



**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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ricardo H. C. Hartmann inscrito (a) no CPF/CNPJ 052.272.404/172, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dossi José de Souza > inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.367.799-49, do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis, da Vítima Dossi José de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.367.799-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: Advogado Renda: 2.000,00 e apresento os documentos comprobatórios:
OAB

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	Av. Alfonso Cunha		Número	40	Complemento
Bairro	centro	Cidade	Estado	PB	CEP
Email	prevedenewro@comcast.net.br		Telefone comercial (DDD)	(83) 3217-6957	Telefone celular (DDD)

José Pessoa PB 09 de julho
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE L. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X38701	26/03/2011	EXT LACR LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I	QUALID. AGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017	MS.	
JUN/2018	35	13	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL.TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	17					DADOS REFERENTES A: MAI/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M ³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M ³	37,91
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 4,89 POR M ³	10 M ³	48,90
21 M ³ A 30 M ³ - R\$ 6,45 POR M ³	10 M ³	64,50
ACIMA DE 30 M ³ - R\$ 8,76 POR M ³	2 M ³	17,52

ESGOTO

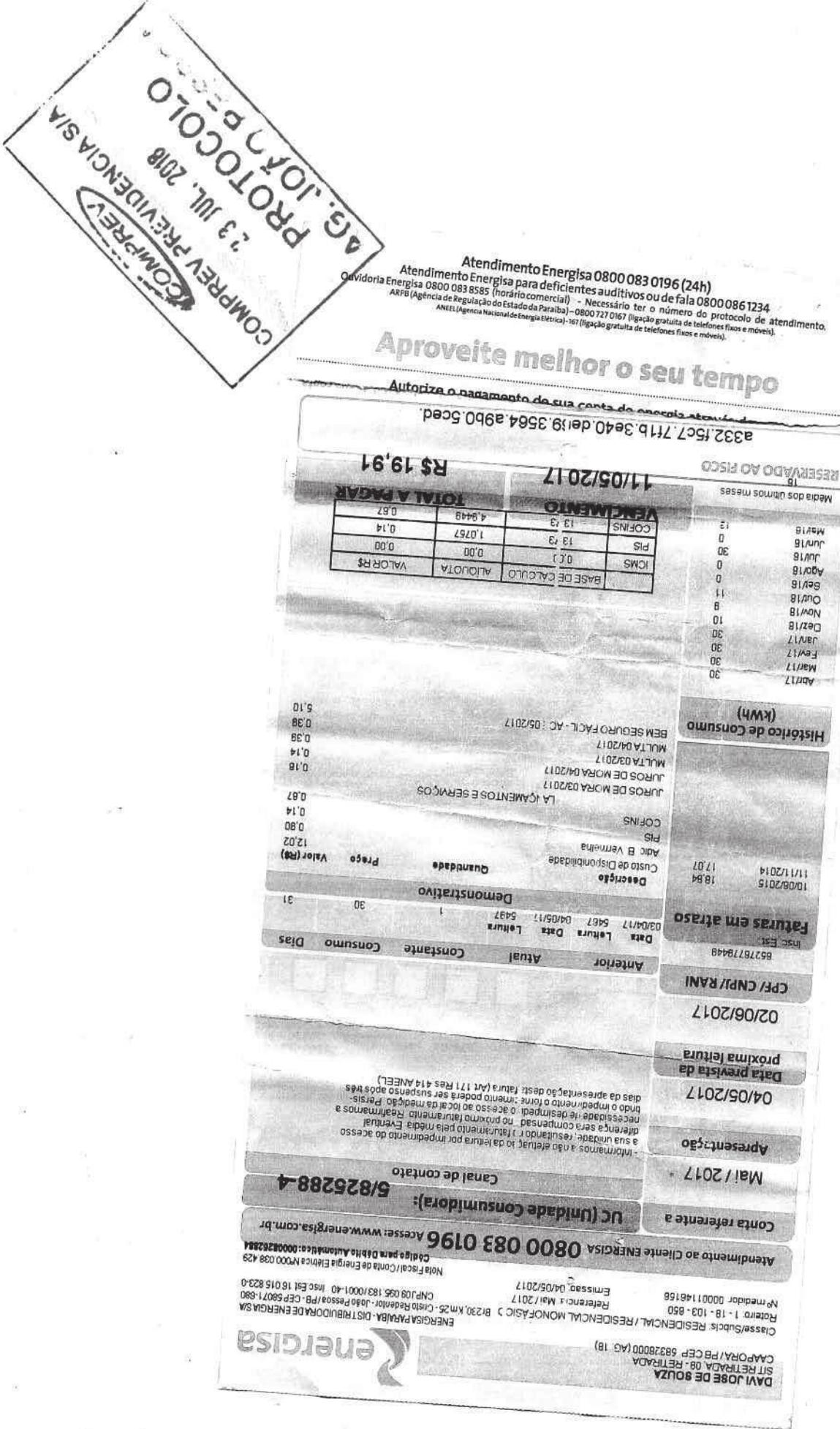
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M ³ - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 M ³	30,33
11 M ³ A 20 M ³ - R\$ 3,91 POR M ³	10 M ³	39,10
21 M ³ A 30 M ³ - R\$ 5,81 POR M ³	10 M ³	58,10
ACIMA DE 30 M ³ - R\$ 8,76 POR M ³	2 M ³	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/07/2018 Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV PREVIDENCIAS
 13 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 C. 1015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Davi José de Souza, portador da carteira de identidade nº 992 999 PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 652.767.794-49, residente e domiciliado na Sítio Retiro da Serra, nº 08, Cidade Cooperói, Estado PB, 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.

José Pessoa/PB 25/04/18

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que, na data de 12/04/2017 por volta das 17h 15minh foi prestado atendimento pela ambulância da Secretaria de Saúde do Município ao SR DAVI JOSE DE SOUSA portador do RG 992.999 SSP-PB, vitima de queda de moto na divisa entre os estados da Paraíba e Pernambuco, sendo o mesmo conduzido ao Complexo Hospitalar governador Tarcisio de Miranda Buriti (ORTOTRAUMA) em João Pessoa – PB.

Atenciosamente;

Carlos Vanderley
Enfermeiro
COREN 214.103
CNS 980016282327836

Carlos Vanderley
Enfermeiro Paltonista
Coren 214.103



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1^ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
6^ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAAPORÃ
Rua Augusto Correia Veloso, 56 – Centro CEP 58.326-000 Tel/Fax: (83) 3286 1402



BOLETIM DE OCORRENCIA nº 412/2017

Versando sobre: Acidente de Trânsito

Data do ocorrido: 12 de Abril de 2017

Hora e data que a Delegacia tomou conhecimento: 10hs08min, do dia 16 de Junho de 2017.

Local do ocorrido: BR101, divisa, Caaporã/PB.

COMUNICANTE:

Nome: DAVI JOSÉ DE SOUSA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade: Ingá/PB

Idade: 57 anos

Data de nascimento: 09/10/1959

Estado Civil: solteiro

Profissão: agricultor

Identidade nº: 997.999 SSP/PB

CPF: 652.767.794-49

Filiação: Lindalva Maria da Conceição e de pai não declarado

Endereço Trabalho: Sítio Retirada, n.º 08, Caaporã/PB

Telefone: (83) 993542665

Ponto de Referência: Próximo ao Fórum de Caaporã/PB

HISTÓRICO: Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) declarou QUE:

No dia 12 de Abril de 2017, por volta das 17hs, o comunicante pegou uma carona na moto de um desconhecido na cidade de Goiana/PE, com destino a sua residência em Caaporã/PB; QUE, ai chegar na divisa entre PB e PE, na BR 101, nas proximidades do Posto fiscal da PB, houve uma acidente; QUE, segundo o comunicante tudo aconteceu de forma tão rápida que o comunicante não sabe informar se o motorista da moto se desequilibrou e caiu ou se houve colisão com outro veículo; QUE, o motorista da moto foi embora do local e deixou o comunicante lá, sendo este socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity (ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA); QUE, segundo laudo apresentado pelo comunicante, este sofreu trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, sendo submetido a tratamento cirúrgico com o uso de material de osteossíntese e segundo o laudo inapto a realizar atividades laborais e habituais por um período de 90 dias, CID S82.6.; QUE, o comunicante não sabe informar os dados da moto e nem conhece o proprietário que lhe deu carona; **Lido e achado conforme, vai devidamente assinado, pelo depoente, e por mim, Escrivão ad hoc que digitei.** Requer registro da ocorrência e respectiva certidão para fazer prova junto ao órgão competente.

DAVI JOSÉ DE SOUSA
COMUNICANTE

RENATA TEIXEIRA
ESCRIVÃ "AD-HOC"

23 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO BOMBO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

652 767 794-49

Nome completo da vítima

Davi José de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Davi José de Souza	652.767.794-49	servente
Endereço	Número	Complemento
Sítio Retiroada	Neos	
Bairro	Cidade	Estado
Zona Rural	Cooperá	PB
Email	CEP	
	58326-000	
	Telefone (DDD)	
	(83)99354-2665	

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"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

0774 013 000061787
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

AGÊNCIA

NRO.

D/V

23

CONTA

NRO.

2018

(Informar dígito se existir)

PROTÓCOLO

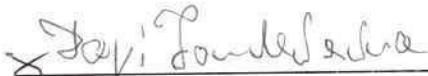
15.10.2018

(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 e dou plena quitação do valor indenizado.

José Pessoa PB 25 de abril de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG GOIANA

DATA: 16/01/2012 HORA: 06:35:12
TERMINAL: 07741002 CONTROLE: 077410020012

AGÊNCIA: 0774 - GOIANA

CONTA : 013.00006178-7

CLIENTE: DAVI JOSE DE SOUSA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
01/01	██████████
12/01	██████████
14/01	██████████

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
01/01	██████████
12/01	██████████
16/01	██████████

RESUMO EM 15/01

SALDO ██████████

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO ██████████

SALDO DISPONÍVEL ██████████

SALDO TOTAL ██████████

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180336826

Vítima: DAVI JOSE DE SOUSA

Data do Acidente: 12/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAVI JOSE DE SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: DAVI JOSE DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180336826

Vitima: DAVI JOSE DE SOUSA

Data do Acidente: 12/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336826**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV 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, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: DAVI JOSE DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180336826

Vitima: DAVI JOSE DE SOUSA

Data do Acidente: 12/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180336826**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV 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, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: DAVI JOSE DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180336826

Vitima: DAVI JOSE DE SOUSA

Data do Acidente: 12/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180336826**.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267791/18

Número do Sinistro: 3180336826

Vítima: DAVI JOSE DE SOUSA

CPF: 652.767.794-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/04/2017

Titular do CPF: DAVI JOSE DE SOUSA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 09/10/2018

Nome: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
CPF: 052.202.404-12

Data do cadastramento: 09/10/2018

Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

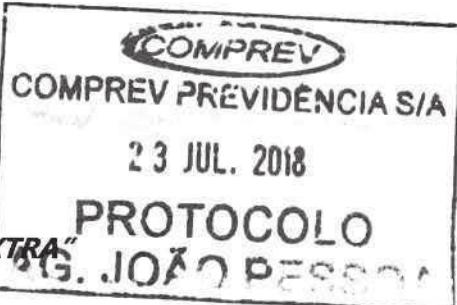
RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

RENATO LUNA DIAS



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"



OUTORGANTE:

David José de Souza, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF 652 767 794-49 e R.G 992.999, residente e domiciliado na Rua Belisário, 108, Cóspror, PB, CEP 58326-000.

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625 RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, arguir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2º, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

João Pessoa/PB, 14 de julho de 2018.

TABELIONATO DE NOTAS DIST. DE CUPISSURA
Rua do Comercio, 324, Cupissura, Caaporá - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
DAVI JOSÉ DE SOUSA

Dou fé. Caaporá/PB - 06/02/2018

Substituto: Edvaldo Salustiano da Silva

Selo Digital:AGI85696-8HW1

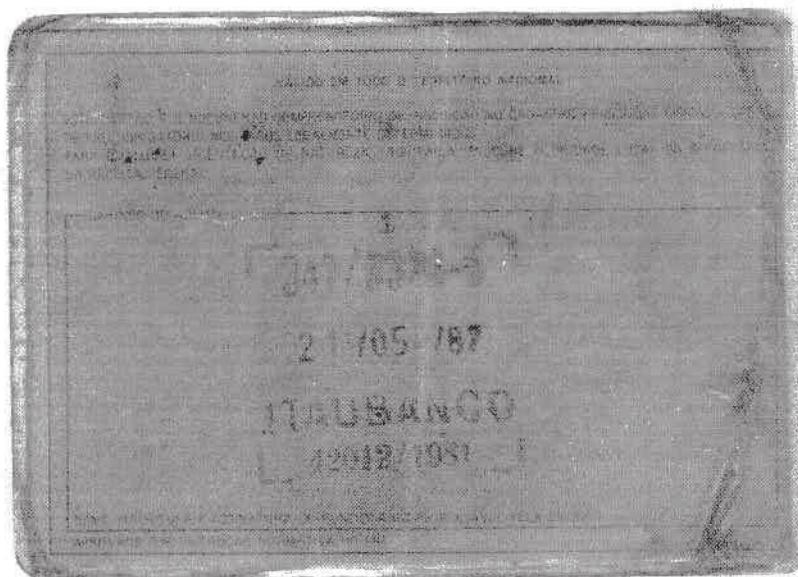
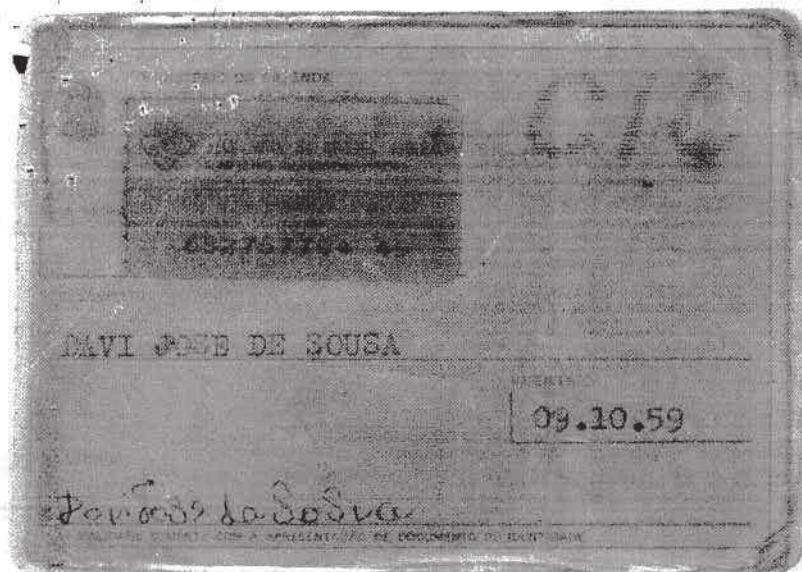
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,23 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,70

Av. Dom Pedro II, 705 • Centro • CEP 58013-420 • João Pessoa - PB

Rua Orcine Fernandes, 63 • sala 110 • Mel Shopping • Sapé - PB

992.999 PB





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Davi José de Sousa</i>					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>57a</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.		LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>12.04.2017</i>		DATA DE ALTA <i>21.04.2017</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>09 dias.</i>		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Malleolo Lateral e Medial do tornozelo</i> (15)					CID <i>S82.5 + S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral e Medial</i>						
APÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()	
ÓBITO						
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral e medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico. COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 23 JUL. 2018 POUSO: Relativo em casa por 15 dias. PROTOCOLO 19/10/2018-0001 Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não aplicar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)						
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.						
21.04.2017 DATA						
Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 - SBT 9603 ASS. MÉDICO / C.R.M						
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO						

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

POME Davi Jose de Sousa				PRONTUÁRIO Nº	
ADE 58 a	SEXO Masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 25/10/2017		DATA DE ALTA 25/10/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
AGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de tornozelo Esquerdo Bimaloelar</i>				CID	
AGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
AIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando fratura consolidaada de tornozelo E</i>					
RAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ATOANIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
SULTADO BACTERIOLOGIA					
ONDIÇÕES DE ALTA () MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () BITO					
ESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de Fratura de Tornozelo Esq. foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese e limpeza cirúrgica. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações em relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA <i>DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... EPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>					
UIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
EDICAÇÕES PARA CASA:					
ETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>					
25/10/17			ASS. MÉDICO / C.R.M		
DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



P/ Davi José de Souza

Laudo Médico

Paciente vítima de trauma torsional do tornozelo resultando em fratura do tornozelo, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com uso de material de osteossíntese, encontra-se inapto(a) a realizar suas atividades habituais e laborais por um período de 90 (noventa) dias a contar da data abaixo.

CID: S82.6

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBTO 9603

DR. ALEXANDRE GALVÃO
CRM 9.128-PB TEOT 9.603

20/04/2017



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado,

que Davi José de Souza,

portador do RG.: _____, foi submetido à

consulta médica nesta data, no horário das _____

horas, sendo portador da afecção CID-10 S82.5+S82.6

_____ em decorrência, deverá permanecer

afastado de suas atividades laborativas por um período

de 60 (sessenta) dias, a

partir desta data.

Caaporã/PB

06/06/17

*Assento de Afastamento
Medico*
Assento de Afastamento
Medico
CRF-PB 5219

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,

autorizo o Dr(a). _____,

a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Flávio José do Nascimento
Médico

Doença com fraco desempenho
de preenchimento, perda de peso
Repetição inconstante e aguda
de vez em quando no tempo
muito fundo.

98261 M60

Assinatura e Carimbo
Dr. Flávio da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITI

P/ Davi José de Souza

R

uso Oral

1) Cefalexina (500mg) ----- 01 CX
(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 06/06 horas por
07 (sete) dias.

2) Profenid (100mg) ----- 01 CX
(Cetoprofeno)

Tomar 01 comprimido de 12/12 horas por 05 (cinco)
dias.

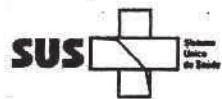
J.
25/10/2017

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORÃ
Secretaria Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>USF Retinada</u> <u>3015572</u>	
CRM: <u>9.919</u>	UF: <u>PB</u>
Endereço: <u>5º Sétio Retinada</u>	
Cidade: <u>Paraíba</u>	UF: <u>PB</u>
Fone:	

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Assinatura e carimbo do Médico

Data: 06 / 06 / 17

Paciente: Davi José de Souza
Endereço: Duísio, Caaporã

Prescrição:

DI Uso Oral

1. Tyley 500 + 200mg — 01x1
Tauar. o/cp, 8/8 se dor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident./CPF: _____	
Órgão Emissor: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Fornecedor/Farmacêutico	
Data: _____ / _____ / _____	

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL. 2018
PROTÓCOLO
13.10.2018



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Davi José de Souza

R.

Uso Oral

g

300mg

+. Ibuprofeno 600mg

Tomar 01 Cp. 02, 12/12h por

10 dias

?



Caaporá/PB, 05/06/17

Assinatura e Carimbo do Médico

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Davi Jose de Sousa</i>					PRONTUÁRIO Nº
IDADE 58 a	SEXO Masc	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 25/10/2017		DATA DE ALTA 25/10/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INCIAL <i>Fratura de tornozelo Esquerdo Bimaleolar</i>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRÉ-EXAMES <i>Rx de perna demonstrando fratura consolidação de tornozelo E</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A-PEDIDO () CURADO () ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de Fratura de Tornozelo Esq. foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de material de síntese e limpeza cirúrgica. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica e/ou antibiótica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA <i>DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal, etc... REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>					

25/10/17

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

*COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
7/10/2018
PROTÓCOLO
AG. 10750*