
Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000028325-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	852.074.034-00	RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA	852.074.034-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
C. MENDONÇA	RUA PE. AMÂNCIO LEITE	346
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	POMBAL	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58.840-000	33-98132-0080

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

RENDA 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 BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 00028325	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA 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: ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou outros parentes 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.

Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____ (Assinatura da vítima/beneficiário (declarante))	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2ª 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 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.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1074/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **03/10/2018** hora: **23h30min**

Notificante: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, alcunha "****",
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Currais Novos-RN, nascido
em 20/12/1973, documento: RG nº1.361.219 CPF nº 852.074.034-00,
filho de Terezinha dos Santos Medeiros e de José João da Silva,
endereço: Rua Padre Amâncio Leite, 346 Bairro Centro- Pombal/PB,
referência: tel contato 83-999372695.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Bel. Roberto Barros

Vítima: , alcunha " " , Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: anos, nascido em
/ / , cor/raça: ***** , Estado Civil: Casado,
Profissão: , Escolaridade: ***** , documento:
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
. Tel/Cel:(**) **;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE, em data de 03/10/2018, por volta das 23h30min aproximadamente, quando conduzia o veículo de marca renault/duster 20d 4X2A, de cor branca, ano/modelo 2013/2014, de placas PGP 8350-RN, saindo de Catolé do Rocha para a cidade de Pombal-PB, onde reside, pela PB325, Km 45, na subida de uma ladeira com uma curva acentuada a esquerda veio a peder o contrôlo do veículo, onde capotou por várias vezes, fato este ocorrido depois da entrada da cidade de Lagoa-PB, e devido ao local este notificante só foi socorrido por Policiais Militares Bombeiros, depois de três horas do acidente, levado para o Hospital Regional de Pombal onde recebeu os primeiros socorros, ficando internado para observações médicas. Por esse motivo comunica o fato e pede providencias.. Nada mais a consignar.

Católé do Rocha, 28 de novewmbro de 2018. Às 16:10 horas.

Ronaldo Jose dos Santos Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
José Carlos da Silva Filho
Matrícula: 135.602-0





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR
GABINETE DO COMANDANTE
BM - 3**

VISTO

Jardel Alves Leite
Comandante 1º Ten QOBM
Matr.. 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 025/2018

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 03h00min do dia 04 de outubro do ano de dois mil e dezoito, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência tipo Acidente Automobilístico, ocorrido na PB-325 antes da entrada para a cidade de Lagoa-PB.

MOVIMENTO DO SOCORRO: Hora do aviso: 03h00min#####

RELATO DO EVENTO: Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar se deparou com a vítima, o Senhor **RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA**, que se encontrava em decúbito dorsal no acostamento da pista. A Vítima queixava-se de dores no ombro esquerdo e abdômen. A vítima foi estabilizada e conduzida ao Hospital Regional de Pombal, onde foi atendida pelo médico plantonista.#####

VITIMAS FATAIS: Não houve.#####

SOCORRISTAS: 1ºTEN BM MATR. 525.954-1 **JARDEL ALVES LEITE**
SD BM MATR. 526.091-4 **ANTONIO FERREIRA DA SILVA**
SD BM MATR. 525.999-1 **QUEUDINALDO NOBREGA DE ASSIS**

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: **RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA** – CPF: 852.074.034-00.

Pombal, 27 de novembro de 2018.

Jardel Alves Leite 1º TEN QOBM

Matr.. 525.954-1

MARCELLO ANTÔNIO TEODÓZIO COSTA PINTO – 1º TEN QOBM
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	852.074.034-00	RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA	852.074.034-00	
Profissão:	Endereço:	Número:
C. MENDONÇA	RUA PE. AMÂNCIO LEITE	346
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	POMBAL	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58.840-000	33-98132-0080

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

RENDA 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 BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 00028325	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA 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: ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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.

Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____	

(*) Assinatura de quem assina A RQ DO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 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.





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 04/10/2018 11:27:40

Ocorrência: **INTERNAMENTO**

Servidor do Dr.: _____

2420

Paciente **RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA**

Idade: 44 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe: **TEREZINHA DOS SANTOS MEDEIROS**

Endereço

Cidade **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **ERON DE SOUSA LEITE**

N.: 250

Bairro: **PETROPOLIS**

Naturalidade: **CURRAIS NOVOS - RN**

Fone:

Documentos

CNS: **706-5023-1845-8692**

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento **20/12/1973**

Cor: **PARDA**

Estado Civil: **N.INF.**

Profissão: **AUTONOMO(A)**

Responsável: _____

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*PAUENTE VITIMA X ACIDENTE DE CARRO LIA E PA.
COM DO EN TOSTA + PRIMA X MSE*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*AO EXME. EBO, COMPLETO E BUCAL, PREZAR
AO TOSTA*

*DETALHADO EN ARTERIAL (E) + PRIMA TOSTA
X MSE*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RA ARTERIAL, TOSTA, ENZIM

Diagnóstico:

*FEZ ARTERIAL (DISTIC) (E) + COM DO PRIMA TOSTA
(E)*

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Em, Dr. Tâmba de O. Souza

Recepcionista: **BARBARA**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CNPJ 02.511.090/0001-11

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000028325-0

Nr. da Autenticação 3950B7352D868236

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Eu, DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA,

RG nº 5361239, data de expedição 16/05/18,

Órgão SSP-PB, CPF nº 852.074.034-00,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PE. AMANCIO LEITE</u>
Número	<u>346</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Tel. de contato	<u>83-98132-0080</u>
E-mail	<u>EVANDRO@UEINOGA.ADV@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: POMBAL-PB, 10/03/2019

Donaldo Jose dos Santos Silva
Assinatura do Declarante



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.084.797-5
AV. PRES. EPITÁCIO PESSOA, 660 - JARD. PESSOA - PB. CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-70

JOSENILDO DE ASSIS SANTOS
RUA PE AMANCIO LEITE, 346
EM FRENTE A ESCOLA ROBERTA FERNANDES
CENTRO
58840-000 POMBAL-PB

DATA DE EMISSÃO
01/10/2018

CNPJ / CPF
00006887044412

Tipo de Terminal
RESIDENCIAL

COD. DEB. AUTOMÁTICO
151100244908

MODULO DOB
02

CODIGO MINHA OI
151100244908

TELEFONE/CONTRATO
3431-2120 0 3

VALOR A PAGAR

R\$ 59,24

VENCIMENTO

12/10/2018

PLANO LOCAL:	HISTÓRICO DO CONSUMO DE MINUTOS:	08/18:	09/18:	07/18:
BÁSICO		08/18:	09/18:	04/18:

PAG./LINHA	DATA	DESCRIÇÃO	TEL. ORIGEM	TEL. CHAMADO	HORARIO	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
PRESTADORA TELEMAR NORTE LESTE S/A								
TELEFONE 03249 3431-2120 0 3								
SERVIÇOS MENSAIS								
0001/01	28/08/2018	ASSINATURA USO RESIDENCIAL	01 A 30/09/18					48,48
SUBTOTAL								48,48
LIGACOES LOCAIS								
0001/02	28/08/2018	CONSUMO MINUTOS	0:00 FRANQUIA	200:00 MINUTOS ALEM DA FRANQUIA		0:00		0,00
SUBTOTAL								0,00
BASE DE CALCULO ICMS								
ALÍQUOTA								48,48
VALOR								14,76
TOTAL NOTA FISCAL SERVIÇOS								48,48
ISS								
RESERVADO AO FISCO								
c83e.01dc.15d5.6507.c9ff.c4f2.dd4b.02fe								

FATURA N.: 1100033590551 TELEMAR NORTE LESTE S/A - AV. PRES. EPITÁCIO PESSOA, 660 - JARD. PESSOA - PB. CEP: 58040-000
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.084.797-5

OUTROS VALORES OI FIXO								
TELEFONE 03249 3431-2120 0 3								
0001/03	28/08/2018	PAGAMENTO SEM CONTA EM LOTERIA						3,42
0001/04	28/08/2018	PAGAMENTO SEM CONTA EM LOTERIA						3,42
0001/05	28/08/2018	JUROS DE MORA	CONTA 07/2018					0,54
0001/06	28/08/2018	JUROS DE MORA	CONTA 08/2018					1,16
0001/07	28/08/2018	MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO	CONTA 09/2018					1,14
0001/08	28/08/2018	MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO	CONTA 07/2018					1,08
TOTAL OUTROS VALORES								10,76

RESUMO GERAL

LOCAL TELEFONE OI SU	VALOR
03249 3431-2120 0 3	59,24
TOTAL	59,24

CONTRIBUIÇÕES PARA O FUST(1%) FUNTEL(0,5%) DO VALOR DOS SERVIÇOS, NÃO REPASSADAS AS TARIFAS.

PRECISO LIGAR, ATE 28/09/18 NÃO CONFIRMAMOS O PAGO DE CONTAS DE MES(ES) ANTERIOR(ES) TOTALIZANDO R\$ 48,48. PAGUE SUA CONTA EM DIA E EVITE SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS, CONFORME PREVISTO NA REGULAMENTAÇÃO ANATEL.

Fique atento. Efeito os pagamentos em dia e evita:

- Ausência de pagamento de 15 dias após vencer a fatura (multa de 1% ao dia).
- Suspensão de serviço. Prazo: 15 dias após vencer a fatura (multa de 1% ao dia).
- Corte de serviço de Backup. Prazo: 15 dias após vencer a fatura (multa de 1% ao dia).
- Corte de serviço de Backup. Prazo: 15 dias após vencer a fatura (multa de 1% ao dia).
- Corte de serviço de Backup. Prazo: 15 dias após vencer a fatura (multa de 1% ao dia).

Informações em www.oi.com.br/verifique

RESUMO DA FATURA

SERVIÇOS OI FIXO	48,48
SERVIÇOS MENSIS E EVENTUAIS E LIG. FIXO-FIXO	48,48
LIGACOES PARA CELULAR	0,00
SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORAS	0,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS	0,00
OUTROS VALORES	10,76

VALOR A PAGAR

R\$ 59,24

VENCIMENTO

12/10/2018



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.084.797-5
AV. PRES. EPITÁCIO PESSOA, 660 - JARD. PESSOA - PB. CEP: 58040-000

JOSENILDO DE ASSIS SANTOS
TELEFONE/CONTRATO: 3431-2120 CJ 0 SU 3
CONTA 09/2018 LOCAL 03249 DV 5

CODIGO MINHA OI
151100244908

Cadastre-se na minha OI e controle tudo, desde a instalação, histórico de consumo e muito mais.

www.oi.com.br/minhaOI

8462000000-4 59240024080-1 31032490343-7 12120031808-9



FATURA N.: 1100033590551

VENCIMENTO: 12/10/2018

VALOR A PAGAR R\$ 59,24

CODIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 151100244908



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Gomes, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

TARFA CONTATO COM A CAGEPA,
DURANTE ESTE PERÍODO

MATRICULA

70912846

REFERENCIA

ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA
RUA MIGUEL ALVES DA SILVA, 28 - 1 ANDAR
PETROPOLIS POMBAI PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outros	
112.004.365-0146.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
		10		10/05/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA ANEXO DO PDI 05/2017 MS.				
MAR/2019	10	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS. CONFORMES
FEV/2019	10	TURBIDEZ	46	46
JAN/2019	10	CLORO	46	46
DEZ/2018	10	COL. TERHOT	0	0
NOV/2018	10	COR	10	46
OUT/2018	10	COL. TOTATS	46	46
MEDIA(M)				

DADOS REFERENTES A: FEV/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 11/04/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 20:15:39

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

ACRESCIMO(S) MESSES) ANT. 03/2019

JUROS DE MORA 03/2019

CONSUMO

TOTAL(R\$)

10 M3

37,91

0,75

0,06

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 2,51 PIS E COFINS IPI 1% 24/217

VENCIMENTO:

23/04/2019

Total a Pagar:

R\$ 38,72



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

ABRIL VERDE: #CHRGADACIDENTE DE TRABALHO.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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: 4020-2506 / 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

Eu, DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA,

RG nº 1361219, data de expedição 16/05/18,

Órgão SSP/ RN, CPF nº 852.074.034-00,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço

em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito

seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PADRE AMALIO LEITE</u>
Número	<u>384</u>
Apto/Complemento	<u>LOJA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Tel. de contato	<u>83-98332-0080</u>
E-mail	<u>EVANDAOQUEIMOLA.ADU@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: POMBAL-RN 02/05/2019

Donaldo Jose dos Santos Silva

Assinatura do Declarante



Clasificación: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro: 06-0227-080-449 **Referencia:** MAI/2019
Medidor: 00005884869 **Emissão:** 09/05/2019

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 024.740.156
Código para Débito Automático 0001807966

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
MAI/2019	10/05/2019	10/06/2019	11757720464

UC (Unidade Consumidora): 5/1840796-5

Cenar de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	t	288	30
10/04/10	9000	10/04/10	9220			

Demonstrativo

CEI Descrição	Quantidade	Taxa de Aquisição	Valor Total (R\$)	Bear Base Cost ICMS (R\$)	Adu ICMS	Bear Base Cost Pis/Cofins (R\$)	PIS (R%) 0,6711%	COPINIS (R\$) 4,4752%	
001 Consumíveis Vltm	2,88	0,848920	243,76	243,76	27	80,91	243,76	2,37	10,81
001 Cid. S. Amarela			1,42	1,42	27	0,38	1,42	0,01	0,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
007 CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			16,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
008 JUROS DE MORADIA-04/2019			0,06	0					
008 MULTA 04/2019			2,82	0					

CC: Códigos de Clasificación de la I+D+i	Total	283,71	348,18	86,10	242,18	2,38	13,97
--	-------	--------	--------	-------	--------	------	-------

Quantidade de meses (letras)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
183	17/05/2019	R\$ 263,77

Histórico de Consumo (kWh)

139	98	92	106	65	166	115	127	222	186	197	165
MAY/18	JUN/18	JUL/18	AGO/18	SET/18	OUT/18	NOV/18	DEZ/18	JAN/19	FEV/19	MAR/19	ABR/19

RESERVADO AO FISCO

b653.023.7551.c98c.no69.m3afl.fo25.102a

Indicadores de Qualidade			Competição do Consórcio		
	03/2019 - Conjunto Pontal				
	Límite da ANEL	Aparado	Límite de Tensão (V)	Determinação	Valor(R\$) %
DIC MENSAL	5,91	0,00	NOMINAL	220	37,73 21,92
DIC TRIMESTRAL	11,82		CONTRATADA		85,26 32,30
DIC ANUAL	3,36		LÍMITE INFERIOR 20%		8,00 2,45
FIC MENSAL	3,36	0,00	LÍMITE SUPERIOR 20%		13,67 5,45
FIC TRIMESTRAL	8,72				98,13 37,25
FIC ANUAL	13,45				0,00 0,00
DIC% DAF	3,46				
DIC%	12,22				Total 263,77 100,00
					Valor em EURO(Dólar) 03/2019: R\$ 58,56

Valor do EUSDyNet 03/2019: R\$ 50,50

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

Faturas em atraso

Let's get started with

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02824 912008 01448 379170 8 78920000026377

Pagador: RONALLY NAIRLE DUARTE DA SILVA CNPJ/CNP: 117.577.204-04

RUA PADRE AMANCIO LEITE 384 - CENTRO - POMBAL / PB - CEP 58640000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
262491200014483	00184079620190	17/05/2019	263,77	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-080

Agência / Código do Beneficiário: 3064-32447-3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLOS EVANDRO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.823.674 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.074.034 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 852.074.034 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: PROFESSOR Renda: 3.273,92 e apresento os documentos comprobatórios: CONTINHA QUE

☐ 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		Número	Complemento
<u>RUA MIGUEL ALVES DA SILVA</u>		<u>28</u>	<u>1º ANDAR</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>POMBAL</u>	<u>PB</u>	<u>58.840-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>EVANDRO@UEINOC.ADV@HOTMAIL.COM</u>			

POMBAL, 10 de ABRIL de 2019
Local e Data

Carlos Evandro Danilo da Silva
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO DOMINGOS

CNPJ: 01.612.691/0001-47

Demonstrativo de Pagamento de Salário

Referente: 03/2019



Matrícula	Nome	CARGOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA				
0000579	PROFASAP	Dep. INUR	Dep. S. F.	Banco	Agência	Conta
030.823.674-29	170.66918.59.8	0	0	104	0732-3	00003149-5 037
Origem: Prefeitura	00019 SEC EDUC. E.F. SER. FINAL URB. FUNDEB/0%EST					Data Admissão: 01/04/2012
Unid. Tributação: 00019	SEC EDUC. E.F. SER. FINAL URBANA FUNDER	Regime: EST				
Cargo/Funcionário:	0140 PROFESSOR B	Tempo de Serviço: 07 anos				
Nome do Instituidor do Benefício	Margem Consignável: 982,15					
Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos	
1001	VENCIMENTOS	30		2.455,40		
1009	ADICIONA	20		412,88		
1011	GRAT. DE INCENTIVO A TITULAÇÃO 5%	30		122,77		
1015	QUINQUENIO	1				
2100	INSS	30			241,08	
2300	IRRF	30			41,20	
2967	SUPRSTO	15			30,63	
Total de Vantagens				321,44		
Total de Descontos					2.952,38	
Mensagem geral:		Mensagem individual:				
Data: / /		Assinatura:				



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO DOMINGOS

CNPJ: 01.612.691/0001-47

Demonstrativo de Pagamento de Salário

Referente: 03/2019



Matrícula	Nome	CARGOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA				
0000579	PROFASAP	Dep. INUR	Dep. S. F.	Banco	Agência	Conta
030.823.674-29	170.66918.59.8	0	0	104	0732-3	00003149-5 037
Origem: Prefeitura	00019 SEC EDUC. E.F. SER. FINAL URB. FUNDEB/0%EST					Data Admissão: 01/04/2012
Unid. Tributação: 00019	SEC EDUC. E.F. SER. FINAL URBANA FUNDER	Regime: EST				
Cargo/Funcionário:	0140 PROFESSOR B	Tempo de Serviço: 07 anos				
Nome do Instituidor do Benefício	Margem Consignável: 982,15					
Código	Descrição	Ref.	Limite	Vantagens	Descontos	
1001	VENCIMENTOS	30		2.455,40		
1009	ADICIONA	20		412,88		
1011	GRAT. DE INCENTIVO A TITULAÇÃO 5%	30		122,77		
1015	QUINQUENIO	1				
2100	INSS	30			241,08	
2300	IRRF	30			41,20	
2967	SUPRSTO	15			30,63	
Total de Vantagens				321,44		
Total de Descontos					2.952,38	
Mensagem geral:		Mensagem individual:				
Data: / /		Assinatura:				

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: 0800-1596 / 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

Eu, Sabryna de Brito Araújo
RG nº 62.690.137-6, data de expedição 17/08/2017
Órgão SSP, portador do CPF nº 111.833.894-42,
com domicílio na cidade de Pombal, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Dolva Ferreira de Queiroga, nº S/N,
complemento Ona, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
RONALDO LOIS DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era
RONALDO LOIS DOS SANTOS SILVA.
Veículo: MISTO Modelo: DAEWOO DUSTER 2.0 D Ano: 2013/2014
Placa: P6P-8350 Chassi: 93YHSR2LAE1898557
Data do Acidente: 03/10/2018

 Local e Data: Pombal - PB, 27/03/2019
Sabryna de Brito Araújo
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO**
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de SABRYNA DE
BRITO ARAUJO, EM TEST. DA VERDADE, DOU RE.
POMBAL - PB, 27/03/2019.

ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização: Tipo Normal B-AL4930-113V
Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,89 FARPEN R\$ 0,29 PEPJ R\$ 0,00

 **Cel. João Queiroga**
1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL

NOME DO PACIENTE *Romário dos Santos* Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO *26.10.18* ENF. LEITO
OPERADOR *Dr. Senom* 1º AUXILIAR
2º AUXILIAR 3º AUXILIAR INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA *Dr. Allison* TIPO DE ANESTESIA

DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO *Fratura de antebraço (RT)*

TIPO DE OPERAÇÃO *Osteossíntese*

DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO *O normal*

RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1. Pto em decúbito dorsal Horizontal
2. Banimento
3. Incisão dorsal
4. Dissecção por plano + Hemostase
5. Insuflação de foco de fratura
6. Passagem de pinos de T.A.C. em fragmentos
7. Redução
8. Fixação em placa DCP. + par. costais
9. Cobertura por plm
10. Curativo

HOSPITAL REGIONAL DE POMBA - SEVADOR RUY CARNEIRO

Nome: Ronaldo dos Santos SilvaFiliação: Tezuzinha dos Santos MendesSexo: Masc. Idade: 44a. Cor: PardaProcedência: Glória Domingues Data: 28/10/18Cirurgião: Dr. Saxon Auxiliar: -Anestesista: Dr. Ilam Alisson Anestesia: Bloqueio + SedaçãoInício da anestesia: 14:15 Término: 1 Duração: Início da intervenção: Término: 15:25 Duração:

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseidron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos

Hospital: <u>Hospital Regional de Pombal</u>		Reflexo: <u>—</u>	Leito: <u>—</u>	Nº Prontuário: <u>—</u>	
CLINICAMENTE: <u>—</u>	Nome: <u>Ronaldo José dos Santos Silva</u>	Idade: <u>44</u>	Sexo: <u>M</u>	Altura: <u>—</u>	—
em: <u>16/10/18</u>	Pressão Arterial Pulso: <u>PA - 100 x 100 mmHg / FC: 120 bpm</u>	Respiração: <u>SPV 20</u>	Temperatura: <u>—</u>	Peso: <u>—</u>	—
do Sangue: <u>—</u>	Hemácias: <u>—</u>	Hemoglobina: <u>—</u>	Hematócrito: <u>—</u>	Ureia: <u>—</u>	Cérebro: <u>—</u>
Urina: <u>—</u>		Glicose: <u>—</u>		—	

g. Respiratório	<u>si comarbidade</u>	Asma	<u>—</u>	Brônquitos	<u>—</u>
g. Circulatória	<u>—</u>	Electrocardiograma	<u>—</u>	—	<u>—</u>
g. Digestiva	<u>—</u>	Ap. Urinário	<u>—</u>	—	<u>—</u>
Estado Mental	<u>—</u>	Alergia	<u>—</u>	Hipotensão	<u>—</u>
Integridade Pré-Operatória	<u>—</u>	Estado Físico	<u>—</u>	Risco	<u>—</u>
Unidades Anteriores	<u>—</u>	—			

Medicação Pré-Anestésica	<u>—</u>	Aplicado em	<u>—</u>	Efeito	<u>—</u>
--------------------------	----------	-------------	----------	--------	----------

POSICIONAMENTO	O ₂	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	Efeito
	O ₂	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
LIVRO	SPV	<u>98% 99% 99% 98% 99%</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	INDUÇÃO
	ECG	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
CÓRDO P.V. ANTENA PULSO RESPIRATÓRIO - ANESTESIA - CIRCULATÓRIA	260	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	MANUTENÇÃO
	240	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
	220	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
	200	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
	180	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
	160	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
	140	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
	120	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
	100	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
	80	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<u>① Fentanil 50µg</u> <u>② Oxalona 100µg</u> <u>③ Tenoxham 200µg</u> <u>④ Propofol 100µg</u> <u>⑤ Oxalona 100µg</u> <u>⑥ Oxalona 100µg</u> <u>⑦ Cefazolin 3g</u> <u>⑧ Oxalona 3g</u>					ANESTESIA SATIF: Sim <u>—</u> Não <u>—</u> Não, por quê? <u>—</u> DESPERTAR Retorno ao SO: <u>—</u> Oble: <u>—</u> Co2: <u>—</u> Exit: <u>—</u> Número: <u>—</u> Vómito: <u>—</u> Outros: <u>—</u> Como Círculo <u>—</u> Para lá do Sim <u>—</u> Não <u>—</u> CONDIÇÕES: <u>—</u>
	POSICIONAMENTO	<u>Decúbito dorsal</u>				

Agentes	<u>—</u>
Técnicas	<u>—</u>
Operação	<u>—</u>
Chirurgia	<u>—</u>
Anestesia	<u>—</u>
Observações	<u>—</u>

Antes, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

cas: paciente vítima de acidente automobilístico e fratura de antebraço (E) será submetido a tratamento cirúrgico. MSE apre-
sentando déficit motor e sensitivo após o acidente e antes da realização do bloqueio de plexo braquial (E)

FOLHA DE ANESTESIA

Ilvan Alisson
Médico Anestesiologista

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	---	--

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	2 - CNES		
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO	2592568		
Identificação do Paciente			
3 - NOME DO PACIENTE	4 - PRONTUÁRIO		
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA	33876		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO	8 - RACA / COR
706-5023-1845-8692	20/12/1973	M	PARDA
9 - NOME DA MÃE		10 - TELEFONE	
TEREZINHA DOS SANTOS MEDEIROS		3431 2149	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO			
ERON DE SOUSA LEITE		13 - BAIRRO	
N.: 250		PETROPOLIS	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE			
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente rotineiro de captação de com. Int. 12h. Com dor em tórax + palpitação de MSE Palpitação total de MSE			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Recondição de Comorbid			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Exat. 4 graus + Rg			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Faturo de náuseas de tórax	952.9	V87.9	

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - COD. PROCEDIMENTO	
Tratamento clínico e farmacológico de com. Int.		0608020431	
27 - CLÍNICA	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - COD. PROF. SOLIC. / ASSISTENTE
Ortopedia	Elétrico	() CNS () CPF	027.157.18498
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC.	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)
Dr. Túlio Alberto de O. Souza Ortopedia e Traumatologia CRM: 9251 PB		04.10.18	

BRECHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA		38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA		41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				

AUTORIZAÇÃO		
44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL	
() CNS () CPF		
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	
/ /		

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA
Nº do Paciente: PB180201273
Data de Nascimento: 20/12/1973
Data do Exame: 01/02/2019
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO ANTEBRACO ESQUERDO AP/PERFIL

RELATÓRIO:

Osteossíntese metálica do terço médio da diáfise do rádio.

Imagem densa projetada junto a face medial da porção proximal da ulna (calcificação?).

Relações articulares mantidas.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Bianca Welkersheimer CRM 734845-RJ | Médica-radiologista RQE 26199-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 01/02/2019 11:14:02 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.



MAGNETOM

- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

Nome: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA
Convênio: PARTICULAR
Médico Solicitante: FERNANDO HENRIQUE SOUZA

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO

TÉCNICA DE EXAME:

Foram realizadas aquisições multisequências e multiplanares ponderadas em T1, T2, T2-STIR. Realizadas sequências ponderadas em T1/FS antes e após a infusão EV do meio de contraste paramagnético(gadolinio).

ANÁLISE :

Desfiladeiro torácico anatômico.

Alteração morfológica e hipersinal nas sequências T2/STIR na topografia do trajeto das raízes do plexo braquial esquerdo, de C5 a T1, sugerindo lesão neural traumática. Após a infusão EV do meio de contraste paramagnético observamos impregnação anômala do trajeto das raízes do plexo braquial e dos planos musculares e adiposos regionais, sugerindo atividade inflamatória.

Triângulos dos escalenos bem configurados bilateralmente.

Ausência de lesões sólidas ou císticas no trajeto dos desfiladeiros torácicos.

Apíces dos hemitóraces conservados.

Dr. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5962-PB
Dr. Henrique Queiroga Cartaxo - CRM 4146-PB
Dr. Ítalo Miranda Pereira - CRM 5206-PB
Dr. Marílio Mendes Cartaxo - CRM 2044-PB
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7084-PB
Dr. Océlio Queiroga Cartaxo Filho - CRM 5056-PB
Dr. Pedro Guedes Pereira - CRM 5033-PB

MAGNETOM SAMARITANO

Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2988

MAGNETOM PRAIA

Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101
Tel.: (83) 3247-3111
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br



MAGNETOM

- Ressonância Magnética
- Tomografia Multislice
- Ultrassonografia

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinais de lesão neural traumática acometendo as raízes do plexo braquial esquerdo de C5 a T1, destacando-se atividade inflamatória nestas estruturas neurais e dos planos musculares e adiposos regionais.

DR. Carlos Ferreira Neto Ii
CRM - 5962 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5962-PB
Dr. Henrique Queiroga Cortaxo - CRM 4146-PB
Dr. Italo Miranda Pereira - CRM 5006-PB
Dr. Marcelo Mendes Cortaxo - CRM 2044-PB
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7004-PB
Dr. Océlio Queiroga Cortaxo Filho - CRM 5056-PB
Dr. Pedro Guedes Pereira - CRM 5033-PB

João Pessoa, 31 de Outubro de 2018

MAGNETOM SAMARITANO

Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonância (83) 3244-6968 - Tomografia (83) 3244-2968

MAGNETOM PRAIA

Av. Sen. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101
Tel.: (83) 3247-3111
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br

Relatório de Eletroneuromiografia

Paciente: RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA, 44 anos

Data: quarta-feira, 31 de outubro de 2018

INSTITUTO PARAIBANO DO CÉREBRO

AV. AMAZONAS, 187- BAIRRO DOS ESTADOS - JOÃO PESSOA - PB - FONE: (83) 999485408

Médico Solicitante: DR. FERNANDO HENRIQUE

APARELHO NEURO-MEP MICRO

História Clínica:

ACIDENTE DE AUTOMÓVEL EM 04.10.2018 (CAPOTAMENTO); SOFREU FRATURA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO, CLAVÍCULA E COSTELAS; DESDE ENTÃO, MONOPLÉGIA EM BRAÇO ESQUERDO.

ACHADOS RELEVANTES: EXAME REALIZADO EM MEMBROS SUPERIORES

ESTUDO DE CONDUÇÃO MOTORA

O NERVO MEDIANO DIREITO DEMONSTROU ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL PROLONGADA, AMPLITUDE E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO ABDUTOR CURTO DO POLEGAR, ESTÍMULOS EM PUNHO E COTOVELO; O NERVO MEDIANO ESQUERDO NÃO DEMONSTROU RESPOSTA;

O NERVO ULNAR DIREITO DEMONSTROU ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL, AMPLITUDE E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO ABDUTOR DO DEDO MÍNIMO, ESTÍMULOS EM PUNHO, ABAIXO E ACIMA DO COTOVELO; O NERVO ULNAR ESQUERDO NÃO DEMONSTROU RESPOSTA DETECTÁVEL;

OS NERVOS MÚSCULO-CUTÂNEO E AXILAR DIREITOS DEMONSTRARAM ONDA M COM AMPLITUDE, LATÊNCIA DISTAL DENTRO DA NORMALIDADE; A ESQUERDA NÃO EVIDENCIARAM RESPOSTA DETECTÁVEL;

ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA

OS NERVOS MEDIANO NO II, III DEDOS, NERVOS ULNAR NO V DEDO, RADIAL SUPERFICIAL SENSITIVO E CUTÂNEO-LATERAL DO ANTEBRAÇO A DIREITA DEMONSTRARAM PICOS DE LATÊNCIA E AMPLITUDES NORMAIS;

EVIDENCIADO AMPLITUDE REDUZIDA DOS NERVOS MEDIANO NO II, III DEDOS E RADIAL SUPERFICIAL A ESQUERDA; NÃO SE DETECTOU RESPOSTA DO NERVO ULNAR NO V DEDO A ESQUERDA;

ELETROMIOGRAFIA COM USO DE AGULHA MONOPOLAR DESCARTÁVEL

O EXAME DE AGULHA REVELOU ATIVIDADE DE INSERÇÃO NORMAL, COM INTENSA ATIVIDADE ESPONTÂNEA (FIBRILAÇÕES E ONDAS AGUDAS POSITIVAS) DURANTE O REPOUSO NOS MÚSCULOS A ESQUERDA DELTÓIDE (C5, C6- NERVO AXILAR, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO POSTERIOR), BÍCEPS BRAQUIAL (C5, C6- NERVO MÚSCULO-CUTÂNEO, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO LATERAL), PRONADOR REDONDO (C6, C7- NERVO MEDIANO, CORDÃO LATERAL E MEDIAL, TRONCOS SUPERIOR E MÉDIO), ABDUTOR LONGO DO POLEGAR (C7, C8- NERVO RADIAL, TRONCOS MÉDIO E INFERIOR, CORDÃO POSTERIOR); SILÊNCIO ELÉTRICO NO MÚSCULO INTERÓSSIO DORSAL (C8, T1- NERVO ULNAR, C8, T1- NERVO ULNAR, TRONCO INFERIOR, CORDÃO MEDIAL), INFRAESPINHOSO (C5, C6- NERVO SUPRAESCAPULAR, TRONCO SUPERIOR). NÃO REGISTRADO POTENCIAIS DE UNIDADE MOTORA NOS MÚSCULOS ACIMA AVALIADOS.

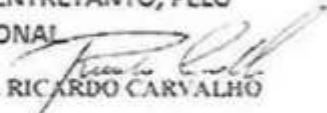
CONTINUA...

CONCLUSÃO:

ESTUDO REALIZADO COM 28 DIAS DE TRAUMA, EVIDENCIADO SINAIS DE DESNERVAÇÃO EM ATIVIDADE NOS MÚSCULOS A ESQUERDA DELTÓIDE (C5, C6- NERVO AXILAR, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO POSTERIOR), BÍCEPS BRAQUIAL (C5, C6- NERVO MÚSCULO-CUTÂNEO, TRONCO SUPERIOR, CORDÃO LATERAL), PRONADOR REDONDO (C6, C7- NERVO MEDIANO, CORDÃO LATERAL E MEDIAL, TRONCOS SUPERIOR E MÉDIO), ABDUTOR LONGO DO POLEGAR (C7, C8- NERVO RADIAL, TRONCOS MÉDIO E INFERIOR, CORDÃO POSTERIOR), DENOTANDO PLEXOPATIA BRAQUIAL A ESQUERDA, COM COMPROMETIMENTO DE TRONCOS SUPERIOR, MÉDIO E INFERIOR, COM DESNERVAÇÃO EM ATIVIDADE, COM CARACTERÍSTICAS PRÉ E PÓS GANGLIONAR.

COMENTÁRIOS:

NÃO EVIDENCIADO AINDA ATIVIDADE DE DESNERVAÇÃO EM MIÓTOMOS DE C8, T1 (MÃO); ENTRETANTO, PELO TEMPO DE TRAUMA AINDA NÃO SE PODE AFIRMAR AUSÊNCIA DE COMPROMETIMENTO AXONAL.


DR. RICARDO CARVALHO

NEUROCIRURGIA / NEUROFISIOLOGIA

CRM 6628



Paciente: RONALDO JOSÉ DOS SANTOS SILVA
Nº do Paciente: P-201810040517
Data de Nascimento: 20/12/1973
Data do Exame: 04/10/2018
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DE TÓRAX

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Múltiplas fraturas de arcos costais posteriores à esquerda.

Consolidação no lobo inferior esquerdo, inespecífica, podendo corresponder a contusão pulmonar / área de hemorragia intraparenquimatosa.

Pequeno derrame pleural bilateral, pouco maior à esquerda, e pequeno derrame pleural loculado no ápice esquerdo.

Traqueia centrada e de calibre usual.

Brônquios fontes sem alterações detectáveis.

Não há evidências de linfonodomegalia ou massas mediastinais.

Ausência de derrame pericárdico.

Imagens obtidas no abdomen superior sem alterações.



CONCLUSÃO:

Múltiplas fraturas de arcos costais posteriores à esquerda.

Consolidação no lobo inferior esquerdo, inespecífica, podendo corresponder a contusão pulmonar / área de hemorragia intraparenquimatosa.

Pequeno derrame pleural bilateral, pouco maior à esquerda, e pequeno derrame pleural loculado no ápice esquerdo.

Saulo C. de Carvalho

Assinado Eletronicamente por: Dr. Saulo Carvalho CRM 8078-RN | Médico-radiologista RQE 2723-RN através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 04/10/2018 16:07:43 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.



HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 04/10/2018 11:27:40

Ocorrência: **INTERNAMENTO**

Servidor do Dr.: _____

2420

Paciente **RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA**

Idade: 44 Sexo M

Filiação

Pai:

Mãe:

TEREZINHA DOS SANTOS MEDEIROS

Endereço

Cidade

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço:

ERON DE SOOUSA LEITE

N.: 250

Bairro:

PETROPOLIS

Naturalidade:

CURRAIS NOVOS - RN

Fone:

Documentos

CNS:

706-5023-1845-8692

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento

20/12/1973

Cor:

PARDA

Estado Civil:

N.INF.

Profissão:

AUTONOMO(A)

Responsável: _____

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente vítima de CAPOTAÇÃO DE CARRO LA T R. A.
com dor em tornoz + punho X MSE

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

AO EXAME. EBO, COMPLEXO E EQUILIBRIO, PREZINTE
AO TOCARE

Detalhados em ARTESANATO (E) + Punho torn
X MSE

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RAO ARTESANATO, TOCARE, EQUILIBRIO

Diagnóstico:

Fra de mão (distúrbio) (E) + LOTAÇÃO PUNHO 3º grau (E)

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido

Em, Dr. Tâmbora de O. Souza

Recepcionista: BARBARA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CNPJ 02.511.090/0001-11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
TACITO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1643364700

FOTO

NOME
RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR DE
1351219 SSP RN

CPF
852.074.034-00 DATA NASCIMENTO
20/12/1973

FUNÇÃO
JOSE JOAO DA SILVA
TEREZINHA DOS SANTOS
MEDEIROS

SEXO
MASCULINO

ACC
M

CIT. NAT.
BR

NR. DE PASSO
02502041090

VALIDADE
11/05/2021

1ª EMISSÃO
05/09/1992

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
16/05/2013

ASSINATURA DO EMISSOR

50756500288
PB036780936

PARAIBA

PROBADO PLASTIFICAR
1643364700

12393881279

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.264.265 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/10/2013

NOME CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

FILIAÇÃO FRANCISCO BATISTA DE QUEIROGA MARIA ERVANIA DE QUEIROGA

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 24/04/1979

DOO ORIGEM CERT. CAS. Nº11923 - LIV.8-32 - FLS.243V - CARTORIO POMBAL-PB

CPF 030.823.874-29

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DISTrito DE POLÍCIA CENSOGRÁFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

Carlos Evandro Rabelo de Queiroga

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAIS

DETRAN - RN

Nº 013831854580

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1. COE. REGISTRO 0058712353 2. DATA 2018

RAPISTA DE EXITO LANCIO

111.853.094-42

PPP8360

PPP8360/28

PPP8360/28

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

ALCOOL-GASOL

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RN Nº 013831854580

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 422 1204

111.853.094-42

PPP8360

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

RENOVUL/EUSPER 20 D AX2A

2013 2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 06.264.001/0001-01

OUT-2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA

8100-0

35765244

Exatidão de Paulo Cordeiro

IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

62.690.137-6 2 via-R

17/08/2017

SABRYNA DE BRITO ARAÚJO

MALDO ARAÚJO DA SILVA

MALIZA RAFAEL DE BRITO ARAÚJO

POMBAL - PB

08/02/1998

111833894/42

POMBAL-PB POMBAL CNLV.0028/FLS.236 /Nº30459

20624345232

ASSISTENTE DO UNICOR

LEI Nº 7.110 DE 2008/863

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303896 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO RÁDIO ESQUERDO. (P.1)
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190303896 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO RÁDIO ESQUERDO. (P.1)
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, comerciante, portado da cédula de Identidade de nº. 1361219 SSP/RN, e CPF de nº 852.074.03400, residente e domiciliado a Rua Pe. Amâncio Leite, 346, Centro, Pombal – PB.

Outorgado: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA, brasileiro, casado, RG. 2.264.265 SSP/PB, CPF. 030.823.674-29, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 21.101, seccional da Paraíba, com endereço profissional na Rua Miguel Alves da Silva, 606, Petrópolis, Pombal – PB.

Confere poderes: Para o foro em geral, com a cláusula ad judicium – “et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, qualquer instância administrativa ou judicial, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, **poderes especiais** para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, e apresentar documentos referentes ao sinistro, ocorrido no dia 03/10/2018, as 23h30min, em um veículo Renault Duster, 2013/2014, de placa PGP-8350, requerer indenização por invalidez permanente, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs. É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pombal – PB 08/02/2019



Ronaldo Jose dos Santos Silva

CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA. EM TEST. DA VERDADE. DOU FE POMBAL-PB. 17/04/2019.

ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
 Selo Digital de Autenticação Tipo Normal B-A-77306-PSIG
 Confira os dados do ato em: https://selodigital.tpb.jus.br
 EMOLUM. R\$ 11,89 FARENSE 0,28 FEPJ R\$ 0,00

Cel. João Queiroga
 1º Ofício de Notas e Registro e Testes
 CNPJ: 09.205.816/0001-26
 Telefone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148151/19

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

CPF: 852.074.034-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA : 030.823.674-29

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

RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA : 852.074.034-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/05/2019
Nome: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA
CPF: 852.074.034-00

RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/05/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148151/19

Número do Sinistro: 3190303896

Vítima: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

CPF: 852.074.034-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RONALDO JOSE DOS SANTOS SILVA : 852.074.034-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/05/2019

Nome: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

CPF: 030.823.674-29

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019

Nome: CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA

CPF: 719.562.550-87

CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA