
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: DANIRO ALVES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180183376

Vitima: DANIRO 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



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**

Vitima: **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	Nome completo da vítima
	206.215.984-36	CARMO ALVES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Charline Alves dos Santos	206.215.984-36	Autônoma
Endereço	número	Complemento
AV. T. SANTOS, 2670	3400	
Bairro	Estado	CEP
Pereira	ES	58.810-000
Email		Telefone (DDD)
		(31) 9992-46322

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

RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	ATÉ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (231)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA NRO:	CONTA NRO:	BANCO	
0432	37022-7	Número	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO:	CONTA NRO:	Número	
		(Informar dígito se existir)	
		(Informar dígito se existir)	

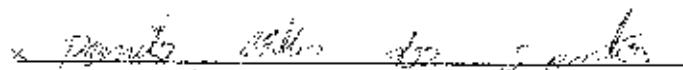
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro acima, a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida(s) conta(s) e conta(s) após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Lombá (12) de AGOSTO de 2018

Local e Data

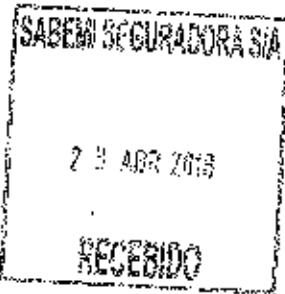
23 ABR 2019

RECEBIDO



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1º DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Bca Esperança / Fone (031) 3431-2206

[Signature]
**GOVERNO DA PARAÍBA
DELEGACIA DISTRITAL
1º E 2º DD**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

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) no nome de JOAQUIM FERNANDES DA SILVA NETO, quando caiu ao chão devido a uma derrabagem no acostamento; Que foi 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 péma 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: Det. Pol. ANDERSON PONTES CAMPOS

[Signature]
**GOVERNO DA PARAÍBA
DELEGACIA DISTRITAL
1º E 2º DD**

COMUNICANTE: *Dani... R... de P...
[Signature]*

Erenemay R. Trigueiro
Executive de Polícia

Mes: 356.593-6

Escritório de Atend.
10m - 0800x1000

SABEDO SEGUROADORA S/A

23 ABR 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
DIVILDO ALVES DOS SANTOS	350.215.554-36	01/04/2018

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 permanentemente 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 Lider 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.

CÓPIA DA DECLARAÇÃO
MANTIDA NA SEGURO LIDER

7/3/ABR/2018

Fernando Alves dos Santos de APRIL de 2018

Local e Data

RECEBIDO

Fernando Alves dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, PÁMELA ALVES DOS SANTOS,

RG nº 19.310.024, data de expedição 21/06/13, Órgão SIDE/PA,

CPF nº 306.816.939-16, 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 JOSÉ DIZZENA</u>
Número	<u>516</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>PENHA</u>
Cidade	<u>PARAÍBA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999241322 (83) 999498766</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PARAÍBA - PB, 12.04.2018



Assinatura do Declarante: Pâmela Alves dos Santos

MARIA DO CARMO ALVES DOS SANTOS
RAJOGUE BEZERRA, SAI. ATINGE ROS
SONSA (PRCEP SEMINÁRIO) (37)

Entregado el día 26/03/2010 - Referencia Mar/2010
Oficina-Subs. a PESQUERIAS Y RESERVA NATURAL VÍDEO/FACSIMIL

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/IEAN
Mar / 2018	26/03/2018	25/04/2018	72100388104 insc. fed.

UC (Unidade Consumidora): 5/869934-2

Canal de contacto

- Foi daquela que surgiu a ideia de fundar a Escola Paulista, quando eu fui para São Paulo. E ali, quando fui para lá, tive a ideia de fundar a Escola Paulista e, quando voltei de São Paulo, fui para o Rio de Janeiro, onde comecei a fundar a Escola Dom Bosco, que é a minha ideia de escola católica e de leitura.

— Chegou a São Paulo e fundou a Escola Dom Bosco, que é a sua ideia de escola católica e de leitura.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lefatur	Data	Lefatur	
29/02/19	8461	26/02/19	8462	
Descreto Demonstrativo				
(X) Descreto	Justificativa Técnica - Padrão Geral - Aba. Unidade Operacional - Detalhado			
	TITULO I DA LEI DE BUDGETARIA - 2019 (Lei nº 13.972/19)			
0801 Consumo em kWh	52.8107 0.004400 38,12 - 38,13 26 0,00 38,12 0,00 1,12			
LÂNCAMENTOS ENERGÉTICOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LUMIFUNDO	5,34 0,02 9 0,00 0,00 0,00 0,00			

OCO: Estadão de Classificação de bens - TCTSH - 01,00 39,72 3,00 36,12 0,24 1,12

VENCIMENTO 03/04/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 41.56

Histórico de Consumo (KWh)																	
T3	6/9	T4	3/79	T5	1/80	T6	1/82	T7	5/81	T8	31/81	T9	1/84	T10	1/85	T11	6/86
00017	Abr/17	00017	Jun/17	00017	Jul/17	00017	Sep/17	00017	Out/17	00017	Nov/17	00017	Dez/17	00018	Jan/18	00018	

1991-744a-5896-753f-5ad1-9ee3-fd57-53ce

<http://www.elsevier.com>

	Unidades	Aproximado	Límite de Tensión (V)
	de ANEXO		
DIA MENSUAL	5.81	2.17	NONLINEAL
DIA ANESTRAL	11.54		22
DIA ANUAL	22.94		
FICHERO MENSUAL	5.82	1.80	OCUPADA
SISTEMA BYPASS	5.75		LÍMITE SUPERIOR
TIEMPO	2.00		2
CMC	2.45	2.17	LÍMITE SUPERIOR

Descripción	Venta neto	%
Gancho de Cielo, s/1-4000PB	9,00	25,76
Comprob. de Billetera	1,00	30,30
Entrega de Carteras	1,00	3,43
Entrega de Tarjetas	7,00	23,81
Mujeres (Billeteras y Entrega)	15,00	52,33
Otros Servicios	0,00	0,00
Total	41,00	100,00

Section 10

卷之三

LATENCIA

REFERENCES



CAGEPA

OSERVADOR DE ÁGUA E ESGOTOS DA PB
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe Jklo Pezao - PB
CEP: 58.013-670 - CNPJ: 00.123.456/0001-87

ESTACÔNIA DE ÁGUA E ESGOTO
INSTITUTO SÍMONE
DE MATHEUS

70682232

PREFERENCIA

COTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FEV/2018

AQUES RAMOS WANDERLEY
RUA BELÉM, CO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO
PETROPOLIS POMBAL - PB 58849-100

Inscrição	SMS	Quantidade de Economias				Responsável
		BÁSICO	VISÃO	BÁSICO	SMS	
12.004.115.0005.000	809	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data da Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		

17W649254 23/01/2018 EX-LACR LIGADO POTENCIAL

INTERIOR / ATUAL / CONSOLID (CD) / SPAN DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA

1	5	4	16	07/02/2018
JST.	DE	CONS.	AMOR.	LEIT.
JAN/2018	10	0	PARÂMETROS	EXIG
02/2017	20	0	TURNOFZ	46
NOV/2017	10	0	CLORO	46
OUT/2017	10	0	COL. TERNOT	0
SFT/2017	10	0	COR	33
AGO/2017	10	0	COL. TFAIS	46
MEDIDAS	28		DADOS REFERENTES A 01/02/2017	

DATA DA IMPRESSÃO: 08/02/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 07:47:55

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
CONTRATUAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	4 NB	R\$ 65,74
ESGOTO		

SABEM SEGUROADORA S/A

7.3.2018

RECEBIDO

VALOR APROXIMADO DE FRETAMENTO: R\$ 6,00 PTS E CONFIRMAÇÃO: 12.261.12

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

CONDICAO DE EFETUADA: REALIZADA
CONDICAO DO FRETAMENTO: FRETADO TIPO DE FRETAMENTO:

INFORMAÇÕES LIVRES:

*** ACOMPANHE COM ESTA SENDO APLICADO SEU DÍMMETRO ***
WWW.FRANCOPARCELAS.PB.GOV.BR

CAGEPA
www.cagepa.com.br

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VALOR MÉDIO	TOTAL PAYPAL
70682232	FEV/2018	R\$ 01,75	R\$ 65,74

DETETO AUTORIZADO

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 reseguro.

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, JÁQUELINE ALVES DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF/CNPJ 034.975.134-108, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS ALVES DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o N° 396.215.554-36, do sinistro do DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARLOS ALVES DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o N° 396.215.554-36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADM. DE ARQ. Renda: R\$ 2.614,66, e apresento os documentos comprobatórios:
IMPÓSITO SOBRE A PROPRIEDADE

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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
<u>SILVA LIMA, 650, 08.510-000</u>	<u>2171</u>
Bairro	Complemento
<u>PETROPOLIS</u>	<u>EDIFÍCIO VIDA</u>
Email	Cidade
<u>J.AQUELINE.ASV@GMAIL.COM.BR</u>	<u>GOIÁS</u>
Estado	
CEP	
(DDD) Telefone comercial	
(DDD) Telefone celular	
(DDD) Telefone celular	

GOIÁS, 12 de Abril de 2016
Local e Data

Jáqueleine Alves

Assinatura do Declarante

SABEM REGRADORA SIA	23 ABR 2016
RECEBIDO	

2019 RELEASE UNDER E.O. 14176

参见CPD第14-002号公告关于CE标志的指令(2004/108/EC)。CPD第14-002号公告

MAPS TO THE EAST OF SINGAPORE ARE NOT DRAWN TO SCALE

Exercice 2016 **Année de la recherche 2016**

PERÍODO DE ENTREGA DA OPCIÃO APAGÃO DE AJUSTE ANUAL - OPCIÃO DE VENDA REDUZIDA (LEGANTES)

10月15日-16日，中国科学院植物研究所植物学与生态学国际会议在植物所召开。

DRH et Géotropique - Mme du Guesclin
DRH & Drs. (en-tête) GAUCHE PARIS MANGONI

Magnetic
cells

Scanned by Google

STATEMENT OF EXPENSES **STATEMENT OF EXPENSES**
STATEMENT OF EXPENSES **STATEMENT OF EXPENSES**

(Vorlesung von Flory)

TOTAL REQUIREMENTS DESIGNATION

W.M. DAWSON LTD. 1976

ANSWER

ЧАСТЬ ПОСЛЕДНЯЯ

Journal of Clinical Psychology

UNIVERSITY OF CALIFORNIA - BERKELEY LIBRARIES

PAPEL ALAVÉS: www.alaves.com | www.alaves.com/maestro

DOI: 10.4236/jpm.201909091

卷之三

卷之三

SABEN SEGURO ASIA
23 ABR 1953
RECEBIDO

Declaración voluntaria de Intereses. De
pido Agencia Financiera BNP PARIBAS
el día 25/04/2018 al 18:00:00
14382133333

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 110I

Ano: 2016

Cor: VERMELHA

Placa: QFM 7997/PB

Chassi: 9C2JB0100GR222881

Data do Acidente: 09/04/2018
Local e Data: POMBAL-PB, 12/04/2018.

1949年3月16日

5 3 APR 2013

DECEMBER

~~La lista~~ Formado de ejes de

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima recolhimento da multa)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUATROCA	
Av. VIANA DIAS LIMA DE QUATROCA	
Sob: ANDRÉ VIANA DIAS DE QUATROCA	
Peculiaridades (SOB) AUTENTICO(A) - PECUL: JORQUIN FERNANDES DE SILVA RITO.	
Seu: testemunha	da verdade
#. POMAR-PESSOA	de data: mil e dezena
SENTOZEX	Seu Digital de fiscalização: Lido Normal: B-AQT/2010-98AVW
Confira os dados do agente fiscalizado pelo site: br ENOLAM: R\$ 11,28 FARFEN: R\$ 11,28 FTFU: R\$ 0,00	
VALIDO SOMENTE PARA SEUS AUTENTICOS	

**2º TABELONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO - MUNICÍPIO
Após Luiz E. da Queiroga
Técnico Spacialivo**

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.255/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

ENDERECO: RUA CEL. JOÃO LÉTE

CIDADE: POMBAL

ESTADO: PARÁBA

UF: 25

Paciente:

DANILLO ALVES DOS SANTOS

Nome: MARIA DO SOCORRO ALVES DOS SANTOS

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

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço:

PROJETO AIA

PEREIROS

PCMBAL - PB - 50040-000 - 2512101

Reg. Nasc.: 702-6029-9438-7686

Identidade: 39010007

Nº: SIN Fone: (83)98839-534

CPF: 087.542.910-00

Recepção: FATIMA

Ficha Número: 63273

Data / Hora: 11/04/2018 13:28:12

Atendimento: FRATURA

SEXO: F GÊNERO: M GESTANTE: SIM / NÃO: SEMANAS:

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

DIAGNÓSTICO CID-10

MEDIDAÇÃO	ENCAMINHAMENTO			
	<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RÉSIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS	

SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	0	9	2
2 -	2	2	3	2	2	0	0	2
3 -	2	2	3	2	2	0	0	2

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

DENIS ROCHA FORMIGA - 7054 111-1111-1111-1111
Ass. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPRONSÁVEL
Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo
Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

CBO

Pedágio Dineiro



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:

Damila Alves da Costa

Possive infecção de
quadro de mictos com
fracura em torozelo
in gravido As Queso
Dor a palpação de
máculo medial + Qdema
Re o Quatana envolto medial

Dr. José Cestelino Neto
TROPOEDIA E TRAUMATOLOGIA
SALVADOR - BA - BRASIL 19807
Médico

Data: 09/04/18

"Tudo posso naquele que me fortalece"

SABEN SECURADORA S.A.

23-APR-2018

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA SA

16 AGO 2018

RECEBIDO

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Pº DARIO ALVES DOS SANTOS

Dr. Túlio Alberto
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CLÍNICA SANTA CECILIA

LAVR MÉDIO
AO 1955

CD 10:

5825

SABEMI SEGURADORA SA
16 AGO 2018
RECEBIDO

ARRESTO PRIM FINS DE REVISÃO MÉDICA
ONDE O PACIENTE SISTAMICO FOI SUSMETADO
A TRAUMAÇAO CIRÚRGICO DE FRATURA DE
MOLHO MÉDIO ESQUERDO. CIRÚRGIA HÁ
± 4 MESES. FRATURA DEIXOU A ALCANCE DE
MOTO. (09/04/18). AO EXAME: UNIFORME
DE DENSIFICAÇÃO DO TORNOCO ESQUERDO, FEN-
DA OPERATORIA CICATRIZADA, CEGAS E DESI-
VADA. RADIOGRAFIA: MATERIAIS DE PSE-
GOLADO / FRATURA CORJOURADA. RETRATO
LEVE ALTERACAO NA VIDA MÉDIA. ALTO
MÉDICO.

Dr. Túlio Alberto
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CLÍNICA SANTA CECILIA

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



SABEM SEGURODOA SIA

23 ABR 2018

RECEBIDO



SABEM SEGUROORA SIA

23 MAR 2013

RECEBIDO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESIDENTE BRASIL	2.428.326 - 2 VTA EXPEDIC.	DATA DE EXPIRAÇÃO	01/07/2014
NAME	JACQUES RAMOS WANDSLEIT		
FILHO DE	ANTONIAS DANTAS WANDSLEIT RECHAVIA RAMOS WANDSLEIT		
NATURALIDADE	POMAL - PR	DATA DE NASCIMENTO	06/08/1980
DOC. ORIGINAL	CASAM. Nº 10726 SUB. 248 LIV. B-28 CARROTO. POMAL - PR		
CPF	032.976.134-08		
LEIA NO SITE WWW.SIAF.GOV.BR			

SACEMI SEGURADORA S/A

7-3 AGR 2016

RECEBIDO

ENCONTRAN

DIRETAMENTE NO ESTORQUE DE GASES
PRT 201700000178476
1 61001501464 000000000 2017

JOAQUIM FERNANDES DA SILVA NETO

PARA MOTO CICLONE / MARCHA RETRÁTIL

35215380457 0627997/PB

Novo P/B 9021801000222861

PAS/MOTOCICLETA RETRÁTIL GASOLINA

2016 06279206467/PB

MOTOR 200 100

2016 0627997/PB

SEGURADA IDENT. SPVAT
11281-1556117-2617120

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 MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".

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