

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10123258

A/C: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

Sinistro: 3160708536 ASL-1158792/16
Vitima: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS
Data Acidente: 19/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HELDER LUIS HENRIQUES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10123633

A/C: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

Sinistro: 3160708536 ASL-1158792/16
Vitima: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS
Data Acidente: 19/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HELDER LUIS HENRIQUES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº 11068903

a/c: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

Sinistro: 3160708536 ASL-1158792/16
Vítima: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS
Data Acidente: 19/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HELDER LUIS HENRIQUES

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

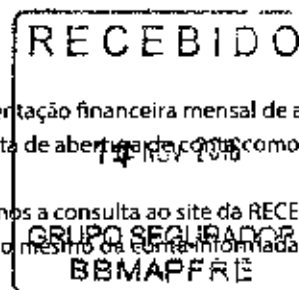
EU, SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 405.637-5581PB EXPEDIDO POR SSP/PB EM 24/09/2016 E
CPF 2514059594-06 / CNPJ 000000000000000000 - 00000000, PROFISSÃO acusado
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusado NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2221 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01300006309-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JUazeiro do Norte, 03 de Novembro de 2016
LOCAL E DATA

Severino Cavalcanti de Vasconcelos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

292-745786504-8

18/OUT/2016

HORA-DE 16:28:00

DT. 13.010623-2

TERM 043000

LOCALIDADE: JIAZEIRINHO

AG. VINCULADA: 0041

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

2221.00006309-5

NOME: SEVERTINO CAVALCANTE DE VA

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE

SALDO

01/10

06/10

14/10

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE

SALDO

01/10

03/10

06/10

14/10

RESUMO EM 17/10

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

292-745786504-8

18 VIA





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE JUAZEIRINHO
Av. Antenor Navarro, - Centro - Juazeirinho - 58660-000 -



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000188/16, registrada em 12/07/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos doze dias do mês de julho do ano de 2016, nesta cidade de Juazeirinho, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE JUAZEIRINHO, quando encontrava-se presente o Bel. GILSON DE JESUS TELES, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:34 horas, compareceu o Sr. SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS, com 58 anos de idade, filho de JAIME CAVALCANTI DE VASCONCELOS e MARIA DAS DORES CAVALCANTI DE VASCONCELOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ITABAIANA - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA, portador da Cédula de Identidade Nº 405.637, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 25145959400, residindo à rua ANTONIO MARINHEIRO Nº 10, bairro CENTRO, na cidade de Juazeirinho - PB.

Declarou que:

QUE no dia 19/05/16, por volta 07h00min, o declarante, funcionário público federal, conduzia a moto YAMAHA /XTZ 150 CROSSER E, de cor BRANCA, ano de fab/mod. 2014/2015, placa nº QFO-5080/PB, chassi nº 9C6DG2520F0004804, licenciada em nome do Fundo Estadual de Saúde-PB, trafegando pela Rua João Rodrigues dos Santos, quando passava no cruzamento com a Rua João Capitulino próximo ao Banco do Brasil, outro motociclista que vinha nessa rua colidiu na lateral do declarante fazendo-o ir ao chão; QUE o motociclista quando viu que tinha derrubado o declarante, se evadiu do local sem prestar a devida assistência; QUE o declarante foi socorrido pela pessoa de RAYOMARA ARAÚJO ROMA residente nas proximidades e que levou o declarante ao Hospital desta cidade e de lá foi encaminhado ao Hospital Antônio Targino na cidade de Campina Grande onde foi constatado uma grave fratura no braço esquerdo na altura do cotovelo sendo submetido a intervenção cirurgica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Juazeirinho, Terça-feira, 12 de Julho de 2016

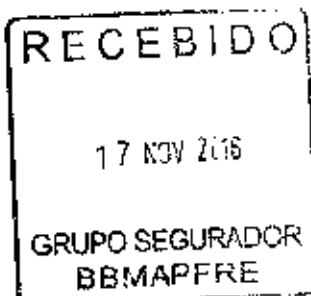
SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

Declarante

ITALLO SOARES FONSECA

Escrivão

MAF-157359-4



DOCUMENTO 1 *F16*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SEVERINO CAVALCANTE DE VASCONCELOS portador da carteira de identidade nº 405.637-358/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 251.453.594-00, residente e domiciliado na RUA ANTONIO MARINHAIRO, 10, CENTRO, Cidade JOAZEIRINHO, Estado PARAIBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T30*

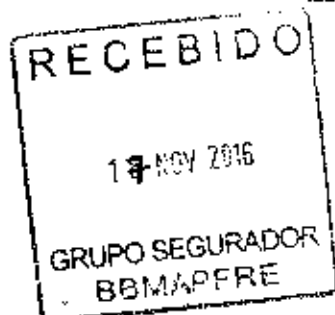


Severino Cavalcante de Vasconcelos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAZEIRINHO-PB, 03/11/2016

Local e data



DATA: 19/05/2016
HORA: 10:28:53

2187249



ATO DECLARATÓRIO

Prontuário		Nome do Paciente		Masciminto		Idade		Sexo		Cor		Naturalidade		Religião	
911765		SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS		07/07/1958		58		M						1-CATOLICA	
Estado Civil		CPF		RG		Grau de instrução		Profissão				Fone Residencial		Fone Trabalho	
				405637											
Filiação		Mãe: MARIA DAS DORES CAVALCANTI DE VASCO. Pat:													
Endereço		R. ANTONIO MARINHEIRO, 10 - CENTRO, JUAZEIRINHO-PB CEP: 58660-000													
		Complemento Endereço													

Atendimento	Data	Hora	Sector	Tipo Atendimento
2187249	19/05/2016	10:20	3008-SECRETARIA CONVENIOS	5-INTERNAÇÃO CIRURGICA
Médico Atendente	1716-LUCIANO GUEDES BORGES			
Plano / Convênio	45-CAPESAUDETI-BASICO			
Nº Carteira	040270500			
Validade	Nº CNS			
Motivo Atendimento				
4-INTERNAÇÃO URGENCIA				

Posto	Acordoção	Letto
NOVA ALA	203005 ENFERMARIA 40	ENF-40.01
Guia	Procedimento	
INTERNAÇÃO	99999999 INTERNAÇÃO	
911765		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS, aqui declarado, tá plena autorização ao seu médico assistente fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, a executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras medidas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

CAMPINA GRANDE, 15 de Maio de 2016

POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

1) _____
2) _____
3) _____

Responsável: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS
Endereço: R. ANTONIO MARINHEIRO, 10 Bairro CENTRO, JUAZEIRINHO-PB
Telefone: 9916552762

Assinado e rubricado em nome de Vasconcelos
SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS
Responsável pelo Paciente

RECEBIDO

18 NOV 2016

GRUPO SEGUADOR

DOCUMENTO 2 *T2%



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

RG nº 405.637, data de expedição 21/09/2001, Órgão SSP/PB,

CPF nº 253.459.594-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 "T24"



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua ANTONIO MARINHEIRO, 10</u>
Número	<u>10</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>JUAZEIRINHO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58660-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 9165 2262</u>
E-mail	<u>-x-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRINHO, 03-11-2016

Assinatura do Declarante:

Severino Cavalcanti de Vasconcelos



MARIA DO SOCORRO JUSTINO DE VASCONCELOS
RUA ANTONIO MARINHEIRO, S/N - CENTRO
JUAZEIRINHO / PB CEP 59930006 (AO, 85)

energisa

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-220, V-25 - Orçamento Redutor - João Pessoa / PB - CEP 59071-880
Razão: 2 - 85 - 35 - 8520 Referência: Out / 2016
Número: 00008300975 Emissão: 08/10/2016

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.905.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.825-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Efetiva Nº 0.134.331
Código para DTEto Automático: 00144827624

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

Conta referente a **UE (Unidade Consumidora): 6/1462762-4**
Out / 2016 Canal de contato

Apresentação

08/10/2016

Data prevista da próxima leitura

07/11/2016

CPF/CNPJ/RANI

2105483470

Faturas em atraso

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

16/09/2016 201,73

Atividade	Atual	Constante	Consumo	DEB
Data	Letura	Data	Letura	
08/09/16	14625	08/10/16	15028	
				252
				28

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	252	0,44078	111,28
ICMS			44,50
PS			1,09
COFINS			7,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
RENTA HOSPIORB BRASIL SEG. S/A 10/2015			13,12

Histórico de Consumo (kWh)

Sep/16	289
Ago/16	287
Jul/16	282
Jun/16	248
May/16	252
Abr/16	250
Mar/16	245
Fev/16	209
Jan/16	251
Dez/15	203
Nov/15	276
Out/16	233

Média dos últimos meses

219 kWh

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	184,81	77,00
PS	184,91	0,8688
COFINS	184,81	4,4581

VENCIMENTO
14/10/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 177,93

RESERVADO AO FISCO
6af1.c0e0.64ed.3193.f452.1a8c.27de.3c72

Indicadores de Qualidade 8/2016 - João Pessoa

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
DC MONOFÁSICO	6,47	0,00
DC TRIFÁSICO	13,94	
DC ANUAL	75,93	
DC MENSAL	3,48	
DC TRIFÁSICO	6,97	
DC ANUAL	13,95	
DC MENSAL	3,49	
DC MENSAL	12,22	

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Des de Energia PB	42,37	23,78
Consumo de Energia	49,52	27,83
Serviço de Transmissão	2,91	1,64
Encargos Especiais	18,83	10,63
Encargos Diretos e Encargos	53,43	30,03
Outros Serviços	13,12	7,37
Total	177,93	100,00

Valor de ELDO (Rel. 6/2016) R\$ 63,74

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/10/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comprovado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura suple e incluído em âmbito de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Contato Serviço: RENTIA HOSPIORB BRASIL SEG. S/A. (-)
- O cancelamento da cobrança do comércio e a emissão de fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

RECEBIDO

17 NOV 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

energisa PARÁIBA

Razão: 2 - 85 - 35 - 8520
Matrícula: 1462762-2016-10-7

VENCIMENTO
14/10/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 177,93

63680000001-7 77630054000-1 14627622016-8 10700850019-4



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu HELLEN LUCS HENRIQUES, portador(a) do

RG nº 1.146.062, expedido por SESDS, em

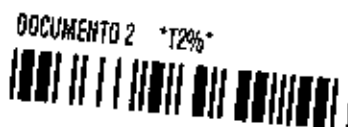
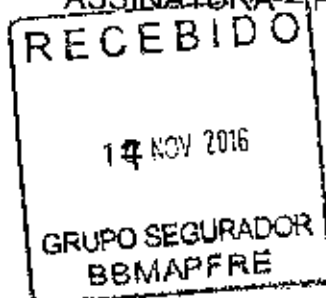
02/08/2014, CPF/CNPJ nº 550.584.424-34,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) SEVERINO CAVALANTI DE VASCONCELOS do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima SEVERINO CAVALANTI DE VASCONCELOS, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 7.000,00

Documentos comprobatórios: IMPOSTO DE RENDA

Helena Lucs Henriques
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA

EU, **SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS**, BRASILEIRO, RG Nº 405.637-2ª VIA – SSP/PB, CPF 251.459.594-00, AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA, SERVIDOR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE CEDIDO À SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE (PARAÍBA), LOTADO NA 3ª GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE – CAMPINA GRANDE/PB, RESIDENTE NA RUA ANTONIO MARINHEIRO, Nº 10, CENTRO, JUAZEIRINHO - PB **DECLARAO SOB AS PENAS DA LEI**, QUE O VEÍCULO ABAIXO MENCIONADO É DE PROPRIEDADE DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE –PB, ÓRGÃO VINCULADO A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAÍBA, ONDE TRABALHO NO CARGO DE AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA NO QUAL SOU RESPONSÁVEL PELO VEÍCULO ABAIXO MENCIONADO, CUJO VEÍCULO ESTAVA SENDO CONDUZIDO POR MINHA PESSOA NA DATA DO ACIDENTE OCORRIDO NA DATA DE 19/05/2016, QUANDO FUI **VÍTIMA E CONDUTOR** DE ACIDENTE (**SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS**), CUJO VEÍCULO SOU RESPONSÁVEL E É DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE-PB (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE – PARAÍBA), ONDE TRABALHO COMO SERVIDOR CEDIDO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO GOVERNO FEDERAL, CONFORME CÓPIA AUTENTICADA DE MINHA CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL – CTPS, EM ANEXO.

Veículo: **MOTOCICLETA YAMAHA / XTZ 150 CROSSER E**

ANO FAB/MODELO 2014/ 2015, COR BRANCA

PLACA QFO5080/ PB, CHASSI Nº 9C6DG2520F0004804

DATA ACIDENTE: 19/05/2016.

LOCAL E DATA: JUAZEIRINHO/PB, EM 25/10/2016



Severino Cavalcanti de Vasconcelos

ASSINATURA DO DECLARANTE

Reconheço a Firma de Severino
Cavalcanti de Vasconcelos
por autenticidade.

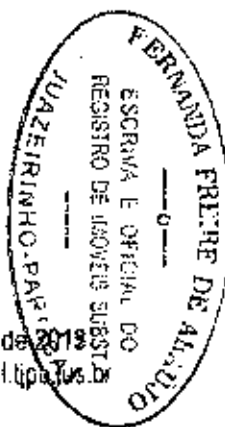
Em test. (F.F.A.) _____ da verdade dou fé.
Juazeirinho, 25 de Outubro de 2016.

Yangu
Tabelião Público

Selo Digital: AEC42639 - VUNA

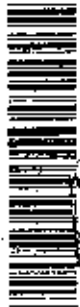
Lei Estadual nº 10.132 de 06 de Novembro de 2013

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpi.pb.gov.br>



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 19/05/2016
HORA: 10:29:53



2187249

DOCUMENTOS *75%*

Prontuário Nome do Paciente **911765** SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

Estado Civil **CPF** **RG** **405637**

Filiação **Mãe:** MARIA DAS DORES CAVALCANTI DE VASC PAI

Endereço **R. ANTONIO MARINHEIRO, 10 - CENTRO, JUAZEIRINHO-PB CEP: 56660000**

Nascimento **07/01/1958** Idade **58** Sexo **M** Cor **Religião** **1-CATOLICA**

Grau de instrução **Profissão**

Fone Residencial **Fone Trabalho**

Complemento Endereço

Atendimento Data **2187249** 19/05/2016

Médico Atendente **1716-LUCIANO GUEDES**

Plano Convênio **45-CAPESAUDE/1-BASICO**

Sector **0008-SECRETARIA CONVENIOS**

Validade **04/02/2016**

Nº CNS

Complemento Endereço

Posto **NOVA ALA**

Guia **INTERNACAO**

Procedimento **99999999999999999999**

Acomodação **203009 ENFERMARIA 40**

Leito **ENF-40-D**

911765

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a improvisos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS
Endereço: R. ANTONIO MARINHEIRO, 10 Bairro CENTRO, JUAZEIRINHO-PB
Telefone: 991552282

CAMPINA GRANDE 19 de Maio de 2016

POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

Maria da Socorro da Silva Vasconcelos
SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS
Responsável pelo Paciente

RECEBIDO
SECRETARIA DE SAÚDE
Téc. Enfermagem
COREN - PB 190
Téc. Radiologia
COREN - PB 190



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME:

SLA:

COLONY

CONVÊNIO: Extenso

D1 AGNÓSTICO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

MEDICAMENTOS

DATA

DATA	MEDICAMENTOS
97	Ex Co par e libre
109	Par bon Ex EV
117	Par bon Ex EV
118	Par bon Ex EV

② Gilson 210 - 8/80
F.V. 12/17/71

Dejane-les 27/06/2011

② $AB \parallel CD$ and $AD \parallel BC$

1. 6/22/71 - 1st
2. 6/22/71 - 1st
3. 6/22/71 - 1st
4. 6/22/71 - 1st

12. VID - 2077

11/05/16

0. 11/11/11

RECEBIDO
17 NOV 2016
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

10/10/16

~~GRUPO SEGUADOR
BEMAPFRE~~

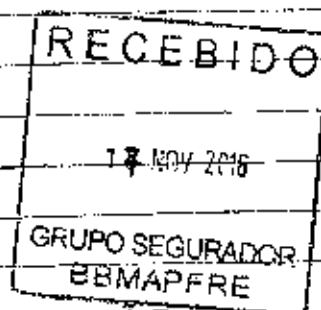
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: FERNANDO DE VILHOMES
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 19/05/16 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Dr. RUI ANTONIO PINTO
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Dr. VANDERLEI TIPO DE ANESTESIA: GERAL
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TRAUMA DE COTOVELO E
 TIPO DE OPERAÇÃO: ARTROSCOPIA + REPARAÇÃO LABRADOR
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____

EXAME RADIOLOGICO NO ATO: _____

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: ARTROSCÓPICA TÉCNICA: LIGATURAS DRENAGEM: SUTURA MAT. EMPREGADO: ASPECTO - VICERAS

- 1) Anestesia Antebraquial Cefalica
- 2) Lavagem do campo
- 3) Insuflação no cotovelo e
- 4) Retirada da cápsula e
- 5) Lavagem do campo
- 6) Insuflação no cotovelo e
- 7) Retirada da cápsula e
- 8) Lavagem do campo
- 9) Insuflação no cotovelo e
- 10) Retirada da cápsula e
- 11) Lavagem do campo
- 12) Insuflação no cotovelo e
- 13) Retirada da cápsula e
- 14) Lavagem do campo
- 15) Insuflação no cotovelo e
- 16) Retirada da cápsula e
- 17) Lavagem do campo
- 18) Insuflação no cotovelo e
- 19) Retirada da cápsula e
- 20) Lavagem do campo

[Handwritten signature]

 Sistema Único de Saúde		 FUND. JUAZEIRINHO Fundação Juazeirinho de Assistência Médica		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																																									
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS) FUNDÇÃO ASSISTENCIAL E HOSPITALAR DE JUAZEIRINHO CÓDIGO DO CNES: 2613697 ENDEREÇO: Rua Carmen Verônica Araújo Barbosa, 469																																													
PACIENTE NOME: Selenice N. de Vasconcelos IDADE: 58 SEXO: F PROFISSÃO: Superintendente Educacional DOCUMENTO: 445.632.99 ENDEREÇO: R. 7. de Aracaju, 445, J. de Aracaju, N. 10 MUNICÍPIO: Juazeirinho UF: RJ TELEFONE: 99165.2263 CÓDIGO DO MUNICÍPIO (IBGE): 2507305 CN: DATA DO ATENDIMENTO: 19/01/16 DATA DE NASCIMENTO: 07/01/58 NOME DA MÃE: M. da Glória C. de Vasconcelos																																													
RAÇA / COR ☐ 1 - Branca ☐ 2 - Preta ☐ 3 - Parda ☐ 4 - Amarela ☐ 5 - Indígena ☐ 6 - Sem informação																																													
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) RECEBIDO 7 NOV 2016 DEPARTAMENTO DE SEGURADOR																																													
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)																																													
RESULTADOS:																																													
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 1. <u>Medicamento 40</u> 2. <u></u> 3. <u></u> 4. <u></u>																																													
CARÁTER DO ATENDIMENTO ☐ 01 - Eletivo ☐ 02 - Urgência ☐ 03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa ☐ 04 - Acidente no trajeto para o trabalho ☐ 05 - Outros tipos de acidente de trânsito ☐ 06 - Outros tipos de lesões e envolvimento por agentes químicos ou físicos																																													
PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO: <u></u> <u></u> <u></u>																																													
DIAGNÓSTICO, CID 10 <u></u> <u></u>																																													
MEDICAÇÃO: ☐ PRESCRITA ☐ APLICADA		ENCAMINHAMENTO: ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS																																											
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																													
ASS. DOUS (S) ESPECIAL(AS) ASSISTENTE(S) - Carimbo ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL <u>Raquel A. B. B. B.</u> ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo <u></u> ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo <u></u>																																													

HOSPITAL ANTONIO TARGINO

CENTRO CIRÚRGICO

PACIENTE: Sedemino Pedroso de Jesus

CONVÊNIO: Capo-Imun

DATA: 19/05/16

CIRURGIA: Tratamento de Fratura de Costela

CIRURGIÃO: Dr. Luciano Gomes

Reparação de Costelas

AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. J. J. J. J.

CIRCULANTE: Dr. J. J. J. J.

Gravidade: 04

HORÁRIO: INÍCIO: 14:30 FINAL: 15:30

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	05
28819	RANITIDINA	01
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2802	METOCLOPRAMIDA	
1961	EPEDRINA	
4286	GARAMICTINA	
5304	DEXAMETASDONA	02
5308	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEORON	02
70572	THIATIL 40mg	
5380	HIDROCORTISONA	
4339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2002	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
402792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	

CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	PERIDOL	
8889	DIEMPAK 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3082	DOLIPRINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	GRUPO SEGURADOR	
70254	ALBEMAR	

CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
12623	NIMBRIUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	20ml
3042	FENTANIL	0.4
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	01
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0.5% CV	
70750	NEOCAINA 0.5% SV	

9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% SV	
2881	LIDOCAINA 2% CV	02
1996	NEOCAINA PESADA	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA BAQUI N°	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
4012	AGULHA DESCARTÁVEL N°	02
	ESCOVA DESCARTÁVEL	03
	COMPRESSAS 21x10	02
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPOR LARGO	
3379	MICROPOR FINO	
	JELCO N° 70	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	01
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	01
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	03
	ATADURA GESSADA 10	03
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	03
3719	SERINGA DE 05cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	01
341797	SERINGA DE 40cc (Blen Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON 14	01
	SONDA RETAL	
2015	ESPARAGRAPO	50c
3468	INTRA-CATH	
20117	RTIA GLICEMIA	
60917	GILETE	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	01
	ATADURA CREPOM N° 15	04
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 9.0	01
	SONDA NSC	
3425	GELFOAN	
2500	GAZES 21x10	05
3549	LUYA PROCEDIMENTO	06
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
3222	MONONYLON N° 2-0	02
	CROMADO S/A N°	
4222	CROMADO C/A N° 1	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	

CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ALCOOL 70%	50ml
2631	ÉTER	20ml
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA	30ml

CÓD.	GAZES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	2L
	OXÍDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	OTOSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	12
	OXÍMETRO DE PULSO	12
	ASPIRADOR ELÉTRICO	

CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	03
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	
	RISOCEL	
	MANITOL	

CÓD.	OUTROS	QUANT.
	01 Adaptador 1/8"	
	01 Adaptador 1/4"	
	01 Adaptador 3/8"	
	01 Adaptador 1/2"	
	01 Adaptador 3/4"	
	01 Adaptador 1"	
	01 Adaptador 1.5"	
	01 Adaptador 2"	
	01 Adaptador 2.5"	
	01 Adaptador 3"	
	01 Adaptador 3.5"	
	01 Adaptador 4"	
	01 Adaptador 4.5"	
	01 Adaptador 5"	
	01 Adaptador 5.5"	
	01 Adaptador 6"	
	01 Adaptador 6.5"	
	01 Adaptador 7"	
	01 Adaptador 7.5"	
	01 Adaptador 8"	
	01 Adaptador 8.5"	
	01 Adaptador 9"	
	01 Adaptador 9.5"	
	01 Adaptador 10"	
	01 Adaptador 10.5"	
	01 Adaptador 11"	
	01 Adaptador 11.5"	
	01 Adaptador 12"	
	01 Adaptador 12.5"	
	01 Adaptador 13"	
	01 Adaptador 13.5"	
	01 Adaptador 14"	
	01 Adaptador 14.5"	
	01 Adaptador 15"	
	01 Adaptador 15.5"	
	01 Adaptador 16"	
	01 Adaptador 16.5"	
	01 Adaptador 17"	
	01 Adaptador 17.5"	
	01 Adaptador 18"	
	01 Adaptador 18.5"	
	01 Adaptador 19"	
	01 Adaptador 19.5"	
	01 Adaptador 20"	
	01 Adaptador 20.5"	
	01 Adaptador 21"	
	01 Adaptador 21.5"	
	01 Adaptador 22"	
	01 Adaptador 22.5"	
	01 Adaptador 23"	
	01 Adaptador 23.5"	
	01 Adaptador 24"	
	01 Adaptador 24.5"	
	01 Adaptador 25"	
	01 Adaptador 25.5"	
	01 Adaptador 26"	
	01 Adaptador 26.5"	
	01 Adaptador 27"	
	01 Adaptador 27.5"	
	01 Adaptador 28"	
	01 Adaptador 28.5"	
	01 Adaptador 29"	
	01 Adaptador 29.5"	
	01 Adaptador 30"	
	01 Adaptador 30.5"	
	01 Adaptador 31"	
	01 Adaptador 31.5"	
	01 Adaptador 32"	
	01 Adaptador 32.5"	
	01 Adaptador 33"	
	01 Adaptador 33.5"	
	01 Adaptador 34"	
	01 Adaptador 34.5"	
	01 Adaptador 35"	
	01 Adaptador 35.5"	
	01 Adaptador 36"	
	01 Adaptador 36.5"	
	01 Adaptador 37"	
	01 Adaptador 37.5"	
	01 Adaptador 38"	
	01 Adaptador 38.5"	
	01 Adaptador 39"	
	01 Adaptador 39.5"	
	01 Adaptador 40"	
	01 Adaptador 40.5"	
	01 Adaptador 41"	
	01 Adaptador 41.5"	
	01 Adaptador 42"	
	01 Adaptador 42.5"	
	01 Adaptador 43"	
	01 Adaptador 43.5"	
	01 Adaptador 44"	
	01 Adaptador 44.5"	
	01 Adaptador 45"	
	01 Adaptador 45.5"	
	01 Adaptador 46"	
	01 Adaptador 46.5"	
	01 Adaptador 47"	
	01 Adaptador 47.5"	
	01 Adaptador 48"	
	01 Adaptador 48.5"	
	01 Adaptador 49"	
	01 Adaptador 49.5"	
	01 Adaptador 50"	

Nome: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

Médico: Dr(a) LEONARDO CEZAR

Exame: RX COTOVELO ESQUERDO

ID: 0001485780

Data: 15/09/2016

0070410554

Ressecção da cabeça do rádio com interposição de prótese
bem adaptada à medular.

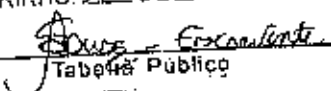
Presença de alguns fragmentos ósseos periarticulares.

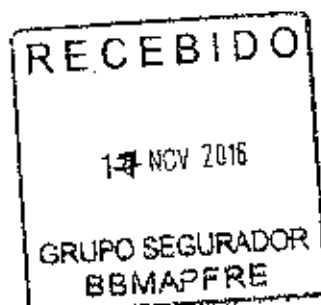
rs


DR. LUCIANO WANDERLEY
RADIOLOGISTA
CRM 932

JUAZEIRINHO CARTÓRIO DO
REGISTRO DE IMÓVEIS
Rua Vergador Paulo Cosme de Oliveira, 02
Centro - Juazeirinho - Paraíba

AUTENTICO ESTA FOTOCÓPIA,
REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL
DOU 1º
JUAZEIRINHO, 17 DE ~~Setembro~~ DE 2016


Fernanda Priense de Araújo
Tabelião Público



Selo Digital: AD736183-4889

Lei Estadual nº 10.132 de 06 de Novembro de 2018

Consultar a autenticidade em <https://seerodigital.tjpb.jus.br>

UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 • Prata
Fone (83) 3310 3000

UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 • Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III

Clínica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000



LEONARDO CEZAR

**CIRURGIA DA MÃO
PRONTO SOCORRO DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA DE CAMPINA GRANDE**

Seu nome (Cavalheiro) - Vinte e dois, Novembro

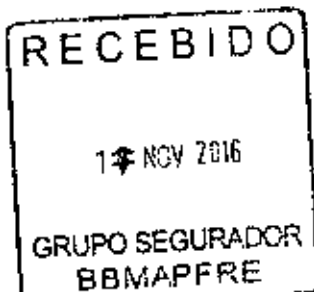
Frazer Gomes (Cavalheiro) - Após Acidente

Motociclista - dia 19/05/11, ocorrido no local

VIA, Pous - Guabira com Dor e Inconforto

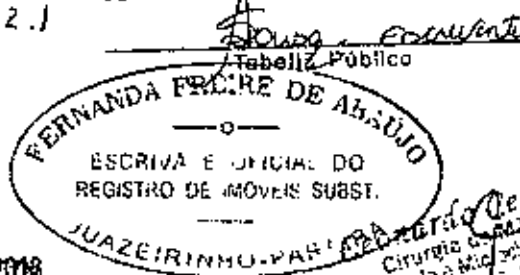
Sendo Responder dia 30/04/11 - P/ Realizar

na Presença de Lúcio, Pateiro e/ou (2005-
e Ramo



CIN 552.1

JUAZEIRINHO CARTORIO DO
REGISTRO DE IMÓVEIS
Rua Vereador Paulo Casne de Oliveira, 02
Centro - Juazeirinho - Paraíba
AUTENTICO ESTA FOTOCÓPIA,
REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL
DOU FE
JUAZEIRINHO, 17 DE OUTUBRO DE 2016



MAIOR
HISTÓRIA DE ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - PRONTO SOCORRO

Selo Digital: AD776185-B444
Lei Federal nº 10.132 de 06 de Novembro de 2018
autenticidade em <https://seindigital.tpb.jus.br>

leocezzar@hotmail.com

SOS Ortopedia - Casa da Mão (Nilo Peçanha/ 568 Prata).

(83) 32011918

www.leonardocezarmao.com.br

Clínica Maior - (Nilo Peçanha 636 Prata).

(83) 9 99974277

Leonardo Cezar
Cirurgião de Mão
Cirurgião de Traumatologia
CRM 15.471 - 2016

CLINICA DE WANDERLEY

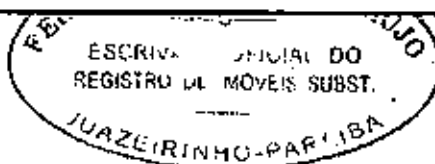
SC 100

SC 100

OUTUBRO 2016
01/10/2016
02/10/2016
03/10/2016
04/10/2016
05/10/2016
06/10/2016
07/10/2016
08/10/2016
09/10/2016
10/10/2016
11/10/2016
12/10/2016
13/10/2016
14/10/2016
15/10/2016
16/10/2016
17/10/2016
18/10/2016
19/10/2016
20/10/2016
21/10/2016
22/10/2016
23/10/2016
24/10/2016
25/10/2016
26/10/2016
27/10/2016
28/10/2016
29/10/2016
30/10/2016
31/10/2016

JUAZEIRINHO, 17 DE OUTUBRO DE 2016

Assinatura
Tabela Pública



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 405.637 28VI 21 SE 12001

NOME: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

FILIAÇÃO: Jaime Cavalcanti de Vasconcelos

Mãe: Maria das Dores Cavalcanti de Vasconcelos

NATURALIDADE: Itabaiuna-PB

DATA DE NASCIMENTO: 07.01.1958

DOC. ORIGINÁRIO: Cert. Cas. 741. Pls. 240. Liv. B-3.

Cert. de Nascimento - PB.

Assinatura do Carteiro

Assinatura do Carteiro

DI.P.011

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Carteiro

Assinatura do Carteiro

DOCUMENTO 6 "T896"



CÓDIGO DE CONTROLE
918C.CBAA.295D.D079

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:20:14 do dia 20/06/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 251.459.594-00

Nome SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS

Nascimento 07/01/1958

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

LAZARINHO CARTÓRIO DO REGISTRO

Rua Vereador Paulo Gesteira, 100 - Jd. Centro - Cuiabá - MT - 78000-000

ALTERNATIVA PARA A FOTOCOPIA, EM LUGAR DO ORIGINAL

25 de *Outubro* de 2016
MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO
 Serviço Público
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Nome: **Salvador Daniel**

Salvador Daniel Vascunelos
 Assinatura do Portador

460
 Série
 88
 94.717
 Número

Selo: **ACA88515-2K01**

JUZATO DE FÓRMAS DO REGISTRO DO TRABALHO

Rua Vereador Paulo Gesteira, 100 - Jd. Centro - Cuiabá - MT - 78000-000

ALTERNATIVA PARA A FOTOCOPIA, EM LUGAR DO ORIGINAL

QUALIFICAÇÃO CIVIL
 Nome: **Severino Vascunelos de Vasconcelos**
 Loc. Nasc: **Itaberania**
 Est: **Pernambuco** Data: **07.01.1959**
 Filiação: **Jaime Vascunelos de Vasconcelos - Maria das Dores Vascunelos de Vasconcelos**
 Est. Civil: **casado** Doc. nº: **741**
 Fls: **340** Lr: **3-B** Rep. Civil: **Outam.**
 Outro doc:
 Situação Militar: **Doc. cert. Disp. Suicídio**
136546 Ord. **25-ESM** ES: **176**
 Naturalizado: **Doc. N** Em: **1**

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em: **27.04.1983** DRT: **1º Pb**
 Doc. Ident. Nº: **176** Exp. em: **27.04.2016**
 Estado: **MT**
 Obs:

Data Emissão: **27.04.1983** DRT: **1º Pb**
 Assinatura do Funcionário: **Klein Eliete Moreira**
 Selo: **ACA88516-KR00**
 Lei: **136546** Ord. **25-ESM** ES: **176**

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: **Supermercado de Alimentos**
 Rua: **Rua da Liberdade, 100 - Jd. Centro - Cuiabá - MT - 78000-000**
 Município: **Cuiabá - MT**
 Esp. do estabelecimento: **Supermercado**
 Cargo: **Atendente**
 Data admissão: **20.10.2016** de **10.00** de **19.00**
 Registro nº: **3.000** Pó: **235**
 Remuneração especificada: **R\$ 1.200,00**

Dr. João Pequeno Madruga
 Ass. do **DIRETOR REGIONAL DA PARCELHA DE SUAM**

1º **Diretoria Regional da Parcelha de SUAM**
 2º **Diretoria Regional da Parcelha de SUAM**
 Data saída: **20.10.2016** de **10.00** de **19.00**
 Ass. do empregador ou o logo C/ Ass.

RECEBIDO
17 NOV 2016
GRUPO SEGUADOR
10 DO
88MAPFRE

25 **Outubro** **2016**
Ass. do Funcionário
CA-0000

DE ARQUIVO
20
10
2016

ACA88517-LK01
 Lei: **136546** Ord. **25-ESM** ES: **176**
 Data: **20.10.2016** de **10.00** de **19.00**

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **HELDER LUIS HENRIQUES**

Nº de Inscrição: **550584424-34**

Data de Nascimento: **03/11/86**



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **1.146.062 -2 VIA** DATA DE EMISSÃO: **02/08/2014**

NOME: **HELDER LUIS HENRIQUES**

FILIAÇÃO: **LUIS HENRIQUES**
MARIA ALICE ALVES HENRIQUES

NATURALIDADE: **CAMPINA GRANDE-PB** DATA DE NASCIMENTO: **03/11/1986**

DOC. PRÓPRIO: **CARAM N. 022698 FLS. 104 LIV. B/43**
CARTÓRIO CAMPINA GRANDE/PB
CPF
550.584.424-34

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

550 584 424 - 34
CPF

DOCUMENTO 3 "T34"



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido a solicitação por formulário, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

[Assinatura]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: **08/08/00**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

V-02
P-977

[Assinatura: Helder Luís Henriques]

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBIDO

14 NOV 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 012710650594
CERTIFICADO DE REGISTRO ALCANCEAMENTO DE VEÍCULO
ANEXO 1 01031334383-3 000000000000 2016

FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - PB

00478987

08778268000160 PLACA QEO5080/PB

NOVO 9C6DG2520F0004804

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL

YAMAHA/XTZ150 CROSSER E ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP/PORT/CE 2 B/149 /CI CATEGORIA OFICIAL COR PREDOMINANTE BRANCA

1 IPVA IMUNIDA 00/00/0000 1º VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. COTA ÚNICA

PARA LÍZUA PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TÁRIFÁRIO 00/00/0000 PRÊMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 10/06/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PEGEORABR 0 DATA 07/07/2016 39217

14 NOV 2016
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

JUAZEIRINHO CARTÃO DO
REGISTRO DE VEÍCULO
Rua Vereador
Centro - JUAZEIRO DO NORTE - PB
AUTENTICO ESTA FOTOCOPIA,
REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL
DOI: 48
JUAZEIRO DO NORTE 15 DE JULHO DE 2016

Selec AD080919-72VQ
Lei Federal nº 10.132 de 03 de Novembro de 2010
Consulte a autenticidade em <https://usemdigital.pb.gov.br>

DOCUMENTO 7 17%



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR COLISÃO E ROUBO - JUAZEIRO DO NORTE - PB

PB Nº 012710650594 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA BILHETE
2016 07/07/2016

08778268000160 PLACA QEO5080/PB

01031334383 MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER E

ANO FAB. 2014 CULME 9

9C6DG2520F0004804

PRÊMIO TÁRIFÁRIO

PRÊMIO TÁRIFÁRIO (R\$) 00/00/0000 CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

SEGURO PAGO

DATA DE COTAÇÃO 10/06/2016

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

39217-1335052-20160707-171





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK



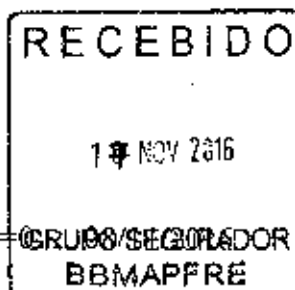
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente HELDER LUIZ HENRIQUES		Nome da Vítima SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONC	CPF da Vítima 25145959400
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO // EMAIL: helderlhenriques@hotmail.com MAPFRE SEGUROS Campina Grande Data: 08/11/16 Hora: 14:20 <i>Amague</i>	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente





PROCURAÇÃO

Outorgante: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS, brasileiro, agente de saúde pública, com 58 anos, nascido em 07/01/1958, natural de Itabaiana-PB, filho de Jaime Cavalcante de Vasconcelos e de Maria das Dores Cavalcanti de Vasconcelos, com RG Nº 405.637 - 2ª VIA-SSP/PB, EXPEDIDA EM 21/09/2001, CPF Nº 251.459.594-00, residente na Rua ANTONIO MARINHEIRO, nº 10, Centro - Juazeirinho-PB, fone- 991652262.

Outorgado: HELDER LUIS HENRIQUES, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua LUIZA BEZERRA MOTTA., nº 950, bairro CATOLÉ, Município de CAMPINA GRANDE / PB, Estado de (o) PARAÍBA, CEP: 58.410.410, portador (a) do RG nº 1.146.062 - SSP/PB e CPF nº 550584424-34.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS, ocorrido em 19 de MAIO de 2016, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



Juazeirinho - PB, 17 de OUTUBRO de 2016.

Severino Cavalcanti de Vasconcelos

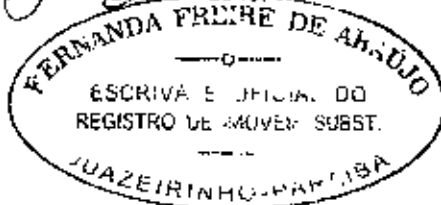
Outorgante: SEVERINO CAVALCANTI DE VASCONCELOS - CPF Nº 251.459.594-00.

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.

Reconheço a Firma de Severino Cavalcanti de Vasconcelos, por autenticidade, em Juazeirinho.

Em testº. (A. S.) da verdade dou fe Juazeirinho, 17 de Outubro de 2016.

Fernanda Freire de Araújo
Tribuna Pública



RECEBIDO

17 NOV 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Selo Digital: ACB67484-NH1C

Certificado nº 10.132 de 00 de Novembro de 2016

Confira a autenticidade em <http://brasil.sedigital.tpb.jus.br>