

---

**Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190280997**

**Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 20/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA**

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, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280997

Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000040929-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3190280997  
JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190280997**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14460857



# 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: 492.099.178-98 Nome completo da vítima: JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA CPF: 492.099.178-98  
Profissão: OPERADOR DE MAQUINAS Endereço: RUA PROJETADA Número: S/N Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: CENTRO Cidade: PAULISTA Estado: PANAIBA CEP: 58.860-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 99774 6322

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 40929-6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### DECLARAÇÃO DE 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai 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: PAULISTA-PA, 12.04.2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDENLEY JUNIOR  
CPF: 064.978.664-50  
Amintas Dantas Wandenley Junior  
Assinatura

2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDENLEY  
CPF: 059.842.774-09  
Mayara Monique Queiroga Wandenley  
Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0271/2019**

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **20/12/2018** hora: **07:30 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,  
naturalidade: , nascido em / / , documento: ,  
, filho(a) de e de , endereço: \*\*\*\*\* ,  
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): **ANDERSON FONTES CAMPOS**

Vítima: **JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA**, alcunha " ",  
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, idade: 22  
anos, nascido em 25/12/1996, cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil:  
Solteiro, Profissão: operador de máquinas, Escolaridade:  
fundamental, documento: CPF 492.099.178-98, filiação: Janio  
Rodrigues de Oliveira e de Vanilda Venancio de Oliveira, endereço:  
Rua Projetada, Sn, Centro, Paulista-PB, referência: próximo ao  
colégio José Jerônimo e a creche. Tel/Cel:(83) 99886-0183;

**HISTORICO DO FATO**


O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas  
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 20/12/2018  
por volta das 07:30 hrs a vítima conduzia a moto Honda Biz 110i,  
2016/2016, vermelha, chassi 9C2JC7000GR209693, placa QFQ-6656  
licenciada em nome de Vanessa Venancio de Oliveira Ramalho, quando  
trafegava por uma rua do centro da cidade de Paulista-PB em um  
cruzamento foi desviar de um cachorro e acabou colidindo em uma  
árvore; Que em virtude do acidente a vítima sofreu uma colisão no  
pé esquerdo; Que após receber atendimento no hospital de Paulista,  
foi encaminhado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro em  
Patos; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais  
a consignar.

São Bento-PB, 29 de março de 2019. Às 09:57 horas.

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

  
Assinatura do Policial responsável pelo registro  
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim  
Matrícula: 168.203-2

POLÍCIA CIVIL

# 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: 492.099.178-98 Nome completo da vítima: JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA CPF: 492.099.178-98  
Profissão: OPERADOR DE MAQUINAS Endereço: RUA PROJETADA Número: SIN Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: CENTRO Cidade: PAULISTA Estado: PANAIBA CEP: 58.860-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): (83) 99774 6322

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 40929-6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### DECLARAÇÃO DE 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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: PAULISTA-RO, 12.04.2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDENLEY JUNIOR  
CPF: 064.978.664-50  
Amintas Dantas Wandenley Junior  
Assinatura

2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDENLEY  
CPF: 059.842.774-09  
Mayara Monique Queiroga Wandenley  
Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





1004  
Paciar internamento



**Prefeitura Municipal de Paulista - PB**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**ENCAMINHAMENTO**

Encaminho o paciente Jonis Vinicio de Oliveira

Residente na (o) Rua projetada

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Patos

Na Cidade de Patos

**MOTIVO**

Paciente vítima de cefaleia meta-cerebral, sem contusões ou sinais de trauma  
em período de convulsões. Sinais positivos, com MIE com sinais de edema + diplopia  
idade de movimentar. RX sem fratura e oligoartrose com sinais de fratura em  
dorso dorsal em 1°, 6° e 7° vertebra e no região paravertebral de alongo de 1° paravertebral

4 Contatos a Dr. Honorato

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

A tenciosamente.

Paulista (PB) em, 20/12/19

  
Geovana Rezende de Brito  
Médico  
CRM-PB 12000



# 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: 08/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000040929-6

---

Nr. da Autenticação 3D03604D5DEB8F30



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

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71674110

REFERÊNCIA

1AB/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA  
RUA PROJETADA, SN - CENTRO PAULISTA PB 58860-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
185.001.650.0351.0001.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V15N331421	04/05/2016	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA							
345		356	11	30	09/02/2019		
HIST. CONS./AMOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
DEZ/2018	9	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2018	6	TURBIDEZ		24	24	24	
OUT/2018	5	CLORO		24	24	24	
SET/2018	3	COL.TERMOT		0	0	0	
AGO/2018	10	COR		10	15	15	
JUL/2018	11	COL.TOTAIS		24	24	24	
MEDIA(M)	7	DADOS REFERENTES A: NOV/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 10/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:43:25

DESCRIÇÃO  
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3

37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

1 M3

4,89

ESGOTO

ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 11/2018

0,76

JUROS DE MORA 11/2018

0,23

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,06 DTS E CONEINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/01/2019

Total a Pagar:

R\$ 43,79



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB. DATA: 18/01/2019 AS 14:00H.

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IAQUES RAMOS WANDERLEY

RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO -  
PETROPOLIS POMBAI. PB 58840-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.115.0005.000		000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y17F649254	23/01/2018	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA							
133	140	7	30	07/03/2019			
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
JAN/2019	6	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2018	12	TURBIDEZ		46	46	46	
NOV/2018	11	CLORO		46	46	46	
OUT/2018	9	COL. TERHOT		0	0	0	
SET/2018	11	COR		10	46	42	
AGO/2018	22	COL. TOTAIS		46	46	46	
MEDIA(M)	11	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 09/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 07:24:58

DESCRIÇÃO  
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

7 M3 67,65

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,26 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 22/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 67,65



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

\*\*\* ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO \*\*\*

\*\*\* WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR \*\*\*



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2019	22/02/2019	R\$ 67,65

DEBITO AUTOMATICO

17 ABR 2019

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JAQUES RAMOS WANDENGEY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08 / \_\_\_\_\_, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178/98

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178-98 / \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRIÇÃO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: <u>JAQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 999746322</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 12.04.2019

Jaques Ramos Wandengey

Assinatura do Declarante



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

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08 / \_\_\_\_\_, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178/98

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JAMIO VENANCIO DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 492.099.178-98 / \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>GSCMITOMIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: <u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 999746322</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 12.04.2019

Jacques Ramos Wandenecy

Assinatura do Declarante

26 ABR. 2019

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais)
	115.190,01
IMPOSTO DEVIDO	16.637,48
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	14.821,36
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2018)	
NÚMERO DE QUOTAS	1
VALOR DA QUOTA	14.821,36

26 ABR. 2019

**CONFIDENCIAL**

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 29/04/2018 às 12:43:14  
0702617654

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **Vanessa Venancio de Oliveira Ramalho**, RG nº 55.326.797-8, data de expedição 29/03/2011, Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 106.812.084-30, com domicílio na cidade de Paulista, CEP: 58.860-000, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Projetada, nº s/n, centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **Janio Venancio de Oliveira**, cujo o condutor era **Janio Venancio de Oliveira**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ

Ano: 2016

Cor: VERMELHA

Placa: QFQ 6656/PB

Chassi: 9C2JC7000GR209693

Data do Acidente: 20 / 12 / 2018

Local e Data: PATOS - PB, 04 / 04 /2019

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(a)s de:  
VANESSA VENANCIO DE OLIVEIRA RANALHO\*\*\*\*\*  
Em test.da verdade. Patos-PB 05/04/2019 11:17:15  
ZUETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE  
[2019-007035]ENHOL:R\$ 49,91 FAFENH:R\$ 0,29 FEJP:R\$ 1,155:R\$ 1  
SELO DIGITAL: A1R15105-P431

1004  
Paciente internamento



**Prefeitura Municipal de Paulista - PB**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**ENCAMINHAMENTO**

Encaminho o paciente Jonis Vinicio de Oliveira

Residente na (o) Rua projetada

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Patos

Na Cidade de Patos

**MOTIVO**

Paciente vítima de cefaleia meta-cerebral, sem contusões ou sinais de trauma  
em período de convulsões. Sinais positivos, com MIE com sinais de edema + diplopia  
idade de movimentar. RX sem fratura e oligoartrose com sinais de pressão em  
dorso dorsal em 1°, 6° e 7° vertebra e no região paravertebral de alongo de 1° paravertebral

4 Contatos a Dr. Honorato

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

A tenciosamente,

Paulista (PB) em, 20/12/19

Geovana Rezende de Brito  
Médico  
CRM-PB 12000



# FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	20/12/2018	HORA	15:24
OCCORRÊNCIA	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	OPERADOR	KGONES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	IDADE	21a 11m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO II	JANIO RODRIGUES DE OLIVEIRA		
CIDADE	PAULISTA	PB	58860880
ENDEREÇO	RUA PROJETADA SN		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	PAULISTA		
TELEFONE	8308880850	CELULAR	
C.N.S.	898081463901581	IDENTIDADE	55.328.345-5
C.P.F.	492.099.178-98	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/12/1996	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	SERVICO GERAL

RESPONSÁVEL JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA Ass. Resp./Paciente *Vanio Venancio de Oliveira*

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

*Frnt. 3º, 4º e 5º MTO e Hala 20*

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

*Idm*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Idm*

DIAGNÓSTICO *Frnt. da p. (Metatoma)* CID *68*

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data *23.02.19* Hora \_\_\_\_ H \_\_\_\_ Min

( ) Alta Curado (X) Alta Melhorado ( ) Alta a Pedido

( ) Transferência ( ) Evasão ( ) Óbito

MÉDICO/CRM *De Leonardo Monteiro*

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	20/12/2018	HCRA	15:24
NÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO	OPERADOR	KGONES
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	IDADE	21a 11m

RESUMO CLÍNICO:

Janio Venancio de Almeida  
Travessa n.º 12 - Fátima  
de Monteiro

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

FATIGA DE METATÁRSOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Redução, F. - a. w. do 5º MTT  
Redução do 3º e 4º MTT

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

NON

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Retorno Ambulatorial  
- Uso de Medicamentos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado (X) Melhorada ( ) Inalterado ( ) Óbito  
DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar  
( ) Transferência para \_\_\_\_\_

PATOS/PB, 20 DE Dezembro DE 2018.

MÉDICO/CRM

**NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

PACIENTE: Marina Verônica de Oliveira

UF: MA CIDADE: 21 HOSPITAL: 13320

PROF. Dr. E. (E) CRUSO: Dr. S. S. S.

ANESTESIA: Dr. S. S. S.

DATA: 22.12.2018 HORA: 10:10h PM

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL  
DEP. JUCILEY CARVALHO

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Insu. umetador		Equipo p/ sorc e sangue
	TX. Cuonógrafo	1	Selo 3F019
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
✓	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
✓	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação B. Vesical		Seringa 3 ml
✓	TX. Seta	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
✓	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos de ox.
1	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
	Holotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Trifenbutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelich		Sonda Uretral
	Pavutan		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Pectoral
	Xilostesin a 5%		Dreno Sucção
	Marval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	✓	Espandrapo
	Etidimidate	✓	Xilocaína Gel
	Ketalar	✓	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	✓	PVPi Tintura
	Dimorf	✓	Gases
	Lanscat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Marval		Algodão Ortopédico
	Foncha		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Otizrepan		Agulha descartável
	Água Gessada 10ml	1	Pastilha de Formol
	Prostigmin		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eforti		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalecina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dital		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pisali		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilut		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Rague Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Proleno 2-0 c/ agulha
	Proleno 0 c/ agulha		

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Janio Vinicio</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>12/12/13</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Siqueira</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Leonardo</u>	
Anestesiista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura de Metacarpo 3: 4: 15...</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Redução + Fixação</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
1) Incisão em D
2) exposição - curiósse
3) exposição do corpo
4) marcação lateral dorsal em m. (E)
5) observação cláup de 5: MIT. 6) Detecção de fraturas
6) Redução + Fixação
7) Observação radiográfica de ossoes fixados sob incisão



## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

João Vitoriano da Silva

portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de  
hoje, às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_, portador(a) da patologia CID-10

S92.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades  
laborativas por um período de (60) dias, a  
partir desta data:

Patos, 22.06.19

Stênio Guy W. Araújo

CRM 1325 CBO 223146

ORÇOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Assinatura do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_

autorizo o(a) Dr. (a) \_\_\_\_\_

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-  
tensão neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB  
Fone 83 3423.2741

Hospital Regional de Patos - RX

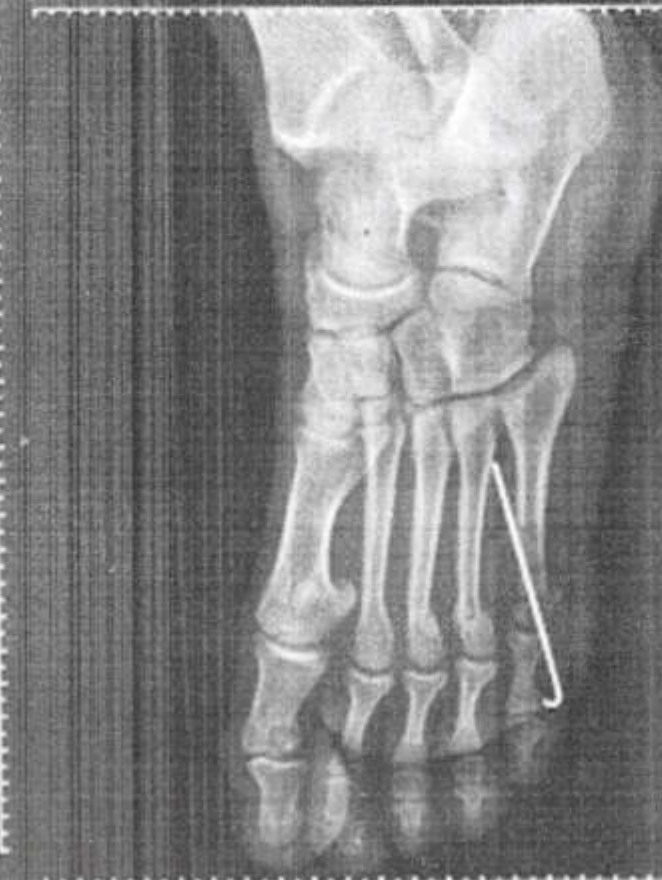
0000001266(3)

05.16

EI-5-1046-0000001266(3)

05.16

EI-3-879



Pg. 02

22/04/2018 16:03:51 de Celso

22/04/2018 16:06:05

000000008524

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA, 25/02/1996

RAIA HORMAÇÃO NÓBREGA, S.M. - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - BELO HORIZONTE - PATOS (PB).



Paciente: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA  
Nº do Paciente: PB180251296  
Data de Nascimento: 25/12/1996  
Data do Exame: 12/04/2019  
Sexo: M

## RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PÉ ESQUERDO AP/PERFIL/OBL

### RELATÓRIO:

Discreta lateralização da cabeça do terceiro metatarso, em relação ao eixo de seu corpo, com tênue área de maior radiodensidade na transição da cabeça com o corpo.

Alteração morfológica, com discretas irregularidades dos contornos e formações osteohipertróficas e que se projeta medialmente na transição da cabeça com o corpo do quarto metatarso, com discreta esclerose óssea e pequeno desvio lateral da cabeça em relação ao eixo do corpo.

Irregularidade dos contornos ósseos, mais pronunciados, são observadas no segmento distal do quinto metatarso, com maior comprometimento da sua cabeça, com áreas de maior radiodensidade entremeadas por pequenas áreas luscentes, com formações osteohipertróficas, que se projetam notadamente em sua face lateral.

Pequena imagem ossificada, ovalada, projetada na face medial da articulação metatarso-falangiana do primeiro dedo, de limites definidos e contornos regulares.

Pequena formação osteohipertrófica nas porções mais proximais e mediais do cuneiforme medial.

Demais estruturas ósseas preservadas, com morfologia e densidade habitual.

Espaços e relações articulares estão mantidos.

Demais partes moles sem alterações detectáveis ao método.

**Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Baiak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 12/04/2019 10:03:54 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.



E



1 7 ABR 2019

3 cm

1 7 ABR 2019

C 1420  
L 3917



E

1 7 ABR 2019

3 cm

C 1132  
L 4013



E



1 7 ABR 2019

3 cm

C 1159  
L 4054

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190280997

Vítima: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000040929-6

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 retomar 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

14 JUN 2019







## **Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - RQE: 5521

CRM-PB: 9251 / CRM-RN: 9800

### **LAUDO MÉDICO**

Atesto para fins de perícia médica que o paciente Sr. **JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA**, é portador de sequela de fraturas múltiplas do pé esquerdo (colo dos 3º, 4º e 5º metatarsos e fratura de falange proximal do hálux esquerdo), devido a acidente de trânsito (queda de moto) em 20/12/2018. Com queixa de dor importante em pé esquerdo. O paciente foi submetido a intervenção cirúrgica no dia 22/12/2018 para redução e fixação de fratura. Ao exame: Ferida operatória na região dorsolateral sobre o 5º metatarso do pé esquerdo cicatrizada, deambulação antálgica, edema em pé esquerdo além de limitação de dorsiflexão e flexão plantar de tornozelo esquerdo, limitação e dor a mobilização de artelhos do pé esquerdo. Radiografia do pé esquerdo: fraturas supracitadas consolidadas. Alta da ortopedia.

CID 10: S 92.7 / M 25.5 / M 25.6

Pombal, em 26 de maio de 2019.

Dr. Túlio Alberto de O. Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 9251 PB

MÉDICO

1004  
Paciar internamento



**Prefeitura Municipal de Paulista - PB**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**ENCAMINHAMENTO**

Encaminho o paciente Jonis Vinicio de Oliveira

Residente na (o) Rua projetada

Município de Paulista - PB

Para o (a) Hospital Regional de Patos

Na Cidade de Patos

**MOTIVO**

Paciente vítima de cefaleia meta-cerebral, sem contusões ou sinais de trauma  
em parte de consciência. Sinais cerebrais, com MIE com sinais de edema + diplopia  
de movimento. RX sem fratura e oliguet com sinais de fratura em  
dorso dorsal em 1°, 6° e 7° vertebra e no região parietal de alongo de 1° parietal.

4 Contatos a Dr. Honorato

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria de Saúde de Paulista - PB

A tenciosamente.

Paulista (PB) em, 20/12/19

Geovana Rezende de Brito  
Médico  
CRM-PB 12000



# FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	20/12/2018	HORA	15:24
OCCORRÊNCIA	OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	OPERADOR	KGONES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	IDADE	21a 11m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO II	JANIO RODRIGUES DE OLIVEIRA		
CIDADE	PAULISTA	PB	58860880
ENDEREÇO	RUA PROJETADA SN		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	PAULISTA		
TELEFONE	8308880850	CELULAR	
C.N.S.	898081463901581	IDENTIDADE	55.328.345-5
C.P.F.	492.099.178-98	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/12/1996	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	SERVICO GERAL

RESPONSÁVEL JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA Ass. Resp./Paciente *Vanio Venancio de Oliveira*

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

*Frnt. 3º, 4º e 5º MTO e Hala x 0*

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

*Ihm*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Ihm*

DIAGNÓSTICO *Frnt. da p. (Metatoma)* CID *68*

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data *23.02.19* Hora *15* H *15* Min

MÉDICO/CRM *Dr. Leonardo Monteiro*

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	22578	PRONTUÁRIO	13726
DATA	20/12/2018	HCRA	15:24
NÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO	OPERADOR	KGONES
PACIENTE	JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA	IDADE	21a 11m

RESUMO CLÍNICO:

Janio Venancio de Almeida  
Travessa da Paz - Fátima  
de Monteiro

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

FATIGA DE METATARSOS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Redução, F.O. de 5: MT7  
Redução de 3: 1 4: MT7

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

NON

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Retorno Ambulatorial  
- U.O. DE MEDICINA

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado (X) Melhorada ( ) Inalterado ( ) Óbito  
DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar  
( ) Transferência para \_\_\_\_\_

PATOS/PB, 20 DE Dezembro DE 2018

MÉDICO/CRM

**NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL**

PACIENTE: Marina Verônica de Oliveira

SEXO: F IDADE: 21 NÚMERO: 13320

PROFISSIONAL: Dr. Fábio CRÉDITO: Dr. Fábio

DATA: 22.12.2018 HORA: 10:10h PM

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL  
DEP. JUCILEY CARVALHO

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Insuflador		Equipo p/ sorc e sangue
	TX. Curografo		Selo 3F019
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação B. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Saco		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Holotano		Atadura de Crepom 20cm
	Trifenbutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelich		Sonda Uretral
	Pavutan		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Pectoral
	Xilostesin a 5%		Dreno Sucção
	Marval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espandrapo
	Etidimidato		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPi Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanscat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Marval		Algodão Ortopédico
	Foncha		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Otizrepan		Agulha descartável
	Água Gessada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eforti		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalecina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dital		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pisali		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilut		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Rague Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Proleno 2-0 c/ agulha
	Proleno 0 c/ agulha		

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Janio Vinicio</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>12/12/13</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Siqueira</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Leonardo</u>	
Anestesiista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura de METACARPO</u> <u>3: 4: 15: ...</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Redução + fixação</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1) Incisão em D
2) exposição - curiatura
3) exposição do corpo
4) incisão lateral dorsal em m. (E)
5) observação da fratura de 3: MET. 6: distal
6) redução e fixação
7) observação postural de osso
8) fratura sob incisão

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

João Vitorino da Silva

portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_

que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de  
hoje, às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_, portador(a) da patologia CID-10

S92.3

devendo permanecer afastado(a) de suas atividades  
laborativas por um período de (60) dias, a  
partir desta data:

Patos, 22.06.19

Stênio Guy W. Araújo

CRM 1325 CBO 223146

ORÇOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Assinatura do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_

autorizo o(a) Dr. (a) \_\_\_\_\_

a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por ex-  
tensão neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB  
Fone 83 3423.2741



Hospital Regional de Patos - RX

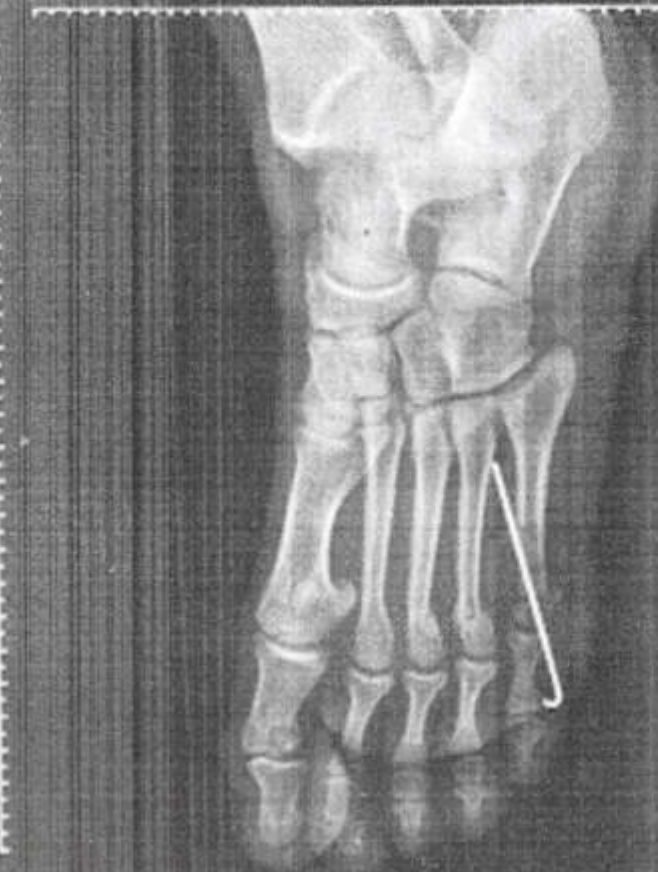
0000001266(3)

05 %

EI-5 1046 0000001266(3)

55 %

EI-3 879



Pg. 02

22/04/2018 16:03:51 de Celso

22/04/2018 16:06:05

000000008524

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA, \*25/02/1996

RAIA HORMAÇÃO NÓBREGA, S.M. - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS - BELO HORIZONTE - PATOS (PB).



Paciente: JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA  
Nº do Paciente: PB180251296  
Data de Nascimento: 25/12/1996  
Data do Exame: 12/04/2019  
Sexo: M

## RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PÉ ESQUERDO AP/PERFIL/OBL

### RELATÓRIO:

Discreta lateralização da cabeça do terceiro metatarso, em relação ao eixo de seu corpo, com tênue área de maior radiodensidade na transição da cabeça com o corpo.

Alteração morfológica, com discretas irregularidades dos contornos e formações osteohipertróficas e que se projeta medialmente na transição da cabeça com o corpo do quarto metatarso, com discreta esclerose óssea e pequeno desvio lateral da cabeça em relação ao eixo do corpo.

Irregularidade dos contornos ósseos, mais pronunciados, são observadas no segmento distal do quinto metatarso, com maior comprometimento da sua cabeça, com áreas de maior radiodensidade entremeadas por pequenas áreas luscentes, com formações osteohipertróficas, que se projetam notadamente em sua face lateral.

Pequena imagem ossificada, ovalada, projetada na face medial da articulação metatarso-falangiana do primeiro dedo, de limites definidos e contornos regulares.

Pequena formação osteohipertrófica nas porções mais proximais e mediais do cuneiforme medial.

Demais estruturas ósseas preservadas, com morfologia e densidade habitual.

Espaços e relações articulares estão mantidos.

Demais partes moles sem alterações detectáveis ao método.

**Assinado Eletronicamente por: Dra. Andresa Baiak CRM 18146-PR | Médica-radiologista RQE 14604-PR CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 12/04/2019 10:03:54 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.



E



1 7 ABR 2019

3 cm

1 7 ABR 2019

C 1420  
L 3917

E

1 7 ABR 2019

3 cm

C 1132  
L 4013





E



17 ABR 2019

3 cm

C 1159  
L 4054



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBELTON DAUNT

8100-0

MAU PLASTIFIKAT

38757965

JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 55.328.345-5 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 05/02/2015

NOME  
JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO  
JANIO RODRIGUES DE OLIVEIRA  
VANILDA VENANCIO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE  
PAULISTA - PB

DATA DE NASCIMENTO  
25/12/1996

DOC. ORIGEM  
PAULISTA-PB PAULISTA CN:LV.A9 /FLS.584 /Nº09160

CPF  
492099178/98

Roberto Avino  
Delegado de Polícia Estadual do Estado de São Paulo

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

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

V-02  
P-239



Jaques Ramos Wanderley

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DOO ORIGEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28  
CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 01268784

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FILIADOS  
(Art. 13 da Lei nº 2.061/64)



ASSINATURA DO PORTADOR

0AB

00000000



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

11064

PAÍS

JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO

AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
RILVANIA RAMOS WANDERLEY

RESIDÊNCIA

POMBAL-PB

DATA DO NASCIMENTO

08/05/1980

CPF

032.879.134-08

DATA DE EXERCÍCIO DA

01 13/10/2008

ASSINATURA

JOSE MARCIO MONTE JUNIOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

LAACRE 00442233560

DETRAN - PB

Nº 014797592296

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 2019020004144-7 EXERCÍCIO

1 0110438771-6 00/000000000 2019

NOME

VANESSA VENANCIO DE O RAMALHO

CPF / CNPJ

10681208430

PLACA

QFQ6656/PB

PLACA ANT / UF

NOVO PB

CHASSI

9C2JC7000GR209693

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/BIE 1101

ANO FAB

2016

ANO MOD

2016

CAP / POT / CL

2 P/109 /CI

CATEGORIA

PARTIC

CCR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. COTA ÚNICA

1ª

VENC. COTAS

3ª

FAIXA I, PVA

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

P A G O

28/02/2019

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

A. F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

PATOS - PB

LOCAL

28/02/2019

DATA

41033

36838



Agência-Vale do São  
Cavé Supermercado - Orla Mar

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

PB Nº 014797592296 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 022 1204

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

28/02/2019

VIA

1 10681208430

CPF / CNPJ

10681208430

PLACA

QFQ6656/PB

RENAVAM

1104387716

MARCA / MODELO

HONDA/BIE 1101

ANO FAB

2016

CAT. TARIF

9

Nº CHASSI

9C2JC7000GR209693

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

P A G O

28/02/2019

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

41033-1619353-20190228

AGO / 2018

17 ABR 2019



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 07

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1665623017

NOME  
AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / CDS. EMISSÃO UF  
2870446 SSP PB

CPF  
064.978.664-50

DATA NASCIMENTO  
06/01/1985

FILIAÇÃO  
AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
RILVANIA RAMOS WANDERLEY

RESIDÊNCIA  
ACC  
CATEGORIA  
AB

Nº REGISTRO  
04065760079

VALIDADE  
20/12/2021

1ª EMISSÃO  
28/03/2007

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL  
PONBAL, PB

DATA EMISSÃO  
07/12/2018

Assinatura do Emissor

93146464749  
PB036866040

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665623017



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

71825665

N. OSP

19511758

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

AMINTAS DANTAS W JUNIOR  
RUA SANCHI QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR -  
JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840- 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.002.155.0307.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N460919	17/01/2017	EXT LACRE	LIGADO	POTENCIAL		

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
OUT/2018	22/10/2018	37,91			

EMIÇÃO: 10/12/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91



MATRÍCULA	N.º OSP	EMIÇÃO	TOTAL A PAGAR
71825665	19511758	10/12/2018	R\$ 37,91

82640000000 4 37910010112 8 07182566501 2 95117581215 9



VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
629555924

62955924



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. COMPLEMENTO APÓS REANÁLISE - 0 %

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190280997 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANIO VENANCIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/12/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS E FALANGE PROXIMAL DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO 5º METATARSO COM FIO DE KIRSCHNER, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 // EXAME DE IMAGEM PÁG. 07

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00