



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Jose Sergio de Sousa</i>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>42a</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>Branco</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>
DATA DE ADMISSÃO <i>10/03/16</i>		DATA DE ALTA <i>17/03/16</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>Fratura dos ossos de antebraço</i>		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO:			
<i>De 02 ossos de antebraço</i>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA <i>Curativos e reduções e fixação de placa</i>			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA			
<input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<i>Doente de 42 anos de idade, sexo masculino, com queixa de dor e inchaço no antebraço, de origem traumática, com fratura dos ossos de antebraço.</i>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.
	Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:	

RETORNO	Ao posto de saúde em <i>07 dias</i>	para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do <i>07 dias</i>	em 30 dias para revisão.

<i>17/03/16</i>	DATA	<i>Cordeiro</i>	ASS. MÉDICA
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar			
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO			
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>José Sandoval de Jesus</u>				PRONTUÁRIO Nº: _____	
IDADE: <u>42a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: _____	CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>	ENTE: _____	LEITO: _____
DATA DE ADMISSÃO: <u>10/03/16</u>		DATA DE ALTA: <u>27/03/16</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: _____	
DIAGNÓSTICO INICIAL: _____				CID: _____	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Fratura dos corpos de osso da tíbia</u>				_____	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____				_____	
PRINCIPAIS EXAMES: _____				_____	
PROCEDIMENTO REALIZADO: _____				_____	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: <u>Dx de corpos de osso da tíbia com redução e fixação de placa</u>				_____	
ANATOMIA PATOLÓGICA: _____				_____	
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		_____	
RESULTADO BACTERIOLOGIA: _____				_____	
CONDIÇÃO DE ALTA: <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO	_____				

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<u>Paciente admitido no Hospital de Ortopedia e Traumatologia em 10/03/16 com diagnóstico de fratura dos corpos de osso da tíbia com redução e fixação de placa. Evolução satisfatória com melhora da dor e mobilidade da articulação. Alta em 27/03/16.</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: _____
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: _____

RETORNO	Ao posto de saúde em <u>07 dias</u> para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do <u>07 dias</u> em 30 dias para revisão.

<u>17/03/16</u> DATA	<u>Correio</u> ASS. MÉDICA Dr. Manoel Tullio Médico Responsável CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) for João de Souza portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S52.P, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 30
(trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/04/16

Dr. Francisco Tatin
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Dr. Sergio
da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 17/10/16

☐ Nº PRONTUÁRIO: ☐ FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Luiz Portela

DIAGNÓSTICO: Fratura Fechada

PROCEDIMENTO: análise

Revisão e prescrição com
colocação de placa

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

CERTIDÃO


Nº. 0787/2016

Atendendo solicitação de **JOSE SERGIO DOS SANTOS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 835379 e Prontuário Nº 2016.03.001054 pertencentes ao requerente e que foi atendido no dia 10/03/2016 às 22H59min, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/03/2016 com alta dia 17/03/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de maio de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R., AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 835379 Attd: Nao Regulac
Data: 10/03/2016
Hora: 22:59:37
Recepcionista: ADEILDO JUSTINO DA SILVA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE SERGIO DOS SANTOS
CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 2083563 Fone: 0
Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 10/10/1974 Id: 41 ano(s)
End.: USINA SANTA HELENA, SN
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAPE UF: PB
Pai: FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS
Mae: MARIA JOSEFA DOS SANTOS
Ocupação: SERVENTE DE PEDREIRO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: JOSE SERGIO DOS SANTOS
el/Doc. Responsavel: 0 / CPF: 2083563
Procedencia: CASA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.03.001654

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispinela
[] Diarreia [] Agitado
[x] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observacao

Queixa Principal

Lesão com deformidade antebraço
exposto

Não é alérgico

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico):

Quem da hora 18:00h
Doença no braço (5)

Diagnóstico

12x fratura (5)

Prescrição

Ex 5x1000 de infusão
horario de medicacao

De Risco de infecção não é necessário de anti-biótico



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Jon Sérgio dos Santos Data: 10/03/16

End.: _____

Bairro: _____

Cidade: Sapé - PB

Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Paciente sofreu acidente de moto, apresentando
fractura no antebraço B. No momento está
estabilizado com gesso de Rio de Janeiro,
solicitando uma avaliação do ortopedista

Medicamento Administrado

Referenciado para: Dr. José Daniel

Contra referência: Dr. José Daniel

Motivo: _____

Contra referência para: _____

[Signature]
Dra. Jussara Dantas
Medicina
CRM - PB 5467

Nome: JOSE SERGIO SANTOS				Registro: *	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: DR. PONTA			1º Assistente: DR. LEONARDO R.	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: 15:00	T: 16:00
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FRACTURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (E)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (E)					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim 2 (X) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Alta Hospitalar 2 () Residência 3 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

- 4) INCISÃO LATERAL DO ANTEBRAÇO E (VIA DE TIMPÂNICA) + DISSOCIAÇÃO POR PLANOS
- 5) INCISÃO MEDIAL DO ANTEBRAÇO E P/ ACESSO DA ULNA

Achados:

- 6) LOCALIZADO FOCO DE FRATURA EM DIÁFISE DO RÁDIO E DA ULNA E

Conduta:

- 7) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP + FURROS EM RÁDIO E
- 8) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP 6 FURROS EM ULNA E
- 9) CUIDADOS DA HEMOSTASIA
- 10) RX DE CONTROLE

Fechamento:

- 11) SUTURA DOS PLANOS + CURATIVO
- 12) TIEBIA

OBS:

Data:

14/04/16

Dr. Leonardo Torres
Médico
CRM - PE 23322

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Jose Sergio das Góias</i>		Registro: *			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>11/03/16</i>	Cirurgião: <i>Heider Renero</i>		1º Assistente: <i>F. J. J. J.</i>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura exposta do Antebraço</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Limpeza cirúrgica</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal

Longequer abdominalte C15F 0,5%

Incisão:

Assimétrica 17m 12cm

Cirurgia estéril

Achados:

Desfibrilação

Novo Longequer C15F 0,5%

curativo

Conduta:

9.00 5.00pm

Fechamento:

OBS:

Não foi feita fixação para apresentar
 know de evolução e não foi fixa
 externo

Data:

11/03/16

Dr. Heider Nóbrega
 Intensiva Traumatologia
 MEMÓRIA 6511



Nome: João Sérgio Data de Admissão: 10/10/16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/
QPD: Doz do Formigão e Formigão - 6-10-16
HDA: 15/10/16 com dor 5-10-16 com dor
15/10/16 com dor 5-10-16 com dor

Medicações em uso: 15/10/16

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Fonturas ☐ Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaleia ☐ Espirros ☐ Rinorreia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rins [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP (°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

FL 5X10¹⁰ 75 0150 70 183/125
60.5/100

Conduta:

h 550
26/12/2017 com 0150
70 183/125
60.5/100
h 2300

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-123




Francisco Malaquias dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.083.563 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2014

NOME JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS
MARIA JOSEFA DOS SANTOS

NATURALIDADE
SAPÉ-PB

DOC ORIGEM
NASC.N.854 FLS.69V LIV.A 02
CARTÓRIO SAPÉ-PB

CPF
024.339.354-74

DATA DE NASCIMENTO
10/10/1974

ASSINALE A COLUNA DE SEU INTERESSE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome

THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

Filiação

TOLSTOI DA SILVA BRANDÃO
MARIA SALETE DE ATAÍDE BRANDÃO

Naturalidade

JOÃO PESSOA-PB

Data de Nascimento

19/08/1982

Nº

2943508 - SSP/PB

C72 139 414-02

Exercício de Atividade

EXERCÍCIO

NÃO

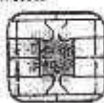
14/03/2012

Odor de Terra Cavaleiro
ODOR DE TERRA CAVALHEIRO
PRESIDENTE

16685



Thiago de Ataíde Brandão
Thiago de Ataíde Brandão



CAV

ISSO DEBEMOS
OBRIGATORIO PARA TODOS OS FINAIS
FALTA DE ATUALIZAÇÃO

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10181870

LACERDA SANTANA
ADVOGADA

PROCURAÇÃO



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Dom Pedro II, 705 - Centro - João Pessoa - PB
Fone: (33) 3283-2341 / 3283-2342
CNPJ: 06.940.888/0001-90

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
JOSE SERGIO DOS SANTOS.....
Em test.da verdade. Sape-PB 31/10/2018 10:42:03
Maria de Lourdes Castro Ruano - Escrevente
[2018-008916]EML:R\$ 89,40 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,20
SELO DIGITAL: #615760-0000
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.pb.gov.br>

OUTORGANTE:

Jose Sergio dos Santos, brasileiro, solteiro,
inscrito no RG 2 083 563 e CPF 024.339.354-24,
residente e domiciliado na Rua Santa
Helena, 25, Área Rural, Sape-PB CEP 58340-000

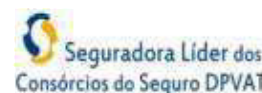
OUTORGADA(S): MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 11.662-B; LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, Advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.301-B; LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625; RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.903; DANIELY SOUSA DOS SANTOS, brasileira, casada, inscrita no CPF sob o nº 052.336.864-06; EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.105; LAISA MAÍRA DINIZ BARBOSA, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 19.637; RANNIERE MATILDE DA COSTA, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; GILDMAR PEREIRA DE LIMA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018; DANIELLY MELO ALVES, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; GERMANA CAVALCANTI DE ALMEIDA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384; RAYANNE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; KELLY SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO, brasileira, casada, advogada com inscrição suplementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÉGO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; YURI JAMES CARNEIRO BRUNET, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358, THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685 todos com escritório na Av. Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Para representá-lo(a) junto à todas autarquias previdenciárias, dentre eles, principalmente: INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV - PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM - INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE BAYEUX/PB E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT S/A; para tratar de assuntos de seu(s) interesse, com os poderes para assinar requerimento(s) e outro(s) documento(s), requerer a concessão, restabelecimento ou Revisão de Benefício previdenciário, FAZER NIT, FAZER AGENDAMENTO DE BENEFÍCIO, requerer CNIS, INFEN, HISMED, FICHA FINANCEIRA, CARTA DE CONCESSÃO OU INDEFERIMENTO DE BENEFÍCIO, obter vistas em procedimento(s) administrativo(s), RECORRER DOS PROCESSOS DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS, utilizando de todos os recursos legais, por fim, praticar todos os atos em direito permitidos para fiel cumprimento dos poderes outorgados neste instrumento.

João Pessoa/PB, 18 de dezembro de 2018

X José Sérgio dos Santos, Escriba
OUTORGANTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361871/19

Vítima: JOSE SERGIO DOS SANTOS

CPF: 024.339.354-74

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/03/2016

Titular do CPF: JOSE SERGIO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

JOSE SERGIO DOS SANTOS : 024.339.354-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589078

Vítima: JOSE SERGIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SERGIO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 024.339.354-74 Nome completo da vítima: Jose Sergio dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DO ACIDENTE - FOMENTO DE ENDÓGENOS - FOMENTO DE VÍTIMAS BENEFICIÁRIAS - CIRCULAR SUSEP Nº 145/2012

Nome completo: Jose Sergio dos Santos CPF: 024.339.354-74

Profissão: Recuso Informar Endereço: Povoado Santa Helena Número: 25 Complemento: _____

Bairro: Zona Rural Cidade: Sape Estado: PB CEP: 58340000

E-mail: previdenciou@leandro.bortone.net.br Tel.(DDD): (33) 3232-0304

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

RENDAMENTO MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS CADASTRAIS

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922 08 CONTA: 00021183 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICA OCORRÊNCIA DE MORTE - FOMENTO DE ENDÓGENOS - FOMENTO DE VÍTIMAS BENEFICIÁRIAS - CIRCULAR SUSEP Nº 145/2012

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa PB 14/02/18

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.




NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº685/2016

Aos DEZ (10) dias do mês de Maio do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, **Dr. FREDERICO CLAUDIO M MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10h30min, compareceu **JOSE SERGIO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, natural de Sapé, 41 anos, nascido em 10/10/1974, filho de Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos, RG. 2.083.563/PB, soldador, alfabetizado, residente na Usina Santa Helena, tel. 9.9151.6141. NOTIFICOU QUE: no dia 10/03/16, por volta das 19:00 hs estava conduzindo sua Moto Honda CG 150 FAN ESI, ano 2012, placa OFA-6366/PB, de cor preta, chassi 9C2KC1670CR568916, em nome do noticiante, quando caiu em um buraco próximo de sua residência, que o noticiante caiu e foi encaminhado para o Hospital Sá Andrade através de populares e após transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira – TRAUMINHA, conforme Laudo Médico em anexo. Diante do exposto veio notificar o fato. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.


NOTICIANTE

**Feliciano da Silva**
Serviço Notarial e Registral
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de.....
JOSE SERGIO DOS SANTOS
Em test.da verdade. Sapé-PB 31/10/2016 10:42:03
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
(2016-000917)EML-RS 89,40 FAPEN-RS 0,28 FEPJ-RS 1,90
SELO DIGITAL: RH515761-YH42
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>

ARTÓRIO ÚNICO
Delegacia de Polícia Civil, Feliciano da Silva
Função Substituto
Delegado de Polícia Civil, Feliciano da Silva
Escrivão
A/C: Genito Ribeiro Coutinho, 1746
Sapé-PB 3283-5264 / 3283-3163
CNP 06340-900 Sapé-PB



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE SAPÉ/PB**



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 118 /2016.

Exame Requisitado: **EXAME COMPLEMENTAR/**

Autoridade Requisitante: **Del. Pol. FREDERICO CLAUDIO M. MAGALHÃES**

Local: **Sapé/PB**

Data: **09/11/2016**

OBS: Encaminhar o Resultado para a Delegacia de Sapé/PB.

Senhor (a) Gerente.

Solicitamos enviar equipe para realização de Exame Complementar na pessoa de:

Nome: **JOSÉ SÉRGIO DOS SANTOS**

Sexo: **masculino**

Nacionalidade: **brasileiro;**

Natural de **Sapé/PB**

Nascido em: **10/10/1984**

Idade: **42 anos**

Filiação: **Francisco Malaquias dos Santos e de Maria Josefa dos Santos**

Grau de Escolaridade: **alfabetizado**

Residente: **Usina Santa Helena- Sapé-PB (Tel. 991516143)**

Estado Civil: **solteiro**

Ocupação Habitual: **Soldador**

Data e hora da ocorrência: **10/03/2016, por volta das 19:00 hs**

Local onde o fato ocorreu: **Na Usina Santa Helena- Sapé-PB..**

Histórico: A Vitima sofreu um acidente de Moto, no dia 10/03/16, por volta das 19:00horas, na Usina Santa Helena, quando caiu da Motocicleta vindo a quebrar o braço.

MANOEL CARLOS DA SILVA NETO
Delegado de Polícia Civil

**AO SENHOR
GERENTE DO GEMOL
JOÃO PESSOA - PB**

RECEBIDO

Em: ____/____/____

Assinatura: _____

Matrícula: _____



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
HOSPITAL REGIONAL DR. SÁ ANDRADE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o Srº. JOSE SERGIO DOS SANTOS, Nascido em 10/10/1974, residente na Usina Santa Helena,- Zona Rural – Sapé- PB, o qual deu entrada neste serviço de saúde(Hospital Regional Dr. Sá Andrade em Sapé - PB) na data de 10/03/2016, vítima de acidente de moto, o qual foi atendido pela equipe médica deste serviço de saúde. Sendo encaminhado para outra unidade. (Hospital de Trauma – João Pessoa)

Esta declaração é verdade e dou fé.

Sapé-PB, 23 de Agosto de 2019

Atenciosamente,

Evelyn Ribeiro Gomes
Diretora Geral do H.R.S.A
Matricula 2122969

EVELYN RIBEIRO GOMES
Diretora Geral

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 030.789.999



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Luz, Iluminação, Realização
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS
POV USINA SANTA HELENA 25
SAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/64298-3

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

10/09/2019

CONSUMO

240

VENCIMENTO

17/09/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 231,01

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05984.967173 6 80150000023101

Pagador: FRANCISCO MALAQUIAS DOS SANTOS CNPJ/CPF: 691.986.754-00

POV USINA SANTA HELENA 25 - AREA RURAL - SAPE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

26249120005984967

Nr Documento

000064298201909

Data Vencimento

17/09/2019

Valor do Documento

R\$ 231,01

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

08.095.183/0001-40



LACERDA SANTANA ADVOCACIA
AV DOM PEDRO II 705
CENTRO
58013 - 420 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Na Web - www.claro.com.br/empresas
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura.

Nº do Cliente: 952/96439
Nº da Conta: 101518218
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93
Código para Débito Automático: 101518218 Claro NE DDD 81 a 89
Razão Social: Claro S/A
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47
CNPJ Filial: 40.432.544/0004-20

2ª Via de Fatura
Período de Uso de 14/07/2019 a 13/08/2019
Vencimento 03/09/2019
Total a Pagar R\$ 1.264,35

Valor pago na última conta: R\$ 1.256,50

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais	
Oferta Conjunta Claro MIX	R\$ 1.199,72
Claro Life Ilimitado 500MB	-
Claro Life Ilimitado 5GB	-
Aplicativos Digitais	-
PJ Bônus de Internet Turbo - 5GB	R\$ 0,00
Pacote Mobilidade	R\$ 0,00
Pacote Social	R\$ 0,00
Interurbanas e Rec. em viagem	R\$ 24,37
Ligações adicionais, serviços adicionais e excedentes	R\$ 39,22
Parcelamento de Aparelho	R\$ 3,33
Descontos	R\$ -2,29
Total do Mês	R\$ 1.264,35

Total a Pagar R\$ 1.264,35

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% + 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
LACERDA SANTANA ADVOCACIA	101518218	14/07/19 a 13/08/19	R\$ 1.264,35	03/09/19
	Claro NE DDD 81 a 89			

84800000012-0 | 64350221201-4 | 90903101518-3 | 21803318122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Thiago de Araujo Brandão
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.739.414 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Sergio dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.539.354 / 74
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima José Sergio dos Santos
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.339.354 / 74, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Povoado Santa Helena</u>	Número: <u>25</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Sape</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>prevencinno@lexidasantoro.de.br</u>	CEP: <u>58340-000</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 3232-0304</u>

Local e Data: João Pessoa PB 25/09/19

Thiago de Araujo Brandão
Assinatura do Declarante