 1.00 de 4/4h
12) 1.00 de 4/4h		54h	NA	12) 1.00 de 4/4h
13) 1.00 de 4/4h		58h	NA	13) 1.00 de 4/4h
14) 1.00 de 4/4h		62h	NA	14) 1.00 de 4/4h
15) 1.00 de 4/4h		66h	NA	15) 1.00 de 4/4h
16) 1.00 de 4/4h		70h	NA	16) 1.00 de 4/4h
17) 1.00 de 4/4h		74h	NA	17) 1.00 de 4/4h
18) 1.00 de 4/4h		78h	NA	18) 1.00 de 4/4h
19) 1.00 de 4/4h		82h	NA	19) 1.00 de 4/4h
20) 1.00 de 4/4h		86h	NA	20) 1.00 de 4/4h
21) 1.00 de 4/4h		90h	NA	21) 1.00 de 4/4h
22) 1.00 de 4/4h		94h	NA	22) 1.00 de 4/4h
23) 1.00 de 4/4h		98h	NA	23) 1.00 de 4/4h
24) 1.00 de 4/4h		102h	NA	24) 1.00 de 4/4h
25) 1.00 de 4/4h		106h	NA	25) 1.00 de 4/4h
26) 1.00 de 4/4h		110h	NA	26) 1.00 de 4/4h
27) 1.00 de 4/4h		114h	NA	27) 1.00 de 4/4h
28) 1.00 de 4/4h		118h	NA	28) 1.00 de 4/4h
29) 1.00 de 4/4h		122h	NA	29) 1.00 de 4/4h
30) 1.00 de 4/4h		126h	NA	30) 1.00 de 4/4h
31) 1.00 de 4/4h		130h	NA	31) 1.00 de 4/4h
32) 1.00 de 4/4h		134h	NA	32) 1.00 de 4/4h
33) 1.00 de 4/4h		138h	NA	33) 1.00 de 4/4h
34) 1.00 de 4/4h		142h	NA	34) 1.00 de 4/4h
35) 1.00 de 4/4h		146h	NA	35) 1.00 de 4/4h
36) 1.00 de 4/4h		150h	NA	36) 1.00 de 4/4h
37) 1.00 de 4/4h		154h	NA	37) 1.00 de 4/4h
38) 1.00 de 4/4h		158h	NA	38) 1.00 de 4/4h
39) 1.00 de 4/4h		162h	NA	39) 1.00 de 4/4h
40) 1.00 de 4/4h		166h	NA	40) 1.00 de 4/4h
41) 1.00 de 4/4h		170h	NA	41) 1.00 de 4/4h
42) 1.00 de 4/4h		174h	NA	42) 1.00 de 4/4h
43) 1.00 de 4/4h		178h	NA	43) 1.00 de 4/4h
44) 1.00 de 4/4h		182h	NA	44) 1.00 de 4/4h
45) 1.00 de 4/4h		186h	NA	45) 1.00 de 4/4h
46) 1.00 de 4/4h		190h	NA	46) 1.00 de 4/4h
47) 1.00 de 4/4h		194h	NA	47) 1.00 de 4/4h
48) 1.00 de 4/4h		198h	NA	48) 1.00 de 4/4h
49) 1.00 de 4/4h		202h	NA	49) 1.00 de 4/4h
50) 1.00 de 4/4h		206h	NA	50) 1.00 de 4/4h
51) 1.00 de 4/4h		210h	NA	51) 1.00 de 4/4h
52) 1.00 de 4/4h		214h	NA	52) 1.00 de 4/4h
53) 1.00 de 4/4h		218h	NA	53) 1.00 de 4/4h
54) 1.00 de 4/4h		222h	NA	54) 1.00 de 4/4h
55) 1.00 de 4/4h		226h	NA	55) 1.00 de 4/4h
56) 1.00 de 4/4h		230h	NA	56) 1.00 de 4/4h
57) 1.00 de 4/4h		234h	NA	57) 1.00 de 4/4h
58) 1.00 de 4/4h		238h	NA	58) 1.00 de 4/4h
59) 1.00 de 4/4h		242h	NA	59) 1.00 de 4/4h
60) 1.00 de 4/4h		246h	NA	60) 1.00 de 4/4h
61) 1.00 de 4/4h		250h	NA	61) 1.00 de 4/4h
62) 1.00 de 4/4h		254h	NA	62) 1.00 de 4/4h
63) 1.00 de 4/4h		258h	NA	63) 1.00 de 4/4h
64) 1.00 de 4/4h		262h	NA	64) 1.00 de 4/4h
65) 1.00 de 4/4h		266h	NA	65) 1.00 de 4/4h
66) 1.00 de 4/4h		270h	NA	66) 1.00 de 4/4h
67) 1.00 de 4/4h		274h	NA	67) 1.00 de 4/4h
68) 1.00 de 4/4h		278h	NA	68) 1.00 de 4/4h
69) 1.00 de 4/4h		282h	NA	69) 1.00 de 4/4h
70) 1.00 de 4/4h		286h	NA	70) 1.00 de 4/4h
71) 1.00 de 4/4h		290h	NA	71) 1.00 de 4/4h
72) 1.00 de 4/4h		294h	NA	72) 1.00 de 4/4h
73) 1.00 de 4/4h		298h	NA	73) 1.00 de 4/4h
74) 1.00 de 4/4h		302h	NA	74) 1.00 de 4/4h
75) 1.00 de 4/4h		306h	NA	75) 1.00 de 4/4h
76) 1.00 de 4/4h		310h	NA	76) 1.00 de 4/4h
77) 1.00 de 4/4h		314h	NA	77) 1.00 de 4/4h
78) 1.00 de 4/4h		318h	NA	78) 1.00 de 4/4h
79) 1.00 de 4/4h		322h	NA	79) 1.00 de 4/4h
80) 1.00 de 4/4h		326h	NA	80) 1.00 de 4/4h
81) 1.00 de 4/4h		330h	NA	81) 1.00 de 4/4h
82) 1.00 de 4/4h		334h	NA	82) 1.00 de 4/4h
83) 1.00 de 4/4h		338h	NA	83) 1.00 de 4/4h
84) 1.00 de 4/4h		342h	NA	84) 1.00 de 4/4h
85) 1.00 de 4/4h		346h	NA	85) 1.00 de 4/4h
86) 1.00 de 4/4h		350h	NA	86) 1.00 de 4/4h
87) 1.00 de 4/4h		354h	NA	87) 1.00 de 4/4h
88) 1.00 de 4/4h		358h	NA	88) 1.00 de 4/4h
89) 1.00 de 4/4h		362h	NA	89) 1.00 de 4/4h
90) 1.00 de 4/4h		366h	NA	90) 1.00 de 4/4h
91) 1.00 de 4/4h		370h	NA	91) 1.00 de 4/4h
92) 1.00 de 4/4h		374h	NA	92) 1.00 de 4/4h
93) 1.00 de 4/4h		378h	NA	93) 1.00 de 4/4h
94) 1.00 de 4/4h		382h	NA	94) 1.00 de 4/4h
95) 1.00 de 4/4h		386h	NA	95) 1.00 de 4/4h
96) 1.00 de 4/4h		390h	NA	96) 1.00 de 4/4h
97) 1.00 de 4/4h		394h	NA	97) 1.00 de 4/4h
98) 1.00 de 4/4h		398h	NA	98) 1.00 de 4/4h
99) 1.00 de 4/4h		402h	NA	99) 1.00 de 4/4h
100) 1.00 de 4/4h		406h	NA	100) 1.00 de 4/4h

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes
22/01/15

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes
22/01/15



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

NOME: Guilherme		IDADE: 58		SEXO: M		DATA DE NASCIMENTO: 10/08/1945		LEITO: 1	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Amigdalite									
ALERGIAS:		SIM		NÃO		QUAIS:			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:		SIM		NÃO		QUAIS:			
DOENÇA CRÔNICA:		SIM		NÃO		QUAIS:			
PRESENCIA DE ESCARA:		SIM		NÃO		LOCAL:			
PRESSÃO ARTERIAL:		HIPOTENSO		NORMOPOTENSO		HIPERTENSO			
SISTEMA NEUROLÓGICO:		CONSCIENTE		INCONSCIENTE		ORIENTADO			
SISTEMA RESPIRATÓRIO:		DISPNEICO		TAQUIPNEICO		EUPNEICO		BRADIPNEICO	
SIST. GENITOURINÁRIO:		NORMAL		POLÚRIA		OLIGÚRIA		ANÚRIA	
MOBILIDADE:		DUSÚRIA		CISTOSTOMIA		ACALADO		S/DEBITE MOTOR	
SIST. GAS. ROM/TEATUAL:		VO		HEMIPLEGIA		PARÉSIA		RESTRIÇÃO NO PETC	
ESTADO NUTRICIONAL:		NUTRIDO		DESNUTRIDO		CAESO		CAQUÉTICO	
DADOS VITAIS:		PA:		T:		FR:		FC:	
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM:									
RISCO DE Queda		COEF. 0,40							
RISCO DE ASPIRAÇÃO		COEF. 0,40							
RISCO DE INFECÇÃO		COEF. 0,40							
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		COEF. 0,40							
RISCO DE GLUCEMIA INSTÁVEL		COEF. 0,40							
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA		COEF. 0,40							
RISCO DE SANGRAMENTO		COEF. 0,40							
MAUSA		COEF. 0,40							
DOR AGUDA		COEF. 0,40							
DOR CRÔNICA		COEF. 0,40							
RISCO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		COEF. 0,40							
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		COEF. 0,40							
DEFICIT NO AUTO CUIDADO		COEF. 0,40							
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		COEF. 0,40							
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		COEF. 0,40							
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		COEF. 0,40							
Filipe do Silva		COEF. 0,40							
ASSISTENTE DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL		COEF. 0,40							
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		COEF. 0,40							
MONITORIAÇÃO DE SINAIS VITAIS		COEF. 0,40							
REALIZAR CONTROLE DE GLUCEMIA CAPILAR		COEF. 0,40							
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA		COEF. 0,40							
INSTALAR CATETER DE O2 A OLAIM OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		COEF. 0,40							
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTÉRETORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ)		COEF. 0,40							
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS		COEF. 0,40							
POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°		COEF. 0,40							
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA QUANDO RECOMENDADO		COEF. 0,40							
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (LEOMIA, HIPEREMIA, CALOR, RUJOR, HIPEREMIA)		COEF. 0,40							
ASSISTÊNCIA NO AUTO CUIDADO		COEF. 0,40							
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE		COEF. 0,40							
RELACIONAR AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUITAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS RESPOSTAS DO PACIENTE		COEF. 0,40							

1861

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

02122

Paciente	Erivaldo B Santana de
----------	-----------------------

Alojamiento

Leio

Conteúdo

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
08/09/53	Dietética		Paciente admitido no enfermaria
09/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
10/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
11/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
12/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
13/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
14/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
15/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
16/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
17/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
18/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
19/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
20/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
21/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
22/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
23/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
24/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
25/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
26/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
27/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
28/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
29/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria
30/09/53	Dietética	12h	Paciente admitido no enfermaria

085: Boletim Unidade Conhecimento do dia 08/09/15 no dia 09/09/15

[illegible]

GOVERNO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome:	B. de OLIVEIRA	Registro:	3-3
Setor / Ass.:		M. A. e. M. e. G.	
2. AVALIAÇÃO GERAL			
Sinais vitais: Tax:	°C: P:	lipm: FR:	lipm: PA:
mmHg: FC:	bpmm: SpO2:	%	
HGT: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm Dor: () Local: Obs.:			
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:			
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS			
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA			
Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Óbito			
GLASGOW (3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):			
Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorregentes () Mióticas () Midriáticas			
Mobilidade Física: (X) Preservada () Parcial () Parcial Local			
Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Dislalia			
Obs:			
OXIGENAÇÃO			
Respiração: (X) Espontânea () Colar Nasal () Venturi % Venturi % min () Traqueostomia () Ayro/Tubo T			
() VIANI () VIANI TOT nº Contagem labial nº FIO2 % PEEP cmH2O			
(X) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:			
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E			
Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:			
Tosse: (X) Impulsiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:			
Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de torax: () D () E () Selo e água:			
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:			
Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:			
PERCEÇÃO DOS ORGÃO DOS SENTIDOS			
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:			
SEGURANÇA FÍSICA			
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:			
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
Pulso: (X) Regular () Irregular () Impulsível () Filiforme () Cheio.			

Pele: (X) Corada () Hipocrada () Cianose () Sudorese () Fria () Aqueda.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turbência jugular ()	
Órgãos vasculares: () Quais?	
Ausculta cardíaca: (X) Rítmica () Arritmica () Soplo () Ouro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: (X) Periférico () Central () Dissecção. Localização: M 3 E	
Edema: () MASS () Mili () Foco () Anasarca. Observações:	
Alimentação e Eliminações (Intestinal e Urinária)	
Tipo sonífico: (X) Ruído () Enagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (X) VO () SNG () SNE () Gatrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: _____ Dia: _____	
Alterações: () Inapetência () Diságia () Intolerância alimentar () Vômito () Priso () Outros:	
Abdome: (X) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (X) Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Consistida no dia () Outros: 5/8/2009	
Eliminação urinária: (X) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h: _____	
Aspecto: () Outros: Observações:	
Integridade física e cutâneo-mucosa	
Condição da pele: (X) Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normocruda () Hipocruda () Ictérica () Cianótica. Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (X) Úmidas () Secas. Manifestações de sódio: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: _____	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	
Vicina de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____	
Cuidado corporal	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória. Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
Sono e repouso	
(X) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (X) Preservada () Prejudicada. Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Inadeq:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Católica () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
DATA: 12/09/15	
HORA: 09:10	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
☐ Avaliar desconforto abdominal.			☐ Observação de eliminação intestinal eficaz / adequada / melhorada.
☐ Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.			
☐ Observar e registrar eliminação intestinal (cor, odor, consistência e/ou outros).			☐ Melhora a aceitação alimentar.
☐ Alterar glicemia capilar, arterial e venosa.			☐ Manutenção da glicemia estável.
☐ Avaliar para as causas do náusea e vômito (ausência, medicação, CPM, reavaliar em 30 minutos).			☐ Ausência de náuseas e vômitos.
☐ Questionar e avaliar sobre a eliminação urinária e urinária (cor, frequência e quantidade).			
☐ Observar e documentar dificuldades urinárias.			
☐ Encaminhar ao banho de chuveiro.			
☐ Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.			
☐ Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.			
☐ Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer ambiente tranquilo e confortável.			
☐ Avaliar cardiotécnicos, intensidade e localização da dor.			☐ Controle da dor (melhorada / ausente).
☒ Avaliar alterações de sinais vitais.		NTM	
☐ Administrar analgésicos conforme prescrição médica e reavaliar dor após administração da medicação.			
☐ Após administrar medicamentos analgésicos, avaliar e registrar os resultados.			☐ Manutenção da temperatura corporal dentro dos limites fisiológicos.
☐ Incutir a ingestão de líquidos.			☐ Melhora da integridade da pele.
☐ Observar reações de tolerância/insuficiência.			☐ Diminuição do risco de lesão.
☐ Proporcionar condições de higiene adequada e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.			
☐ Avaliar condições do curativo.			☐ Modificação lesão melhorada/estável.
☐ Orientar e ensinar a hidratação da pele.			
☐ Orientar e ensinar a movimentação no leito.			☐ Melhora da perfusão tissular.
☐ Avaliar o paciente e documentar conforme apropriado.			☐ Padrão respiratório eficaz.
☐ Manter os sinais vitais e anotar valores de SPO2 e temperatura se for menor que 95%.			☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquido ausente / eliminado.
☐ Observar e avaliar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).			
☐ Verificar condições da hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca).			☐ Diminuir o risco de infecção.
☐ Realizar balanço hídrico.			
☐ Observar o local de fenda/quimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais fisiológicos.			
☐ Trocar após venoso periférico a cada 72 horas ou se apresentar sinais fisiológicos e anotar.			
☐ Realizar desobstrução com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.			
☐ Utilizar técnica asséptica para aspiração, sucção vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.			
☐ Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, em apoio aos movimentos, resistência).			☐ Diminuir o risco de queda.
☐ Manter as grades do leito elevadas.			
☐ Contar o paciente quando necessário.			
☐ Manter ambiente calmo e tranquilo.			☐ Melhora do padrão do sono.
☐ Orientar repouso no leito.		NTM	
☒ Administrar medicação CPM:			☐ Outros
☐ Outros			☐ Outros



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Erivaldo Bernardino de Oliveira PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 522.4 + 542.0 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 08 / 09 / 15 A 14 / 09 / 15 NECESSITANDO DE 60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Dr. Rivaldo Fernandes
CIRURGIÃO TORÁCICO
CRM-PB 5126

Campina Grande, 14 / 09 / 15

[Assinatura]
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

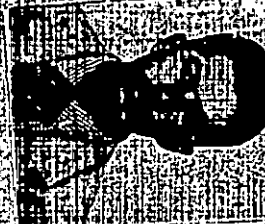
Ass. do Paciente ou Responsável

Documentos de Identificacao



Proprietario
do Veículo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



Cicero Jose Martins
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA
Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
044.948.694-06

Nome
CICERO JOSE MARTINS

Nascimento
20/12/1974

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

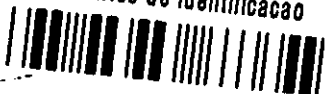
REGISTRO 2839162-1
NOME CICERO JOSE MARTINS
FILIAÇÃO Maria das Neves Martins
Barra de Santa Rosa - PB 20/12-1974
NATURALIDADE
Cert. Nasc. nº 5.145 Fls. 258 LIV. A-05
DOC. ORIGEM
CNPJ
Assinatura do Detentor

RECEBIDO

17 AGo. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

Documentos de identificação



TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 2.800/64)

ASSOCIADO DO PROFISSIONAL

ASSOCIADO DO PROFISSIONAL

ASSOCIADO DO PROFISSIONAL

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
NILO FRIGUEIRO DANTAS

PROFISSIONAL
NILVAN ARAÚJO DANTAS
MARLI LÚCIA FRIGUEIRO DANTAS

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
09/09/1953

CPF
047.951.774-85

EXPIRAÇÃO EM
01/10/2013

2889825 - SSP/PB

DECLARAÇÃO DE CANCELAMENTO E REINSCRIÇÃO

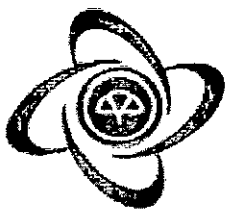
NAO

OCYR BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO
PRESIDENTE

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIR	CPF da Vítima 38058707449
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Gen. ☐ Alvará Judicial		Inváldez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML 0320636/14	
Outros		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

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

Documentos Básicos:

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

RECEBIDO

17 AGO. 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170458740 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/09/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE TÓRAX

Resultados terapêuticos: SEM DEBILIDADE PERMANENTE

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Jorge da Silva Motta

Procuração

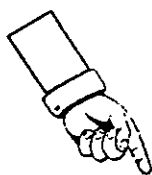


PROCURAÇÃO

Outorgante: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA,
brasileiro(a), DIVORCIADO, ABOLUCIONAR,
portador(a) do RG nº. 16720753-2 expedido por SSP/SP em
08/02/2012 e do CPF nº. 380.587.074-49, residente na (o)
SITIO RETIRO, S/N, ZONA RURAL,
município de CUITÉ - PB, CEP 58175-000

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 domiciliada 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.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes
para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



Picuí - PB, 09 de Fevereiro de 2016.

Erivaldo Bernardino de Oliveira
outorgante

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - ZONA NORTE - CUITÉ/PB
Av. Senarilândia Maria Amélia de Castilho, 301 - 25 de Janeiro - CEP: 58175-000 - Fone: (83) 3372-1123
Tabelião Substituto: Noraneide Marinho Nascimento

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA. DOU PE. Cuité-Paraíba, 09/02/2016.

Noraneide Marinho Nascimento
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal A-ACX11008-L8VE
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
FMOIUM: R\$ 2,00 FARPEN: R\$ 0,13 FEPJ: R\$ 0,79
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Noraneide Marinho Nascimento
Tabelião Substituto
Cuité-PB

