

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180183376**

Vitima: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180183376**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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 12725473



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180183376**

Vitima: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180183376**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180183376**

Vítima: **DANILO ALVES DOS SANTOS**

Data do Acidente: **09/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180183376**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **09/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

306.215.924-36

Nome completo da vítima

CAMILA ALVES DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Camila Alves dos Santos		CPF titular da conta 306.215.924-36	Profissão Autônoma
Endereço RUA JOSEFA BARREIRA		Número 510	Complemento
Bairro Pencinos	Cidade ROMÃO	Estado PARAIBA	CEP 58.240-000
Email		Telefone (DDD) (81) 999246322	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NPO: 0932 D.V. (Informar dígito se existir)		CONTA NPO: 37332-1 D.V. (Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO NPO: _____ D.V. (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NPO: _____ D.V. (Informar dígito se existir)	
CONTA NPO: _____ D.V. (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NPO: _____ D.V. (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço o devido quitação do valor indenizado.

Romão, 12 de Abril de 2018

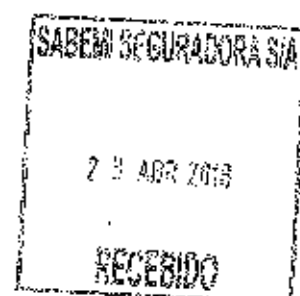
Local e Data

23 ABR 2018

RECEBIDO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Bca Esperança / Fone (03) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **09/04/2018** - Horário: **18h 00min**

Local do ocorrido: **BR 230, sentido Pombal a São Bentinho, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **11/04/2018 - 16h 14min**

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

COMUNICANTE: DANILO ALVES DOS SANTOS, alcunha //; Filiação: Daniel Guilhermino dos Santos e de Maria do Socorro Alves dos Santos; **Profissão:** autonomo; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 21/09/1995; **Endereço Residencial:** Rua Josue Bezerra, sn, Pereiros, Pombal - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 3.901.007 - SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA POP, placa QFM7997/PB, NIV 9C2JB0100GR222881, cor VERMELHA, ano 2016/2016, licenciado (a) de nome de JOAQUIM FERNANDES DA SILVA NETO, quando caiu ao chão devido a uma derrabagem no acostamento; Que fora socorrido(a) por/pelo populares e levado(a) para o hospital local; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fratura no perna esquerda; Que apresenta como testemunha deste fato: KUELMAR ALVES DOS SANTOS, residente no(a) Rua Josue Bezerra, sn, Pereiros, Pombal e MARIA DO SOCORRO ALVES DOS SANTOS, residente no(a) Rua Josue Bezerra, sn, Pereiros, Pombal; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal - PB, 11 de abril de 2018.

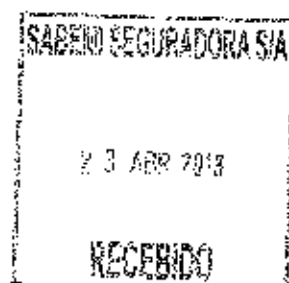
AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. ANDERSON PONTES CAMPOS

COMUNICANTE: Danilo Alves dos Santos

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

Heremay R. Trigueiro
Escritório de Polícia
Mat. 156.507-4

Secretaria de Segurança
- 1ª Delegacia



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: DANIEL ALVES DOS SANTOS CPF da Vítima: 706.215.534-36 Data do Acidente: 09.04.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

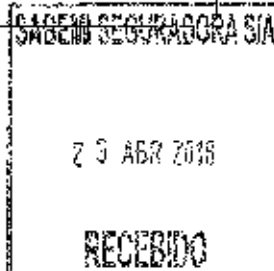
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Bruno AL-10 12 de ABRIL de 2018
Local e Data

Daniel Alves dos Santos
Campo 1 - Assinatura do beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DANILLO ALVES DOS SANTOS

RG nº 2401097, data de expedição 21/06/17, Órgão SPDP/PA,

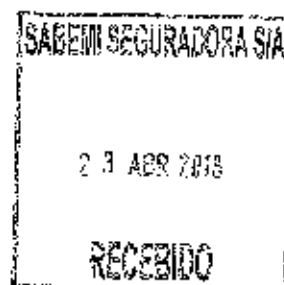
CPF nº 706.815.934-16, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSE ROZENA</u>	
Número	<u>S/N</u>	
Apto / Complemento	<u>---</u>	
Bairro	<u>POMBAL</u>	
Cidade	<u>POMBAL</u>	
Estado	<u>PARAIBA</u>	
CEP	<u>58.840-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(81) 949746322</u>	<u>(81) 981988766</u>
E-mail	<u>---</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL - PB, 12.04.2018

Assinatura do Declarante: Danillo Alves dos Santos



—**Leinhardt et al.**



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 55.015-570 - CNPJ: 09.123.456/0001-87

MATRICULA: 70682232
REFERENCIA: FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AQUER RAMOS WANDERLEY
RUA BEL RICO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO
PETROPOLIS POMBAI - PB 58849-1000

Inscrição	SMU	Quantidade de Economias				Responsável
		Reserva	Uso	Industria	Com	
12.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data da Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
137W649254	23/01/2018	EX FLACH	LIGADO	POTENCIAL		
INTERIOR / ATUAL / CONSUMO (M3) / DATA DE DIA / PROXIMA LETURA						
1	5	4	16	07/03/2018		
TEST. DE CONS./ANAL. LETT. / QUALIZ. DA AGUA-DECSHU 2.914/2017 - M3						
JAN/2018	10	8	PARÂMETROS	EXIG	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2017	20	6	TURBIDZ	40	46	46
NOV/2017	10	8	CLORO	46	46	46
OUT/2017	10	8	COL. TERHOT	0	0	0
SEP/2017	10	6	COR	30	33	33
AGO/2017	10	6	COL. TOTALIS	46	46	46
MEDZACH	28	DADOS REFERENTES A: 02/2017				

DATA DA IMPRESSÃO: 08/03/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 07:47:35	
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
CONFERÇA 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA			
ESGOTO		4 M3	65,74

VALOR APROXIMADO DE PIS/POR-DE: R\$ 5,88 PIS E CONF. 12.001/17

ENCARGAMENTO: 23/02/2018	Total a Pagar: R\$ 65,74
--------------------------	--------------------------

CONDIÇÃO DE LETURA: REAL 1200A
 CONDIÇÃO DO PATRIMÔNIO: ESTIMADO

INFORMAÇÕES ÚTIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

SABEM SEGURADORA S/A

7 3 ABR 2018

RECEBIDO



MATRICULA	REFERENCIA	ENCARGAMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2018	23/02/2018	R\$ 65,74

OBJETO AUTOMÁTICO

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/BIBLIOTECAWEB/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 nº 9.673/98.

Pelo exposto, eu, JACQUES CAMPOS WANDRELL inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.975.134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CAMILA ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.215.534 / 36, do sinistro do DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima CAMILA ALVES DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.215.534 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 026,46 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ 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.

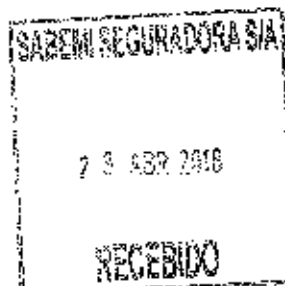
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA DEL. GARCIA DA SILVA ALMEIDA</u>		Número <u>219</u>	Complemento <u>CERITONIO</u>
Bairro <u>PERGOLIS</u>	Cidade <u>SMOLAL</u>	Estado <u>PARAIBA</u>	CEP <u>58.240-000</u>
E-mail <u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 99746322</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 989488366</u>

SMOLAL PB 12 de ABRIL de 2016
Local e Data

Jacques Campos Wandrell

Assinatura do Declarante



MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

EXERCÍCIO 2016 ANO CALENDÁRIO 2016

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELAS DEDUÇÕES LEGAIS
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante	Nome do declarante	Tipo de
022.875.124-00	JACQUES FARIAS WANDERLEY	CPF 04371025
Endereço	Número	Complemento
RUA TARELLATO JORGE VIEIRA DE QUEIROGA	204	CASA
Cidade/Estado	CEP	Município
RECIFE/PE	51040-000	POMBAL

(valor em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁRIOS

0,00

IMPOSTO DE RENDA

0,00

IMPOSTO A RESTITUIR

0,00

VALOR DO IMPOSTO A PAGAR

0,00

IMPOSTO A RECEBER

0,00

Ganho de Capital - Múltiplo em Espécie

PACOTAMENTO (Nacionalidade e Residência em 2016)

QUANTO DA QUOTA

VALOR DA QUOTA

CONFIDENCIAL



CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet, na
Data: 23/04/2016 às 14:56:05
1644113711

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **JOAQUIM FERNANDES DA SILVA NETO**, RG nº 3326061, data de expedição 20/05/2005, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 062.752.894-57, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Vieira, nº 145, Novo Horizonte, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DANILO ALVES DOS SANTOS, cujo o condutor era DANILO ALVES DOS SANTOS.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA / POP 1101.

Ano: 2016

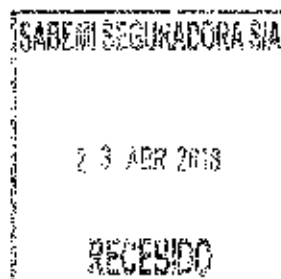
Cor: VERMELHA

Placa: QFM 7997/PB

Chassi: 9C2JB0100GR222881

Data do Acidente: 09/04/2018

Local e Data: POMBAL-PB, 12/04/2018.



Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
 Not. VIANA DA SILVA E ASS. DE QUEIROGA
 Sub. ANDRÉ TATIZINHAS DE QUEIROGA
 Reconheço (POR AUTENTICIDADE) o Livro de: JOAQUIM FERREIRA DE
 SILVA NETO.
 Em testemunha
 do P. Poder - Pátria, Treze de Abril de 1964, às 11 e depois
 510753
 Sem Dúvida de Falsificação Tipo Normal P-ADT7000-56AVV
 Confira os dados da acta em todas as localidades das J. Br.
 ENCL. AL. R\$ 11.28 FAFEN R\$11.28 FFRJ R\$ 1.00
 VALIDO SOMENTE PARA SELAR AUTENTICIDADE

2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS E DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO JORISAL-PE
Adm. Luiz E. da Góes
Tabelião Substituto

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.256/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

ENDERECO: RUA CEL. JOAO LEITE

CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: PB

Paciente: DANILLO ALVES DOS SANTOS

Mae: MARIA DO SOCORRO ALVES DOS SANTOS

Nascimento: 21/09/1965 Idade: 22 Cor: BRANCA Sexo: M

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: PROJETADA

Bairro: PEREIROS

Cidade: POMBAL - PB - 50840-000 - 2512101

CNS: 700-8029-9438-7686

CPT: Reg. Nasc.: Identidade: 39010007

Data / Hora: 11/04/2019 13:28:12

Atendimento: FRATURA

PESO: PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO

02 - URGENCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESOES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUIMICOS OU FISICOS

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao

PROCEDIMENTO Descricao



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone: (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome: Daniela Alves dos Santos

Perante a história de
acidente de moto com
trauma em tornozelo
e quadril. Ao exame

Dono a palpção de
moleto medial e lateral
Re e Quatana moleto medial

Dr. José Casimiro Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 100.000.000-00

Data: 09/24/18

Médico

"Tudo posso naquele que me fortalece"

SABEN SEGURADORA S/A
23 ABR 2018
RECEBIDO

16 AGO 2018

RECEBIDO

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



P/ DANILLO ARVEL DOS SANTOS

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO MÉDICO
AO 1155

CID 10:

S82.5



Atestado para fins de Perícia Médica
que o paciente supracitado foi submetido
a tratamento cirúrgico de fratura de
membro superior esquerdo. Cirurgia há
± 4 meses. Fratura devido a acidente de
moto. (09/04/18). Ao exame: Limites
de densidades do tornozelo esquerdo, fer-
da operação cirúrgica, edema res-
duo. Radiografia: Morteira de Pósi-
ção / Fratura coriolar. Retorno
leve alterações na via aérea. ALTO
MÉDICA.

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Rua Padre Sandoval Ferrer, S/N
Centro - São Bento / PB
Fone: (83) 3444-2946 / 9.9989-0237
@santaceciliash @Clin Santa Cecilia sh

Rua Coronel João Carneiro, 368
Centro - Pombal / PB
Fone: (83) 3431-2020 / 9.9989-0097
@santaceciliapombal Santa Cecilia Pombal

Rua Venâncio Neiva, 283
Centro - Catolé do Rocha / PB
Fone: (83) 3441-3567 / 9.9820-9114
@clinicasantaceciliacatole

RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183376 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DO DR TULIO ALBERTO, FRATURA (TORNOZELO E) FRATURA CONSOLIDADA E SEM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, EM ALTA DEFINITIVA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183376 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180183376 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DO DR TULIO ALBERTO, FRATURA (TORNOZELO E) FRATURA CONSOLIDADA E SEM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, EM ALTA DEFINITIVA.

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