



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 N°016/2017

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



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

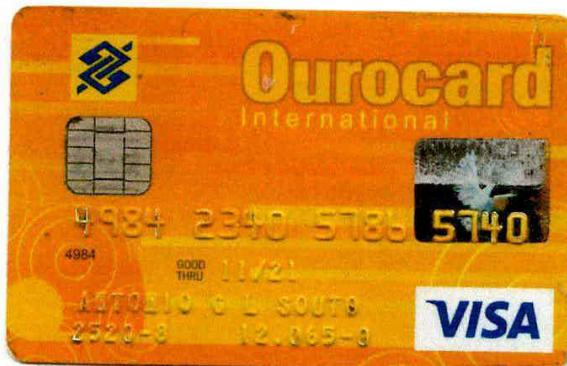
COMUNICANTE

+ *Antônio Gustavo de Luna Souto*
ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO

ESCRIVÃ "AD-HOC"

MIKAELLA TORRES FERNANDES "AD-HOC"





Assinado eletronicamente por: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO - 09/01/2018 10:36:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1801091035189170000011750227>
Número do documento: 1801091035189170000011750227

Num. 12016507 - Pág. 1

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 disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família."

DECLARO, ainda, ser conhecedor 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.

Antônio Gustavo de Luna Souto
Declarante





TERMO DE RESPONSABILIDADE

• PRAZO MÍNIMO 10 DIAS
• PAGAMENTO EM DINHEIRO

**orthopedic
campinense**

End. _____ N°: _____

residente _____ N°: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

assumo a responsabilidade integral pelo: _____

locado por mim, pelo prazo de _____ dias

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

28/03/2017
R. Dom Pedro II, 119 - Loja 1C - Centro - Campina Grande - PB - Telefones: (83) 3341-1247 | (83) 98779-5093
site: www.orthopediccampinense.com

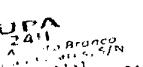
NOME - RG - CPF

Campina Grande-PB 28/03/2017

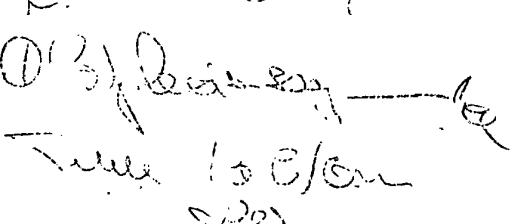
Rua Dom Pedro II, 119 - Loja 1C - Centro - Campina Grande - PB - Telefones: (83) 3341-1247 | (83) 98779-5093
site: www.orthopediccampinense.com

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

ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
 CGC: 24.513.574/0001-21 - UF: PB CAMPINA GRANDE - PB	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
1º VIA DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2º VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE	
CARIMBO DO MÉDICO	

PACIENTE:	
ENDEREÇO:	R. Ilheu Belo
PREScriÇÃO:	
DATA:	28/03/2017

IDENTIFICADOR DO COMPRADOR	IDENTIFICADOR DO FORNECEDOR
NOME	ORGÃO EMISSOR
IDENT.	
ENDEREÇO	
CIDADE	UF
CEP	
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 Antônio Gustavo do Souza Santo

Inscrita no CPF: 064.578.654-37 e RG: 3.272.963

A quantia de R\$ 75,00

(Sessenta 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

RICARDO PEREIRA PASSOS - EPP

RUA CONEGO RUI VIEIRA, S/N - CENTRO
CEP: 58.398-000 - REMÍGIO - PB

Centro Médico
Eximagem
RECEPÇÃO
07.536.979/0001-66
Ricardo Pereira Passos

Rua Conego Rui Vieira, 266 - Centro - Remígio - PB - (83) 3364.1564 - www.eximagem.com





TERMO DE RESPONSABILIDADE

- PRAZO MÍNIMO 10 DIAS
- PAGAMENTO EM DINHEIRO

Eu, ANTONIO Gustavo de LIMA Scuro

Residente: R. Beato Raimundo

Nº: 03

Bairro: CENTRO

Cidade: Recife

Telefone: (83) 9 9981-7898

Assumo a responsabilidade integral pelo: Bota Frida,

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 28/11/2011

PAGO
EM 28/11/2011
R\$ 60,00

Antônio Bautista de Lima Scuro

NOME - RG - CPF

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



06/11/2017

Email – gusluso@hotmail.com

Email do Outlook

Pesquisar Email e Pessoas Novo | Responder | Excluir | Arquivar | Lixo eletrônico | Limpar | ...

Pastas

Caixa de Entrada

Lixo Eletrônico	4	MR MaxMilhas - José Renato
Rascunhos	1	dom: 29/10/12:21 Você
Itens Enviados		
Itens Excluídos	90	Você respondeu em 30/10/2017 09:45.
Arquivo Morto		
Conversation History		
Dissertação		
Livros		

Re: código:469320 e-ticket:MW9HFH - [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 realizou o procedimento de remarcação. Assim será possível a compra de um novo voo em qualquer companhia aérea, caso haja disponibilidade.

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 transferência bancária, podemos descontar o valor da multa de cancelamento do valor que pagou por essa compra (R\$ 654,34). Assim o resultado é **R\$ 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 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 cancelamento na cia aérea.

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

Em caso positivo, nos informe os dados bancários (deve ser no mesmo nome de quem efetuou o pagamento da compra) 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 automaticamente cancelada.

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

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 e apague este e-mail de seu computador. Esta empresa não se responsabiliza por opiniões ou declarações veiculadas.



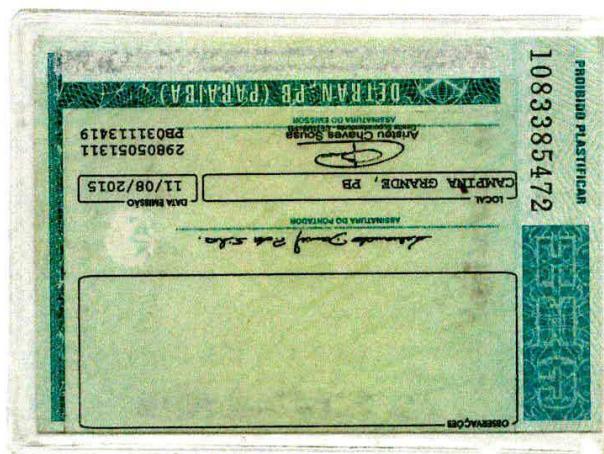
<https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/inbox/rp>

1/1



Assinado eletronicamente por: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO - 09/01/2018 10:36:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18010910353174200000011750234>
Número do documento: 18010910353174200000011750234

Num. 12016514 - Pág. 5

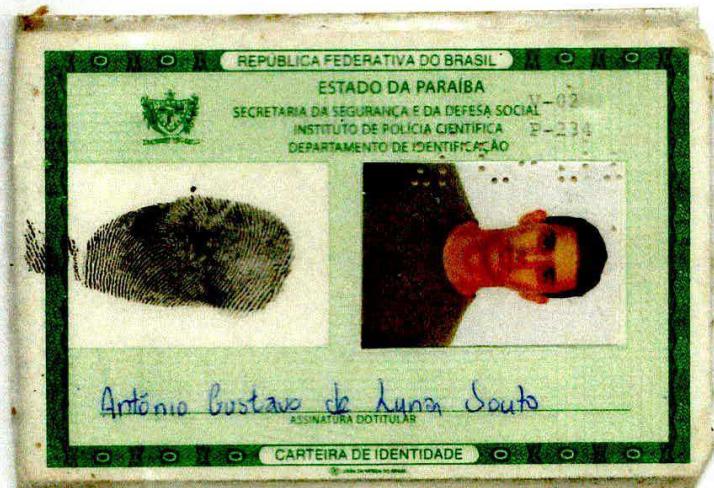


Assinado eletronicamente por: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO - 09/01/2018 10:36:56
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18010910353889500000011750237>
Número do documento: 18010910353889500000011750237

Num. 12016517 - Pág. 1

PB Nº 012824397022		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		EXERCÍCIO 2016	DATA EMISSÃO 17/08/2016
PLACA MOC8997/PB	CPF / CNPJ 07453613400	RE NUM 00934351686	MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS
ANO FAB. 2007	CPF TAN. 9	Nº CHASSI 9C2KC08107R120744	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
TÍP. IRSI *****	DENATRAN (RS) *****	CUSTO DO SEGURO (RS) *****	
CUSTO DO BILHETE (RS) *****	IOP (RS) SEGURADO	TOTAL A SER PAGO SEGURO (RS) P A G O	
SUITA ÚNICA <input type="checkbox"/>	PAGAMENTO <input type="checkbox"/>	PARCELADO <input type="checkbox"/>	DATA DE QUITAÇÃO 15/08/2016
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04 www.seguradoralider.com.br			
31054-0737431-20160817			





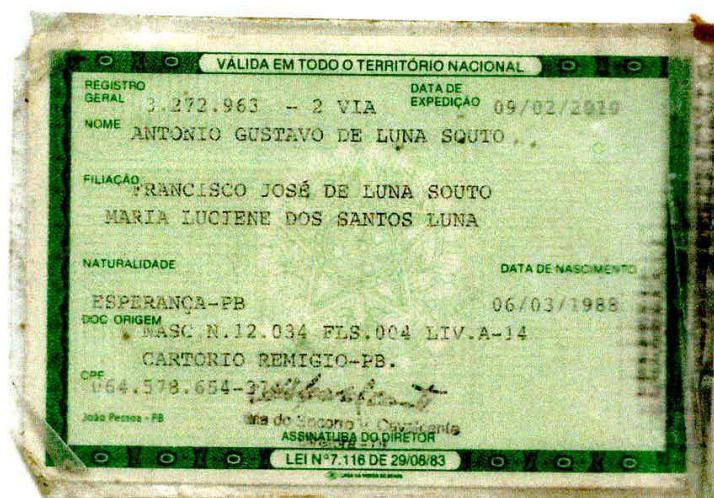
**CARTÓRIO ÚNICO DE REMÍGIO
ESTADO DA PARAÍBA
AUTENTICAÇÃO**

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original, dou fé F.m Test^o. MMS
de verdade.

Remígio 08/11/2017

MMS
Márcia M^a Serafim dos Santos
ESCREVENTE

"SELO DIGITAL: AFR48863-7Y44
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>"



GERALDINA PINTO DE LIMA SOUTO
RUA BENTO VIEIRA VITÓRIO, S/N - CENTRO
REM/G/O/PB CEP: 58389000 (AG. 71)

Emissão: 25/10/2017 Referência: Out / 2017
Classe/Subcls: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL TRIFASICO
Roteiro: 14 - 73 - 283 - 860 N° medidor: 00008759215

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
- Log. M. 29 - Unid. Residencial João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 03.095.103/0001-40 - Insc. Est: 16015.823-0

Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica Nº 011.009.188
Cód. para Déb. Automático: 00008672149

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: 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 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/867214-9

Canal de contato

- CONVOCACAO DA JUSTICA ELEITORAL -
CADASTRO BIOMETRICO
A IDENTIFICACAO BIOMETRICA E OBRIGATORIA E GRATUITA.
OTRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA: QUANTO
AO CADASTRAMENTO, PROCURE UM CARTORIO ELEITORAL
MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias		
Data	Leratura	Data	Leratura			
25/08/17	3520	25/10/17	3881	Demonstrativo		
0601 Consumo em kWh						
0601 Adic. B Amarela	141.000 0.736280	103,81	103,81	27		
0601 Adic. B Vermelha		0,68	0,68	27		
		6,00	6,00	27		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUÍM PÚBLICA		10,88	0,00	0		
		0,00	0,00	0,00		
		0,00	0,00	0,00		

CC: Código de Classificação do item TOTAL 121,37 110,49 29,83 110,49 1,14 5,28

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

Histórico de Consumo (kWh)

4	182	207	210	193	206	210	178	208	199	213	174
Set/17	Agosto/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16

RESERVADO AO FISCO

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

ARTÍRIO ÚNICO DE REVISÃO
ESTADO DA PARAÍBA
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original, dou fé. Em Teste. MMTP
é verdade.

Ramigio 08/11/2017

Mércia M. Serrano dos Santos
ESCREVENTE

"SELO DIGITAL: AFQ48863JY44
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>"

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo	
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIMENSAL	6,47	0,00	NOMINAL 380
DIM. TRIMESTRAL	12,94		
DIM. ANUAL	25,68		
FIC. MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA, LIMITE INFERIOR 260
FIC. TRIMESTRAL	8,85		LIMITE SUPERIOR 380
FIC. ANUAL	13,70	0,00	
DMIC	3,80		
DICRI	12,22		
		Discriminação Valor (R\$) %	
		Serviço de Gás da Energia-PB 0,53 21,56	
		Serviço de Energia 0,50 20,99	
		Impostos e Tributos 4,08 3,36	
		Encargos Sociais 7,35 6,06	
		Impostos Diretos e Encargos 47,13 39,93	
		Outros Serviços 0,00 0,00	
		Total 121,37 100,00	

Valor do EUSC (Ref. 9/2017) R\$ 44,50

ATENÇÃO		Faturas em atraso
- Leitura confirmada		

energisa PARAIBA
Roteiro: 14 - 73 - 283 - 860
Matrícula: 867214-2017-10-0

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





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, Antônio Gustavo de Luna Souto

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.272.963, EXPEDIDO POR SSP/PB, EM 09/02/2010 E
CPF 064.537.865-437 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Funcionário Público
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Gustavo de Luna Souto. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRÉSTADAS.

(*) 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 POUPIANÇA 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 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2520-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12065 - 0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SOU PESSOA 27 de DEZEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

x Antônio Gustavo de Luna Souto

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.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANTONIO GUSTAVO DE LIMA SOUTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSAO: FUNCIONARIO PÚBLICO **Nº DO RG:** 3.272.963
ÓRGÃO EMISSOR: SSSOS - PB **DATA DE EMISSÃO:** 09/02/2010
Nº CPF: 064.578.654-37 **ENDEREÇO:** RUA BENTO VIEIRA
VITÉMIA, SIN, CENTRO, REMÍGIO - PB CEP: 58298-000

OUTORGADO: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSAO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 2956287
ÓRGÃO EMISSOR: SSSPB **DATA DE EMISSÃO:** / /
Nº CPF: 053.038.084-67 **ENDEREÇO:** RUA BENTO VIEIRA
123, CENTRO, Remígio - PB CEP: 58298-000.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/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 vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA , 27 de DEZEMBRO de 2017

x Antônio Gustavo de Lima Souto

Assinatura

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

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 AGC00689-8491"

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 resido 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 SOUTO, cujo o condutor
era FERNANDO DANIEL PEREIRA DA SILVA.

Veículo.....: MOTOCICLETA
Ano.....: 2007
Modelo.....: HONDA CG, TITAN 150 KS
Placa.....: MOC 8987
Chassi.....: 9CJ1K08107R120744
Data do acidente.: 26/10/2017 às 08:45 hr.

Local e data: João Pessoa 27/12/2017

x Fernando Daniel 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 (a vítima for carona)
 Mércia Maria Serafim dos Santos
 Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÉNTICA(S) a(s) firma(s) de Fernando Daniel Silva e Maria do Socorro Barbosa Fernandes por autenticidade

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório, Fernando Daniel Silva e Maria do Socorro Barbosa Fernandes fizeram a assinatura em 18/12/2017.
Dou fé Remigio, 18/12/2017
"SELO DIGITAL", HGE00690-5A14 FSCREVENTE
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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 VIGIAR VITÓRIO, SN, CEP: 58398-000,

Cidade Renácia, 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 Antonio Gustavo de Luna Souto

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Já é 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 posso comprovar endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA BENTO VIEIRAS VITALETO, 3N</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>REMÍGIO - PB</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>(83) 999817898</u>
E-mail	<u>EDUARDO098PB@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



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Eduardo GUSTAVO DE LIMA SOUTO
 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 _____ FONE/FAX _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 15.500,00
 - 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/10/2017IDENTIDADE 2956287ASSINATURA Eduardo de Lima Mendes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



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.
- MANDÁTARIO:** **EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO**, brasileiro , casado, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção da Paraíba, sob o nº 17.980 e **RONALDO GONÇALVES DANIEL**, brasileiro , solteiro, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção 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 defendê-lo nas adversas, seguindo uma e outras até final decisão, usando recursos legais e acompanhando, 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.

Antônio Gustavo de Luna Souto
MANDANTE



26/3/2017

Entrada em Paciente - Atendimento Ambulatorial - UPA

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



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:		ANTONIO GUSTAVO DELCINA SOUTO	
IDADE:	SEXO:	M	F
PROFISSÃO:		ENGENHEIRO AGRONOMO	
CNS:	3272663 - RG		
NOME DA MÃE:	MARIA LUCIENE DOS SANTOS LUNA		
ENDEREÇO:	RUA MINAS GERAIS NT		
MUNICÍPIO:	REMÍGIO		
BAIRRO:	LAGOA DO MATO		
DATA DO ATENDIMENTO:	28	09	2017
	as	10	49
		hs	
ESTADO:	PB		

2. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

2.1 QUEIXA ATUAL:

Horário do acolhimento: 11:30 hs

Dores no midrigrande de dor c/ estancamento

2.2 DADOS VITAIS:

PA:	FC:	FR:	Sat. O ₂ (%)	TGT	PESO:
120/80	65 bpm				

2.3 ASPECTO:

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

2.4 CHEGOU NA UNIDADE:

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

2.5 TIPO DE ATENDIMENTO:

CLINICO <input type="checkbox"/>	PEDIATRICO <input type="checkbox"/>	ORTOPEDICO <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

X *Banho N° banho de saba*

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Marilia Gomes dos Santos
ENFERMEIRA
CRP 04/12322

ASSINATURA DO ENFERMEIRO
RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO

UPA - Dr. Raimundo Maia de Oliveira
Av. Manoel Tavares, s/n - Alto Branco
Campina Grande- PB
http://saudecg.pb.gov.br/upapublico/prontuario/144288





ESTADO DA PARAÍBA
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 a Dr. Antônio
Luis da Costa Lima,
Quando, vítima de trauma
fendido num m. D, capas
abertas. Dr. muto d. Eu.
em d. 30 min.
Dr. Luis Cláudio da
Cunha de Oliveira
no encar.*

alterado escaneado,

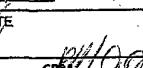
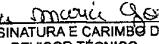
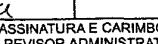
Dra M^a. Rayane Nunes Lima
MÉDICA
CRM-PB 9273
C/110

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 26/10/17

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



 SUS Sistema Único de Saúde		ESTADO DA PARAÍBA PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																																					
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS): 82.58 Nome: PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA CNPJ: 09960059541 Código da Unidade: Município: REMÍGIO UF: PB Endereço: RUA DR. LUIZ BRONZEADO Bairro: CENTRO																																							
DADOS DO PACIENTE Nome: Antônio Quintino de Souza Soárez Sexo: M Idade: 29 Nome da Mãe: Maria Graciela dos Santos Souza Profissão: Documento: 3272963-2 Endereço: R. Manoel da Brasa N° 151 Município: Remígio Est: PB CEP: Código IBGE Município: CNS: Data de Nascimento: 06/10/3188 Data do Atendimento: 26/10/187																																							
RAÇA/COR <input checked="" type="checkbox"/> 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - PRETA <input type="checkbox"/> 3 - PARDA <input type="checkbox"/> 4 - AMARELA <input type="checkbox"/> 5 - INDÍGINA <input type="checkbox"/> 99 SEM INFORMAÇÃO																																							
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO: <p>(d) paciente de moto bici 30min (am) sentado na bicicleta de volta MD (Q) Queria se deitar com 3º pedodado</p>																																							
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: <p>Exames realizados na unidade:</p>																																							
RESULTADOS: <p>Resultados:</p>																																							
MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 1. 2. 3. 4.																																							
CARÁTER DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 01 - ELETTIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/> 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS																																							
PROCEDIMENTOS - Descrição <p>Trauma de 3º pedodado atilo (D)</p>																																							
DIAGNÓSTICO <p>Trauma de 3º pedodado atilo (D)</p>																																							
CID 10 <p>CID 10</p>																																							
MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> PRESCRITA <input type="checkbox"/> MEDICADA ENCAMINHAMENTO: <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO																																							
SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO <table border="1"> <tr> <td>1-</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>2-</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>3-</td> <td>/</td> </tr> </table>				1-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	2-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	3-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																												
2-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																												
3-	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																												
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE  Dr. M. Rayane de Souza Tavares MEDICO																																							
ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL <p>Assinatura do paciente / acompanhante ou responsável</p>																																							
OU PEGAR DIRETO <p>Ou pegar direto</p>																																							
ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR TÉCNICO  Dr. M. Rayane de Souza Tavares MEDICO																																							
ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR ADMINISTRATIVO  Dr. M. Rayane de Souza Tavares MEDICO																																							





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 Góes de Souza
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 10 (dez) dias a partir desta data.

CAMPINA GRANDE, 26/10/17.

J. W. de Souza
Assinatura e Círculo de Segurança
Assinatura e Círculo de Segurança

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	Atendente	
<input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares	LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro	Agência	
Inválido Permanente/Total	SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente	Nome da Vítima	
ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO	ANTONIO GUSTAVO DE LUNA SOUTO	
CPF da Vítima	CPF da Vítima	
06457865437		
Documentos Complementares		
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador		
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador		
Morte	Inválido Permanente	DAMS
<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 Outros Doctos. Entregues e Observações *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *PROCURAÇÃO; *DECALRAÇÃO 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	<input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico <input checked="" type="checkbox"/> Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) <input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de 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 acomplementação do processo

Documentos Básicos:

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

Documentos para Inválido Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG

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://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18010910361218900000011750258>
 Número do documento: 18010910361218900000011750258

Num. 12016538 - Pág. 1