

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE REMÍGIO-PB

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL  
COMARCA DE REMÍGIO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº016/2017**

Versando sobre **ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**

*Hora e data do fato: Às 08:45, do dia 26 de outubro de 2017.*

*Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:04, do dia 3 de novembro de 2017.*

*Local do Ocorrido: BR. 104 PRÓXIMO AO POSTO JB, REMÍGIO-PB*

**COMUNICANTE E VÍTIMA: ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO**, do sexo masculino, nascido no dia 06/03/1988, com 29 anos de idade, ID: 3.272.963 SSDS-PB, CPF: 064.578.654-37, ENGENHEIRO AGRONOMO, filho de FRANCISCO JOSÉ DE LUNA SOUTO e de MARIA LUCIENE DOS SANTOS LUNA, escolaridade: SUPERIOR COMPLETO, SOLTEIRO, natural de ESPERANÇA-PB, BRASILEIRO, residente na RUA: BENTO VITÓRIO, 03, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO, PB, celular Nº 99981-7898.

**TESTEMUNHAS: FERNANDO DANIEL PEREIRA DA SILVA**, do sexo masculino, nascido no dia 16/06/1980, com 37 anos de idade, ID: 36610203 SSP-PB, CPF: 289.539.178-59, MOTOTAXISTA, filho de JOÃO PEREIRA DA SILVA e de MARIA DAS DORES PEREIRA DA SILVA, residente na RUA: JOSÉ LEAL, Nº 75, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO, PB. **MARIA DE JESUS GOMES DA SILVA**, do sexo feminino, residente na RUA: MINAS GERAIS, Nº 59, bairro LAGOA DO MATO, na cidade de REMÍGIO, PB.

**ACUSADO: PREJUDICADO**

**HISTÓRICO:** Informa que no dia 26/10/2017, por volta das 08h45min, o comunicante estava como passageiro em um mototaxi pilotado por FERNANDO DANIEL PEREIRA DA SILVA, o qual conduzia a motocicleta HONDA/CG, 150 TITAN KS, PLACA MOC 8987/PB, DE COR VERMELHA, CHASSI: 9C2KC08107R120744, RENAVAM: 0093435168-6, quando este veículo colidiu com um caminhão PLACA CYY/6030; Que em decorrência da colisão, o comunicante fraturou seu pé direito e um dos dedos do pé e precisou ficar afastado das suas

*mgil*



atividades laborativas pelo período de 30 dias, contados do dia do fato; Que não foi submetido a intervenção cirúrgica, mas está com o membro imobilizado; Que não houve atendimento pelo SAMU, mas foi conduzido de imediato ao pronto de atendimento médio de Remígio-PB e logo em seguida, encaminhado para UPA de Campina Grande-PB; Acrescenta ainda que o condutor da motocicleta acima mencionado é habilitado, conforme cópia da CNH e no momento do acidente, ele sofreu apenas lesão leve no pé; Que não conseguiu os dados do caminhão, bem como do condutor autor do acidente, haja vista que logo após a colisão, ele se evadiu.

**AUTORIDADE**

  
**MARIA DO SOCORRO DA SILVA**

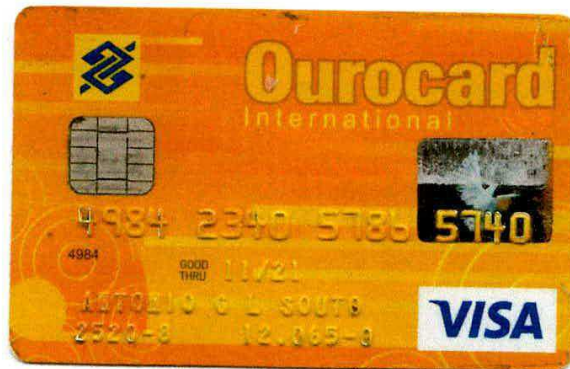
**COMUNICANTE**

+   
**ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO**

**ESCRIVÃ "AD-HOC"**

  
**MIKAELLA TORRES FERNANDES "AD-HOC"**





### **DECLARAÇÃO DE POBREZA**

**DECLARANTE: ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO**, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 3.272.963 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 064.578.654-37, residente e domiciliado na Rua Bento Vieira Vitorio, nº s/n, Cep: 58398-000, Centro, Remígio/PB, (83) 999817898.

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

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

Remígio, 18 de dezembro de 2017.

x Antônio Gustavo de Luna Souto  
Declarante





ortopedia  
campinense

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

• PRAZO MÍNIMO 10 DIAS  
• PAGAMENTO EM DINHEIRO

Eu, Dr. Amaro Jorge P. Neto,

residente em Ortopedia e Traumatologia,

Bairro: Centro Cidade: Campina Grande - PB Telefone: (31) 3341-1247

assumo a responsabilidade integral pelo: Tratamento de fratura de fêmur

localizado por mim, pelo prazo de 25 dias

responsabilizando-me pela sua devolução em perfeito estado de conservação e no prazo assumido.

Campina Grande - PB 25/10/2018

25/10/2018  
EM  
25/10/2018

NOME - RG - CPF

Rua Dom Pedro II, 119 - Loja 1C - Centro - Campina Grande - PB - Telefones: (31) 3341-1247 | (31) 9879-5093

site: [www.ortopediacampinense.com](http://www.ortopediacampinense.com)

### RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA DA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

CGC: 24.513.874/0001-21 - UF: PB  
CAMPINA GRANDE - PB

CARIMBO DO MÉDICO

PACIENTE:

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

DATA:

Dr. Amaro Jorge P. Neto  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB - 5258

ASSINATURA DO MÉDICO

### IDENTIFICADOR DO COMPRADOR

NOME  
INDENT. ORGÃO EMISSOR  
ENDEREÇO  
CIDADE UF  
CE

### IDENTIFICADOR DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA



VISA  
CIELO  
VISA CREDITO  
498442\*\*\*\*\*1082  
1a VIA-CLIENTE AUT=020016  
DOC=280039 28/10/17 10:44 ONL-C  
VENDA A CREDITO  
VALOR: 40,00  
(SiTef)





## RECIBO

Recebi (emos) de Antonio Gustavo de Sousa Saute

Inscrita no CPF: 064.578.654 - 37 e RG: 3.272.963

A quantia de R\$ 75,00

( Setenta e cinco reais),

Correspondente, a realização de exame (Raio X)

E para Clareza firmo (amos) O presente na cidade de Remígio – PB, nesta data.

Centro Médico Eximagem

CNPJ: 07.536.979/0001-66

07.536.979/0001-66  
EXimagem  
RECEPCAO  
25/11/17  
RICARDO PEREIRA PASSOS - EPP  
RUA CONEGO RUI VIEIRA, S/N - CENTRO  
CEP: 58.398-000 - REMIGIO - PB

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

· PRAZO MÍNIMO 10 DIAS  
· PAGAMENTO EM DINHEIRO

Eu, Antonio Gustavo de Luna Souto

Residente: R. Bento Viçoso Nº: 03

Bairro: centro Cidade: Remígio Telefone: 193199981-7898

Assumo a responsabilidade integral pelo: Bota macho

, locado por mim, pelo prazo de 20 dias

responsabilizando-me pela sua devolução em perfeito estado de conservação e no prazo assumido.

Campina Grande-PB 28/11/2017

**PAGO**

EM 28/11/2017  
R\$ 60,00

Antonio Gustavo de Luna Souto

NOME - RG - CPF

Rua Dom Pedro II, 119 - Loja 02 - Centro - Campina Grande - PB - Telefone (83) 3341-1247  
[www.ortopediacampinense.com](http://www.ortopediacampinense.com)





06/11/2017

Email - gustuso@hotmail.com

## Email do Outlook

Pesquisar E-mail e Pessoas

Novo | Responder | Excluir | Arquivar | Lixo eletrônico | Limpar

### Pastas

#### Caixa de Entrada

Lixo Eletrônico 4

Rascunhos 1

Itens Enviados

Itens Excluídos 90

Arquivo Morto

Conversation History

Dissertação

Livros

### Re: código:469320 e-ticket:MW9HFFH - [JPT-OPXSD-531]

MaxMilhas - José Renato  
dom: 29/10, 12:21  
Você

Você respondeu em 30/10/2017 09:45.

Olá Gustavo,

Agradecemos o contato.

O procedimento realizado pela MaxMilhas é de cancelar o bilhete e estornar sua compra, uma vez que a companhia aérea não possui o procedimento de remarcação. Assim será possível a compra de um novo voo em qualquer companhia aérea, caso

Segue abaixo valor para realização do procedimento:

Taxa cobrada pela cia aérea GOL (por trecho e passageiro): R\$ 170,00 x 2 trechos = R\$ 340,00.

Taxa da MaxMilhas: 10% do valor total da compra: R\$ 65,43

Desta forma, o custo total para o cancelamento é **R\$ 405,43**. Como o pagamento da compra foi por meio de tranche, podemos descontar o valor da multa de cancelamento do valor que pagou por essa compra (R\$ 654,34). Assim e **248,91** (milhas do trecho + taxa de embarque + taxa da MaxMilhas - custo do cancelamento).

**ATENÇÃO:** Para voos da GOL que o passageiro não se apresenta à tempo para o embarque, não é possível remarcar que a GOL não permite o reembolso das milhas utilizadas depois do no-show (não comparecimento ao embarque).

O estorno do valor em sua conta bancária é realizado dentro do prazo de até 2 dias úteis, após a confirmação do pagamento na cia aérea.

**Somente daremos prosseguimento ao procedimento na cia aérea mediante confirmação e envio dos dados bancários de e-mails.**

Em caso positivo, nos informe os dados bancários (deve ser no mesmo nome de quem efetuou o pagamento da multa conforme abaixo):

**Nome completo:**

**CPF (do titular da conta):**

**Banco:**

**Agência:**

**Conta Corrente:**

Atenção: Conforme procedimentos da cia. aérea, caso o passageiro não embarque o trecho de ida, a volta é auto cancelada pela mesma.

Aguardamos seu retorno.

Atenciosamente,  
MaxMilhas - José Renato  
Atendimento e Operações

Capitais e regiões metropolitanas:  
4020-2493  
Demais localidades: 0xx 31 4020-2493  
\*Custo de uma ligação local

[www.MaxMilhas.com.br](http://www.MaxMilhas.com.br)

Esta mensagem de e-mail pode conter informações confidenciais e/ou privilegiadas e qualquer arquivo transmitido somente aos destinatários acima. Caso você não seja a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não deve usar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Por favor, notifique o remetente para que apague este e-mail de seu computador. Esta empresa não se responsabiliza por opiniões ou declarações veiculadas em comentários.

Outlook

<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/inbox/rp>

1/1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
FERNANDO DANIEL PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
36610203 SSP SP

CPF  
289.539.178-59 DATA NASCIMENTO  
16/06/1980

FILIAÇÃO  
JOAO PEREIRA DA SILVA  
MARIA DAS DORES  
PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATIAA

Nº REGISTRO  
00917835679 VALIDADE  
06/06/2020 1ª HABILITAÇÃO  
29/10/1999

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1083385472

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1083385472

DETRAN-PB (PARAIBÁ)

ASSINATURA DO EMISSOR  
Aristeu Chaves Sousa  
PB03113419

ASSINATURA DO PORTADOR  
FERNANDO DANIEL PEREIRA DA SILVA

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
11/08/2015

29805051311

11/08/2015

OBSERVAÇÕES



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012824397022  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. DEN. PRT 20160500005341-4  
1 0093435168-6 00/00000000 2016

ADEILDO BARBOSA DA SILVA

07453613400

MOC8987/PB

NOVO PE 9C2KC08107R120744

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

2007 2007

2 P/149 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM 21/06/2016

\*\*\*\*\*

0

PREMIO TARIFARIO (R\$) \*\*\*\*\* SEGURO PAGO 15/08/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

AREIA-PB  
41581

17/08/2016

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

PB Nº 012824397022 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 17/08/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 07453613400

PLACA MOC8987/PB

00934351686

HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2007

OFF 9

9C2KC08107R120744

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 15/08/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

31054-0737431-20160817

Mat-2016







LABORATÓRIO ÚNICO DE REMÍGIO  
ESTADO DA PARAÍBA  
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução  
do original. dou fé Em Teste. mmx  
e verdade.

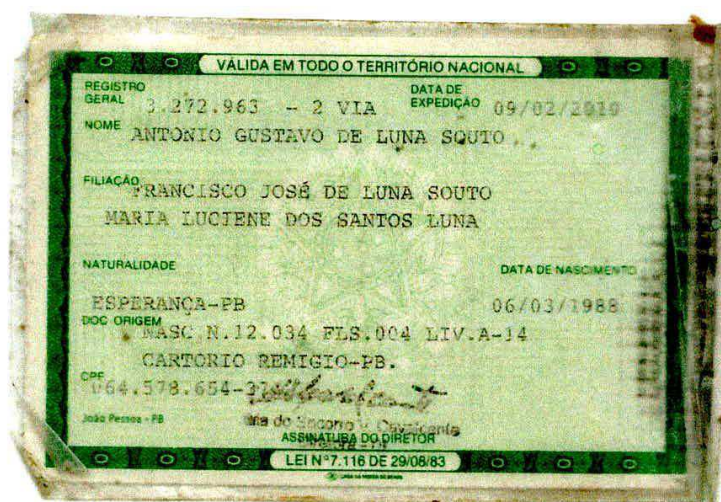
Remigio 08/11/2017

mmx

Mércia Mª Serafim dos Santos

ESCREVENTE

"SELO DIGITAL: AFR48863-7444  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>"





GERALDINA PINTO DE LUNA SOUTO  
RUA BENTO VEIRA VITORIO, S/N - CENTRO  
REMÍGIO/PB CEP: 56398-500 (AG: 71)

Emissão: 25/10/2017 Referência: Out / 2017  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL TRIFÁSICO  
Roteiro: 14 - 73 - 293 - 980 Nº medidor: 00009789215

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 25 - Centro Residencial - João Pessoa/PB - CEP: 58071-400  
CNPJ: 09.095.103/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.000.189  
Cód. para Deb. Automático: 00008672149

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2017	25/10/2017	24/11/2017	39887871400

UC (Unidade Consumidora): 5/867214-9

#### Canal de contato

- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -  
CADASTRO BIOMÉTRICO  
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA.  
O TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO  
AO CADASTRAMENTO: PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL  
MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
25/09/17	8500	25/10/17	8681	30

#### Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota	Alíq.	Valor Base Cota	Base Cota	Por Cota	Por Cota	Por Cota
0601	Consumo em kWh	141,000	0,736260	103,81	103,81	27	28,02	103,81	1,07	4,26
0601	Adic. B Amarela	0,88	0,88	27	0,16	0,68	0,01	0,03		
0601	Adic. B Vermelha	6,00	6,00	27	1,62	6,00	0,06	0,29		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	10,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CCI	Código de Classificação do item	TOTAL	121,27	110,49	20,83	110,49	1,14	5,28
-----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
187	01/11/2017	R\$ 121,37

#### Histórico de Consumo (kWh)

174	192	207	210	199	206	210	178	206	199	213	174
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

#### RESERVADO AO FISCO

dcde.9602.7c3e.ffff.0a32.35b1.e246.0f1a.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,94	0,00
DIC ANUAL	25,88	0,00
FIC MENSAL	3,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,86	0,00
FIC ANUAL	13,70	0,00
DMIC	3,90	0,00
DICRI	12,22	0,00

#### Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia PB	28,59	23,55
Consumo de Energia	88,26	72,75
Serviço de Transmissão	4,09	3,37
Encargos Setoriais	47,10	38,83
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	121,37	100,00

Valor do EUSD (Ref. 8/2017) R\$ 44,50

#### ATENÇÃO

- Leitura confirmada

#### Faturas em atraso

ENERGISA PARAIBA  
Roteiro: 14 - 73 - 293 - 980  
Matrícula: 867214-2017-10-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
01/11/2017	R\$ 121,37

83640000001-1 21370054000-7 08672142017-1 10000073019-0



CARTÓRIO UNICO DE REGISTRO  
ESTADO DA PARAIBA  
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução  
do original. dou fé Fm Test. MM 11

em Verdade.

Remigio 08/11/2017

Mércia Mª Seram dos Santos  
ESCREVENTE

"SELO DIGITAL: AFR48863.7444.  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>"



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, ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.272.963 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 09/02/2010 E

CPF 064378654-37 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO FUNÇÃO PÚBLICA

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 007 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2520-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12065-0

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

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

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

VIA PESSOA 27 de DEZEMBRO de 2017 x Antonio Gustavo de Luna Souto  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

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



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ANTONIO GUSTAVO DE LIMA SOUTO  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO  
**PROFISSÃO:** FUNÇÃO PÚBLICA **Nº DO RG:** 3.272.963  
**ORGÃO EMISSOR:** SSOS - PB **DATA DE EMISSÃO:** 09/02/2010  
**Nº CPF:** 064.578.654-37 **ENDEREÇO:** RUA BENTO VIEIRA  
VITÓRIA, SIN. CENTRO, REMÍGIO - PB 58398-000


**OUTORGADO:** EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO  
**PROFISSÃO:** ADVOGADO **Nº DO RG:** 2956287  
**ORGÃO EMISSOR:** SSPB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1/  
**Nº CPF:** 053.038.084-67 **ENDEREÇO:** RUA BENTO VIEIRA  
123, CENTRO, REMÍGIO - PB CEP 58398-000.

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário ANTONIO GUSTAVO DE LIMA SOUTO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA, 27 de DEZEMBRO de 20 17.

x Antônio Gustavo de Lima Souto  
Assinatura

 **CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMISSÃO** autenticidade, autêntica ou verdadeira.  
Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB  
**ESCREVENTES:** ☒ Maria do Socorro Barbosa Fernandes  
☐ Mércia Maria Serafim dos Santos  
☐ Maria Selma da Silva  
Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Antônio Gustavo de Lima Souto  
Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.  
Dou fé Remígio, 18/12/2017  
"SELO DIGITAL" AGC00689-2491  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





## Declaração do Proprietário do Veículo


Eu, FERNANDO DANIEL PEREIRA DA SILVA,  
RG nº 3661 0203, data de expedição 1/1/,  
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 289.539.178-59,  
com Domicílio na cidade de REMÍGIO - PB, no Estado  
de PB, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada) \_\_\_\_\_,  
nº \_\_\_\_\_, complemento, \_\_\_\_\_, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
ANTONIO GUSTAVO DE LIMA SOUZA, cujo o condutor  
era FERNANDO DANIEL PEREIRA DA SILVA.

Veículo.....: MOTO CICLETA  
Ano.....: 2007  
Modelo.....: HONDA CG, TITAN 150 KS  
Placa.....: MOC 8987  
Chassi.....: 9C2KC08107R120744  
Data do acidente.: 26/10/2017 às 08/45 h.

Local e data: JOÃO PESSOA 27/12/2017

X Fernando Daniel P. Silva  
Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

 **CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO**  
Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: 3364.1233 - Remígio - PB

ESCREVENTES:

- ☒ Maria do Socorro Barbosa Fernandes
- ☐ Mércia Maria Serafim dos Santos
- ☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Fernando Daniel P. Silva  
P. Silva João P. Silva

Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório. João P. Silva  
Dou fé Remígio, 18/12/2017 Maria do Socorro Barbosa Fernandes

"SELO DIGITAL" HGE 00690-5A1 WESCREVENTE  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

a vítima for carona)  
por autenticidade)



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO,  
portador da carteira de identidade nº 3.272.963. e inscrito no  
CPF nº 064.578.654-37, residente e domiciliado na  
RUA BENTO VIEIRA VITORIO, SN, CEP: 58398-000

Cidade REMÍGIO, 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.

x Antônio Gustavo de Luna Souto  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

João Pessoa 27/12/2017  
Local e data



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO GUSTAVO DE LIMA SOUTO,

RG nº 3270963, data de expedição 09/02/2010,  
Órgão SSP-PB, CPF nº 064.578.654-37 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  
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA BENTO VIEIRA VITALE, SN</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>REMIGIO - PB</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>(83) 999817898</u>
E-mail	<u>EDUARDO048PB@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA - PB, 27/12/2017.

x Antonio Gustavo de Lima Souto

Assinatura do Declarante





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALONJO GUSTAVO DE LIMA SOUZA

DATA DO ACIDENTE 26/10/2017 CPF DA VÍTIMA 289.539.178-59

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/12/2017

IDENTIDADE 2956287

ASSINATURA Eduardo de Lima Nascimento

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO - 09/01/2018 10:37:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18010910355369900000011750247>

Número do documento: 18010910355369900000011750247

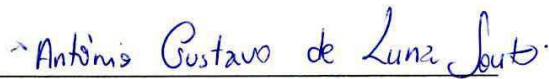
## INSTRUMENTO PARTICULAR DE MANDATO JUDICIAL

**MANDANTE:** **ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO**, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 3.272.963 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 064.578.654-37, residente e domiciliado na Rua Bento Vieira Vitorio, nº s/n, Cep: 58398-000, Centro, Remígio/PB, (83) 999817898.

**MANDATÁRIO:** **EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 17.980 e **RONALDO GONÇALVES DANIEL**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 22.856 com escritório profissional na Rua Conego Rui Vieira, nº 371, Centro, Remígio/PB, CEP: 58398-000, onde receberá as comunicações dos atos processuais.

**OUTORGA:** Poderes para o **FORO** em geral, aqueles especificados no art. 105 do Código de Processo Civil, para fé dos seus graus atuar em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito, as competentes ações ou a defende-lo nas adversas, seguindo uma e outras até final decisão, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber, dar quitação, agindo conjuntamente, podendo substabelecerem no presente mandato, com ou sem reservas de poderes.

Remígio, 18 de Dezembro de 2017.

  
**MANDANTE**



28/02/2017

Entrada em paciente - Atendimento Ambulatorial - UPA

Prefeitura Municipal de Campina Grande  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24hs

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUZA	
IDADE: 29	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PROFISSÃO: ENGENHEIRO AGRÔNOMO	DATA DE NASCIMENTO: 06/03/1988
CNS:	DOC: 3272963 - RG
NOME DA MÃE: MARIA LUCIENE DOS SANTOS LUNA	TELEFONE: 33 996065255
ENDEREÇO: RUA MINAS GERAIS Nº 1	
MUNICÍPIO: REMÍCIO	BAIRRO: LAGOA DO MATO
DATA DO ATENDIMENTO: 28/02/2017 às 10:40 hs	ESTADO: PB

## 2. ACOANHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

## 2.1 QUEIXA ATUAL:

Horário do acolhimento: 11:30 hs

Dores no abdômen na região de mto O/S e a umbilical

## 2.2 DADOS VITAIS:

PA: 120/80	FC: 65 bpm	TR:	Sat O <sub>2</sub> %:	HGT:	PESO:
------------	------------	-----	-----------------------	------	-------

## 2.3 ASPECTO:

CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	CONFUSO <input type="checkbox"/>	FACEIES DE DOR <input type="checkbox"/>	AR AMBIENTE <input type="checkbox"/>
INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	CALMO <input type="checkbox"/>	GEMENTE <input type="checkbox"/>	OUTRO: <input type="checkbox"/>

## 2.4 CHEGOU NA UNIDADE:

ANDANDO <input checked="" type="checkbox"/>	CADDEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/>	MACA <input type="checkbox"/>	OUTRO: <input type="checkbox"/>
---	--	-------------------------------	---------------------------------

## 2.5 TIPO DE ATENDIMENTO:

CLÍNICO <input type="checkbox"/>	PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/>	ORTOPÉDICO <input checked="" type="checkbox"/>	BUCO-MAXILO-FACIAL <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------	--	---

## 2.6 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

VERMELHO <input type="checkbox"/>	AMARELO <input type="checkbox"/>	VERDE <input checked="" type="checkbox"/>	AZUL <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	----------------------------------	---	-------------------------------

## JUSTIFICATIVA PARA AZUL:

<p>X <u>Antonio G. de Luna Souza</u> ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL</p>	<p><u>Martina Gomes dos Santos</u> ENFERMEIRA ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO ACOANHIMENTO</p>
--	--

UPA - Dr. Raimundo Maia de Oliveira  
Manoel Tavares, s/n - Alto Branco  
Campina Grande - PB

http://saude.pb.gov.br/upa/upa-24h/upa-24h-144288



Horário de atendimento médico: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

### 3. PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. ~~ANGELO~~ ~~JOSEF~~ ~~P.~~ ~~NALU~~  
~~DI~~ ~~LORENZO~~ ~~MATTIAS~~ ~~ATO~~ ~~OGIA~~  
 ASSINATURA DO MEDICO

## 5. EXAMES SOLICITADOS

## 7. OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM







ESTADO DA PARAIBA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA**  
RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N  
CENTRO - REMÍGIO - PB

*Encaminhamento*

*Encaminhado Antonio  
Luis de Lima Neto,  
29 anos, vítima de trauma  
ferido no abdômen, após  
queda de moto na via  
pública 30 min*

*Fora das perícias de  
exame de imagem  
no hospital.*

*Atenciosamente,*


*Dra. M. Rayanne Nunes Lima*  
MÉDICA  
CRM-PB 9273  
*R. 0110*

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: *26/10/17*

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		ESTADO DA PARAÍBA <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO</b> SECRETARIA DE SAÚDE <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>		<b>MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS): 8258 Nome: PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA CNPJ: 396065254 Código da Unidade: _____ Município: REMÍGIO UF: PB Endereço: RUA DR. LUIZ BRONZEADO Birm: CENTRO					
<b>DADOS DO PACIENTE</b> Nome: Antonio guilherme de souza souza Sexo: M Idade: 29 Nome da Mãe: Maria Zucena dos Santos Sousa Profissão: _____ Documento: 3872963-2 Endereço: R. Manoel de Barros N 154 Município: Remigio Est.: PB CEP: _____ Código IBGE Município: _____ CNS: _____ Data de Nascimento: 06/03/88 Data do Atendimento: 26/10/17					
<b>RAÇA/COR</b> ( ) 1 - BRANCA ( ) 2 - PRETA ( ) 3 - PARDAS ( ) 4 - AMARELA ( ) 5 - INDÍGENA ( ) 99 SEM INFORMAÇÃO <b>ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO:</b> Acidente de moto há 30 min, apresentando trauma de MTD. Queixa de dor em 3º dedo da mão direita.					
<b>EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:</b> _____ _____ _____					
<b>RESULTADOS:</b> _____ _____ _____					
<b>CARÁTER DO ATENDIMENTO</b> ( ) 01 - ELETIVO ( ) 02 - URGÊNCIA ( ) 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ( ) 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ( ) 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO ( ) 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS					
<b>PROCEDIMENTOS - Descrição</b> _____ _____ _____					
<b>DIAGNÓSTICO</b> Trauma de 3º dedo da mão direita (D) <b>CID 10</b>					
<b>MEDICAÇÃO:</b> ( ) PRESCRITA ( ) MEDICADA <b>ENCAMINHAMENTO:</b> ( ) OBSERVAÇÃO ( ) RESIDÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ( ) OUTRO HOSPITAL ( ) ÓBITO					
<b>SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO</b> 1. _____ 2. _____ 3. _____					
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE _____					
CNS		CBO		CRM Dr. M. RAYANE A. dos S. Lins MÉDICA OUCHEFE DE POSTO	
ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL _____				ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR ADMINISTRATIVO _____	
ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR TÉCNICO _____				ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR ADMINISTRATIVO _____	





Prefeitura Municipal de Campina Grande  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenação Municipal de Urgências  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24hs



### ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins a pedido do interessado que

Antônio Carlos de Sousa Gomes  
Portador do RG \_\_\_\_\_, foi submetido à consulta  
médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas.  
Sendo portador da CID - 10 \_\_\_\_\_.  
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades  
laborativas por um período de 12 ( doze ) dias a  
partir desta data.

CAMPINA GRANDE, 23/11/17.

Dr. Wilson P. Salazar  
Assinatura e Carimbo do Médico

### AUTORIZAÇÃO

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

Caro empregador a colocação do CID 10 no atestado médico não é  
obrigatória por ferir o sigilo médico do paciente. Grato pela  
compreensão.

Assinatura do Paciente ou Responsável



Prefeitura Municipal de Campina Grande  
Secretaria Municipal de Saúde  
Coordenação Municipal de Urgências  
Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24hs



### ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins a pedido do interessado que

Amílcar G. de Sousa L. Neto  
Portador do RG \_\_\_\_\_, foi submetido à consulta  
médica nesta data, no horário das 12 horas.  
Sendo portador da CID - 10 S23.0.  
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades  
laborativas por um período de 30 ( trinta ) dias a  
partir desta data.

CAMPINA GRANDE, 26/10/17.

Dr. Amaro Jorge P. Neto  
Assinatura e Carimbo do Médico

### AUTORIZAÇÃO

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

Caro empregador a colocação do CID 10 no atestado médico não é  
obrigatória por ferir o sigilo médico do paciente. Grato pela  
compreensão.

Assinatura do Paciente ou Responsável





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo <input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		Atendente <b>LUCAS SOUSA ESPINOLA</b>														
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total <input checked="" type="checkbox"/>		Agência <b>SUCURSAL JOÃO PESSOA</b>														
Nome do Requerente <b>ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO</b>		Nome da Vítima <b>ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO</b>	CPF da Vítima <b>06457865437</b>													
Documentos Complementares <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus</td> <td><input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador</td> </tr> </table>				<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário	<input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais	<input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus	<input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT	<input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente	<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador			
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário															
<input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais															
<input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus	<input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT															
<input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente															
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador															
Morte <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed.</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Alvará Judicial</td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)	<input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada)	<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)	<input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento	<input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS	<input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed.	<input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS	<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento	<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros	<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento	<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores	<input type="checkbox"/> Alvará Judicial	Inválidez Permanente <table border="0"> <tr><td><input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)</td></tr> </table> Outros Doctos. Entregues e Observações <b>*AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *PROCURAÇÃO; *DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML; *DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA; *RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS; *CIRUCULAR - 445/12 - PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO; *DADOS BANCÁRIO</b>		<input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)																
<input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada)																
<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)																
<input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento																
<input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS																
<input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed.																
<input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS																
<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento																
<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros																
<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento																
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores																
<input type="checkbox"/> Alvará Judicial																
<input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)																
		DAMS <table border="0"> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros</td></tr> </table>		<input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar	<input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)	<input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)	<input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros								
<input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar																
<input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico																
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)																
<input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)																
<input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros																



0130541

**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 Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

**Documentos para Invalidiz Permanente/Total:**

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG

[nexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0130541](http://nexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0130541)

28/12/2017



Assinado eletronicamente por: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO - 09/01/2018 10:37:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18010910361218900000011750258>  
 Número do documento: 18010910361218900000011750258

Num. 12016538 - Pág. 1