



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**SUS**  
Sistema Único de Saúde

### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

#### CARÁTER DO ATENDIMENTO

1.  ELETIVO  
 URGÊNCIA  
 ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA.  
 ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.  
 ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.  
 OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.  
 OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

#### PROCEDIMENTO - descrição:

Nome: João Batista Documento: RG 123456789  
 Profissão: Operário Estado: PB  
 Endereço: Rua Getúlio Vargas, 45 - Centro  
 Município: Sapé Cidade: 32  
 Código IBGE Município: 101101 Data do Atendimento: 10/10/16  
 Data do Nascimento: 10/10/10

CPF: 123.456.789-00 NOME DA MÃE: João Batista  
 NOME: João Batista Telefone: 99999-9999  
 Raça / Cor: BRANCA 13 - Parda  
AMARELA 14 - Amarela 15 - Preta 16 - Sem Informação

#### ANAMNESE E EXAME PSÍQUICO (SUMÁRIO)

Acidente de trabalho  
fratura no ombro

ASS. DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - carimbo ou assinatura  
 Dr. João Batista

CBO 022125  
 CNS 022125  
 C

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
João Batista  
ou PEGAR

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo  
João Batista  
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

#### RESULTADOS:



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>José Sandoval de Souza</i>				PRONTUÁRIO Nº <i>02000000000000000000</i>	
IDADE <i>41</i>	SEXO <i>M</i>	CIR <i>02000000000000000000</i>	CLÍNICA <i>02000000000000000000</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>10/03/16</i>		DATA DE ALTA <i>17/03/16</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fractura das costelas de ambas as costelas</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>Fractura das costelas de ambas as costelas</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Rx das costelas das ambas costelas. Exames de coagulação e progr. de placa</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small> <i>Doente com lesão de ambas as costelas de ambas as costelas. A clínica queixa de dor e dificuldade respiratória. Foi feita cirurgia de fixação de ambas as costelas. Foi feita cirurgia de fixação de ambas as costelas.</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: Lavá-la 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 dia</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>07 dia</u> , em 30 dias para revisão.					
DATA <i>17/03/16</i>			ASS. MÉDICO CRM <i>Coronel</i>		
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 <i>José Sampaio de Souza</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE <i>41</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>BR</i>	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>10/03/16</i>	DATA DE ALTA <i>17/03/16</i>			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura das costas ilíacas de onde bate</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>Fratura das costas ilíacas de onde bate</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO <i>Ex. de corpo de voo. Osteosíntese com redução e fixação de placa</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICIONE DE ALTA <i>MELHORADO</i>	<i>REMOVIDO</i>	<i>A PEDIDO</i>		<i>CURADO</i>	<i>ÓBITO</i>
RESUMO CLÍNICO <i>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES:</i> <i>Doença de 01 dia de evolução de origem</i> <i>Fratura das costas ilíacas de onde bate</i> <i>com redução e fixação de placa. Recuperação.</i> <i>Circunferência 30 cm entre os rebentos.</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:	Lavá-la 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>07/04</u> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>07/04</u> em 30 dias para revisão.				
DATA <i>17/03/16</i>			<i>Corro/16</i>		ASS. MEDICO CRM <i>Dra. Corro/16</i>
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) João P. 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 J52.8, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17/04/16

Assinatura e Currículo 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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 574, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Dr. Sergio  
doz Soender

DATA DO ATENDIMENTO: 17/10/16

N° PRONTUÁRIO:         FICHA:       

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Luis Pendote

DIAGNÓSTICO: Exame para o

PROCEDIMENTO: entro

Procederá o paciente em  
colocação de placa

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.



## CERTIDÃO

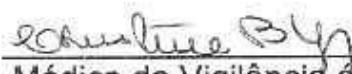
Nº. 0787/2016

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 Tarcisio 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 Britto Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de maio de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

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: 22:59:27  
Recepçionista: ADEILDO JUSTINO DA SIE  
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

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.03.001054

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

sporto utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência 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

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem  | <input type="checkbox"/> Grave     |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado   | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia         | <input type="checkbox"/> Dispnica  |
| <input type="checkbox"/> Diarreia           | <input type="checkbox"/> Agitado   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado   |
| <input type="checkbox"/> Vomito             |                                    |
- Observacao:

Queixa Principal

Fratura com deformidade antebraço  
+ luxado

Não é alergico

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

Queso, dia 10/03/2016 18:30h  
Dolores no antebraço (5)

Diagnóstico:

Conduite

Prescrição:

Rx ex 1056/20 informe hora de medicacao

Rx em aberto 1001 10/03/2016 no ato de consulta



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

Dr. Gean

**Ficha de Encaminhamento**

Nome do Paciente:

José Sávio dos Santos

Data: 10/03/16

End.:

Bairro:

Unidade de origem:

Cidade:

Sapé - PB

**Motivo de Encaminhamento**

Reent sobre acidente de moto, apresenta  
fratura no antebraço D. No momento não  
disponibilizamos de Reia D.  
Preciso sua avaliação do ortopedista

**Medicamento Administrado**

Referendado para:

Nono. Diagnóstico e tratamento

Contra referência

Ortopedista

Motivo:

Contra referência para:

Dr. Júlio César Dantas  
CRM: PB 3657



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>José Sérgio Santos</u>				Registro: *
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP: _____
Data:	Cirurgião: <u>Dr. PONTEIRA</u>			LR: _____
2º Assistente:	3º Assistente:		1º Assistente: <u>Dr. Leonan</u> R	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Instrumentador:	Horário: <u>15:10:00</u> T: <u>16:00</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				
<p><u>FRACTURA EXOSTOSES DOS OSSOS</u>  <u>DO ANTERIOR (E)</u></p>				
CID				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				
<p><u>O mesmo</u></p>				
CID				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				
<p><u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EXOSTOSES</u>  <u>DOS OSSOS DO ANTERIOR (E)</u></p>				
CÓDIGO				
<p>Acidente durante Ato Cirúrgico    1 <input checked="" type="checkbox"/> Sim    2 <input type="checkbox"/> Não    Descreva: _____</p>				
<p>Biópsia de Congelação:    1 <input type="checkbox"/> Sim    2 <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>				
<p>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:    1 <input type="checkbox"/> Disponível    2 <input checked="" type="checkbox"/> Internado    3 <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico</p>				

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL. SÓB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANTIASSEPSIA
- 3) APOIO DE CAMPOS EXTRÍNEOS

### Incisão:

- 4) INCISÃO LATERAL DO ANTEBRAÇO E (VIA DE THOMPSON) + DISSECCÃO 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 + FUNDOS EM RÁDIO E
- 8) REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP 6 FUNDOS EM ULNA E
- 9) CUIDADOS DA HEMOSTASIA
- 10) RX DE CONTROLE

### Fechamento:

- 11) SUTURA DOS PLANOS + CUNATIVO
- 12) TIRÓIA

### OBS:

Data: 19/04/16

Dr. Leonardo Tonello  
CRM - PE: 23222

MÉDICO/CRM



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:		José Segundo das Gerais		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	RMP:	LR:
Data:	11/03/16	Cirurgião:	Helder Rêgo	1º Assistente:	Fábio Guedes
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	R: T:

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura exposta do Aste Grau

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O pessoso

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Lavagem Cirúrgica

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

bloqueio anestésico C1 S7 D5%

### Incisão:

Asse prae tam terepre

Cremos estérreis

### Achados:

Deslocamento

Mov. longil. C1 S7 9,5%

extenso

### Conduta:

Fixação

### Fechamento:

### OBS:

Não foi feita fixação mas apresenta  
risco de evolução e não deve fixar  
externo

### Data:

11/03/16

Dr. Heuler Henrique E. Nóbrega  
Interv. Traumatologia  
MENDEZ 9050-0000 6511

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Soárez Data da Admissão: 16/10/16

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 11/11/1980

QPD: Dor no Fôrmeiro e Faringe e Garganta

HDA: Palpites de dor no Fôrmeiro e Garganta

Medicações em uso: Paracetamol 500mg

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Ictericia

Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese  
[ ]Ponturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorreia  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia

[ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Políuria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SMIE: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

### **Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

### Doenças Anteriores:

### Alergias:

### **Cirurgias:**

1 HAS | 1 DM | 1 TB | 1 IHEP | 1 Dislipidemia | 1 Banho de Rio | 1 Casa de Taipa

## 11.15 Trauma

116

## Alcoholismo

## Alimentação

### **Antecedentes Familiares:**

HAS DM

18

NEO

### LEAS

### Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
ECG = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

### General

#### Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):

### Ganglios:

### Example:

ACM

A.R.

AED:

AGU:

SMEs

274

#### Resultados de Exames Complementares:

### Hipóteses Diagnósticas:

Conduta: h-5570

Conduta: funcional (com alterações)  
funcional (de humor)

PL-1000 Code Year  
the 1930s



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADES DE ADVOGADO

NAME:

THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO

PILHAÇÃO:

TOLSTOI DA SILVA BRANDÃO  
MARIA SACETE DE ATAIDE BRANDÃO

ENTRADA/SAÍDA:

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE EMISSÃO-ENTRADA:

19/08/1987

Nº:

2843588 - SSP/PB

DATA DE EXPEDIÇÃO:

EXÓDIO DE CREDOS E TÉCICOS

072 139 414-02

NÃO

VIA: EXPEDIDOR:

Odón Bezerra Cavalcanti Sobrinho  
Presidente

14/03/2012



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 0181870



## PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE

**JOSE SERGIO DOS SANTOS, brasileiro solteiro,  
inventor R6 2.083.563 e APP 024.339.354-14  
residente e domiciliado na Rua Gonçalves  
Helena, 25, Area- Rural, Sape-PB CEP 58340-000 CIP 58340-000-Sape-  
Escrivane: **W. Gom Renato Albeite Coutinho,**  
fone (83) 3263-2341/9313-11**

**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 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 ATAIDE 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 estilos, 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, INFBEN, 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

~~\* Procedimientos~~ OUTORGANTE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361871/19

**Vítima:** JOSE SERGIO DOS SANTOS

**CPF:** 024.339.354-74

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/03/2016

**Titular do CPF:** JOSE SERGIO DOS SANTOS

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## 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](http://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

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

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

---

Rio de Janeiro, 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:  José Sergio dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DA VÍTIMA - FAZER REFERÊNCIA MENSALMENTE: ISOLADA VÍTIMA/VEÍCULO/CARRO CIRCULAR SUSPENSO N.º 15/2012

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

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

Bairro:  Zona Rural Cidade:  Soá CEP:  58340000

E-mail:  previdencia@leandro.santos.mt.br Tel. (DDD):  (63) 3232-0304

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

## RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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:  0927 CONTA:  00021183 Dígito:  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.

## 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.

## MORTE

### ESTADO CIVIL DA VÍTIMA - FAZER REFERÊNCIA SOMENTE PARA A COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 - 14/07/18

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:  CPF:

Assinatura:

2º | Nome:  CPF:

Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
5<sup>a</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA DA COMARCA DE SAPE/PB  
TELEFONE: 3283-5949

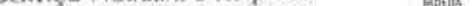
NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE MOTO

PB

## REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 685/2016

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 Sape, 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 noticiante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

*João Góes* *ms. est.* *João*  
NOTICIANTE

 <b>Feliciano da Silva</b> <b>Serviço Notarial e Registral</b>	Rua Coronel Renato Penteado, 1740 - Centro - São Paulo - CEP: 05530-060 Fone/Fax: (11) 3020-0104 Silvana Lucia Malutinoski Fone/Fax: (11) 3020-0104 Celular: 11 96600-0000	<b>NOTÓRIO ÚNICO</b> Lucio M. Feliciano So Fazenda Subsidiária Centro de Contabilidade Castro Gurgel
<b>Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <b>JOSE SERGIO DOS SANTOS</b>   </div> <div style="flex: 1; text-align: right;"> <b>ESCREVENTE:</b>  <b>Maria de Lourdes Castro Gurgel</b>   </div> </div>		
Em test da verdade. São-PB 31/10/2018 10:42:03 <b>Maria de Lourdes Castro Gurgel - Escrevente</b> (2018-000917)ENL:R\$ 9,48 FAREP:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 <b>SELO DIGITAL: AHS15761-YH2</b>		
Confira a autenticidade em <a href="https://selodigital.tipp.jus.br">https://selodigital.tipp.jus.br</a>		



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
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 Vítima 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

ÀO 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, vitima 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  
Matrícula 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



LUZ, CHAMADA E REALIZAÇÃO  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.916.823-0

## 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](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05984.987173 8 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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005984967	000064298201909	17/09/2019	R\$ 231,01	

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







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu	<u>Thiago de Araide Brumadão</u>	
Inscrito (a) no CPF/CNPJ	<u>072 139 414</u>	na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
do sinistro de DPVAT cobertura	<u>José Sergio dos Santos</u>	Inscrito (a) no CPF sob o Nº <u>024.339.354-74</u>
	<u>imóveis</u>	da Vítima <u>José Sergio dos Santos</u>
Inscrito (a) no CPF sob o Nº	<u>024.339.354-74</u>	conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão:	<u>Renda:</u>	e apresento os documentos comprobatórios:
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar		

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Porroodor Santa Helo</u>	Número:	<u>35</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Zona Rural</u>	Cidade:	<u>Sape</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58340-000</u>	
E-mail:	<u>previdencialexandrasantos.2010@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>(83)3232-0304</u>

Local e Data: João Pessoa/PB 25/09/19

Thiago de Araide Brumadão  
Assinatura do Declarante