

**POLICIA MILITAR**



INSTITUTO DE POLICIA MILITAR  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACAO

FE. NOMENCLATURA: 09977

IDENTIDADE MILITAR Nº 09977

2º SARGENTO R/R

**JOSE RILDO SOARES ALVES**

*Jose Rildo Soares Alves*

ASSINATURA DO INTERESSADO

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACAO

**POLICIA MILITAR**

55501635555 424248104-78 517741-6

**SEVERINO ALVES DA COSTA**  
**FRANCISCA SOARES DA COSTA**

NACIONALIDADE: SAO JOSE DE ESPINHARAS - PB DATA NASC: 14/04/1981 SEXO: M ALTURA: 1.73

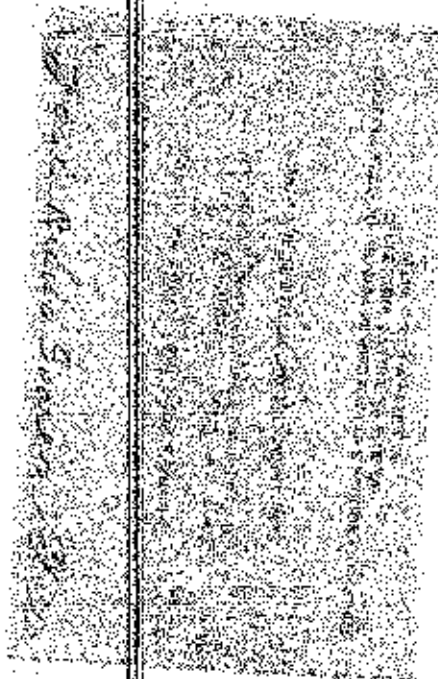
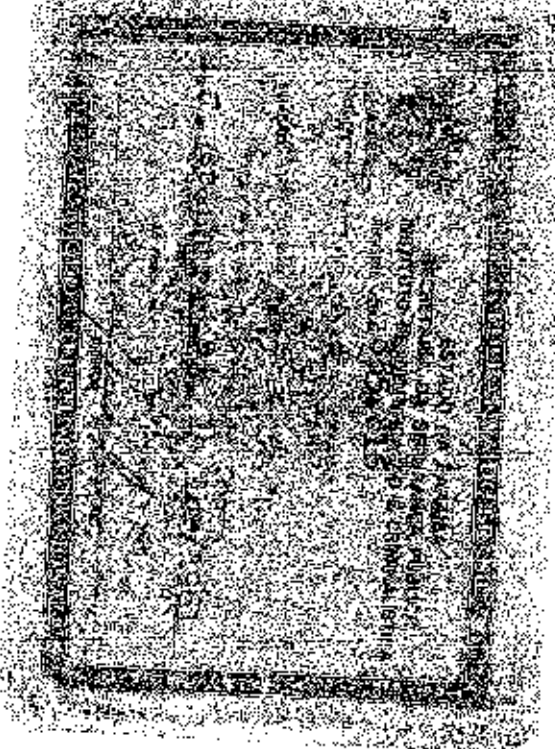
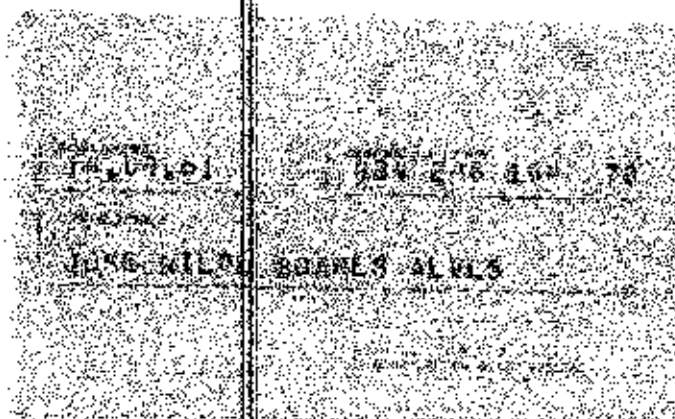
TIPO DE DOADOR: 12031886016 B

LOCAL E DATA DE EXPIRACAO: JOSE, 09 de abril de 2013

*Severino Alves da Costa*

ASSINATURA DO INTERESSADO

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACAO



**SABEM SEGURADORA SA**

04 SEP 2013

**RECEBIDO**

**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=25636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem, por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JAGUES ALVES MANGUEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.426.134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE ALVES SOARES ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104 / 28 do sinistro de DPVAT cobertura INVALID.7 da Vítima JOSE ALVES SOARES ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104 / 28 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 021,50 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPORTE SOGAT A ATUAL

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

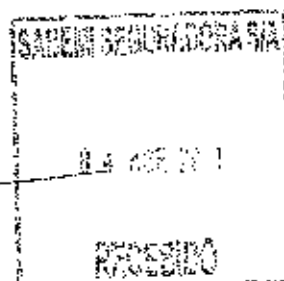
Endereço <u>RUA GLEFCO, CA. SILVA ALMEIDA</u>		Número <u>214</u>	Complemento <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro <u>CETRÔNIS</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>PARANÁ</u>	CEP <u>58.400-000</u>
Email <u>JAGUES.ALVES@GOL.COM.BR</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(41) 3474 1425</u>	Telefone celular (DDD) <u>(41) 9992 4422</u>

Boa Vista, 21 de MAIO de 2018

Local e Data

Jagues Alves Mangueira

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO GILBERTO SOARES ALVES

RG nº 385216, data de expedição 03/04/13, Órgão SSP/PA,

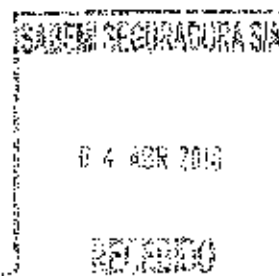
CPF nº 484.249.104-78, venho perante este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SANCHA BOMBA DO ALG-CAN</u>	
Número	<u>985</u>	
Apto / Complemento	<u>---</u>	
Bairro	<u>JO DOCEADO</u>	
Cidade	<u>POMBAAL</u>	
Estado	<u>PARAGUA</u>	
CEP	<u>58.840-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(83) 989746322</u>	<u>(83) 989488766</u>
E-mail	<u>---</u>	

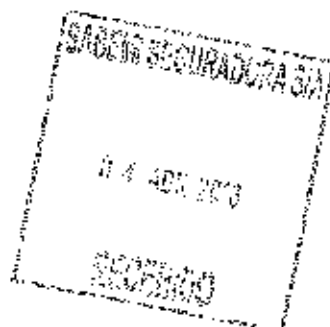
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAAL-PA, 24.03.2018

Assinatura do Declarante: João Gilberto Soares Alves



## References



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DO PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaqueira José Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-57

PARAÍBA - COMARCA DE CAGEPA  
NÚMERO DE CONTADOR  
MÁTRICULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AQUINO RAMOS WANDERLEY

RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCR. TORIO -  
PETROPOLIS POMBAI PB 58446-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
12.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
171649254	23/01/2018	EXT. LACR. LIGADO	POTENCIAL	POTENCIAL

INTERIOR (ATUAL)   CONSUMO (MS)   NUM DE BTAS	PROXIMA LEITURA
1 5 4 16	07/03/2018
SIST. DE CONS. ZANORA. LEIT. 1 QUIN TO. DA AGUA-DEC	10/01/2011-MS.
JAN/2018 10 0	PARAMETROS EXT. A
DEZ/2017 10 0	TURBIDEZ 46
NOV/2017 10 0	CLORO 46
OCT/2017 10 0	COL. TUBO 0
SET/2017 10 0	COR 33
AGO/2017 10 0	COL. TUBO 46
MEDIA(M)	DADOS REFERENTES A: 22/2017

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

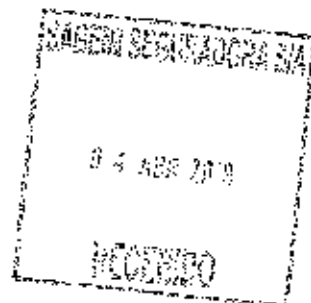
VALOR APROXIMADO DE 10.000,00 R\$ E 0,08 PIS E CONF. VAL. LEI 12.741/12	
VENCIMENTO: 23/02/2018	Total a Pagar: R\$ 65,74

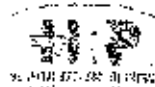
CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CONDIÇÃO DO PAGAMENTO: ESTIMADO	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
** ACOMPANHE COM ESTA SEMEAD APLICANDO SEU DINHEIRO **	
WWW.TRANSPARENCIA.PB.COV.BR	



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

GESTÃO AUTOMÁTICA





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS CARNEIRO  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 101841  
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 12/10/2017 11:07:05

Servidor do Dr.:

Paciente JOSE RILDO SOARES ALVES

Idade: 56 Sexo M

Filiação

Pai: SEVERINO ALVES DA COSTA  
Mãe: FRANCISCA SOARES DA COSTA

Endereço

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808  
Endereço: HORACIO NOBREGA  
Bairro: BELO HORIZONTE  
Naturalidade: PATOS - PB  
Fone: (83)99831-7257

N. 1340

Documentos

CNS: 203-3426-6799-0003  
Identidade: 885816 SSPPB  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 14/4/1961  
Cor: BRANCA  
Estado Civil: CASADO(A)  
Profissão: MILITAR

Responsável:

*Jose Rildo Soares Alves*

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

*Tratado como distúrbio*

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

*Idem*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Idem*



Diagnóstico:

*Dist. pânico agudo*

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Satisfeito (X) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em 21/10/17

Recepcionista: APARECIDA



Seguradora  
**LÍDER**  
Instituto de Seguros DPVAT

## 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

JOSE WILDO SOARES ALVES

CPF da Vítima

482.348.104-78

Data do Acidente

12.10.2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

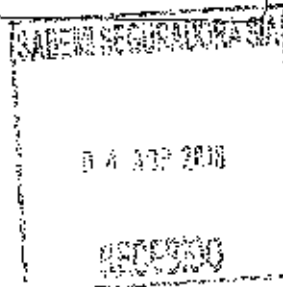
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



Local e Data

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0300 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 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

424.248.104-28

Nome completo da vítima

JOSE ALDO SOARES ALVES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

JOSE ALDO SOARES ALVES

CPF titular da conta

424.248.104-28

Profissão

2º SARGENTO

Endereço

RUA SANTIAGO GUERINHO DE ALMEIDA

Número

385

Complemento

Bairro

JO RIBEIRO

Cidade

COIMBÉ

Estado

PARANÁ

CEP

83.240-000

E-mail

Telefone (DDD)

33 - 3.421.6322

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**

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 1.001,00 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)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (007)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRASIL DO BRASIL

Nº

001

AGÊNCIA

Nº

DN

CONTA

Nº

DN

AGÊNCIA

Nº

DN

CONTA

Nº

DN

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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, 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.

COIMBÉ, 03 de MARÇO de 2012

Local e Data

*Jose Aldo Soares Alves*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

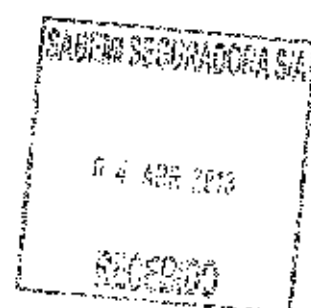
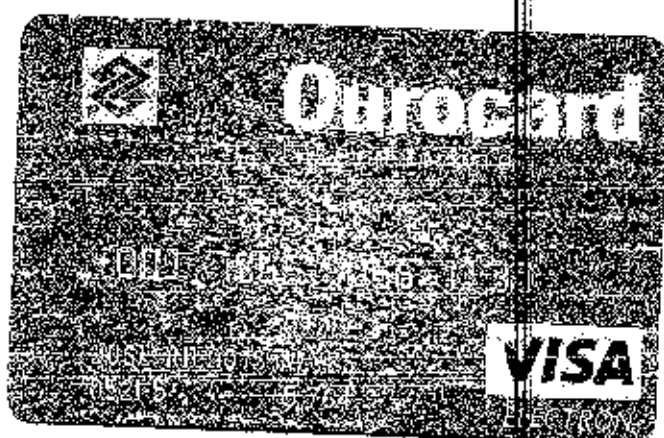
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SEGURO DPVAT

04 ABR 2012

RECEBIDO







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 252/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **12/10/2017** hora: **06H00MIN**

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

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

Vítima: **JOSÉ RILDO SOARES ALVES**, alcunha **\*\*\*\***, Nacionalidade: **brasileira**, naturalidade: **São José de Espinharas-PB**, idade: **56 anos**, nascido em **14/04/1961**, cor/raça: **\*\*\*\*\***, Estado Civil: **Casado**, Profissão: **policial militar**, Escolaridade: **\*\*\*\*\***, documento: **RG RG 885.816 SSP/PB**, filiação: **Neverino Alves da Costa e de Francisca Soares da Costa**, endereço: **Rua Horácio Nobrega, nº 1340, Belo Horizonte, Patos/PB**, referência: **\*\*\*\***. Tel/Cel: **(\*\*\*\*)\*\*\*\*\***;

#### HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades coninadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo Honda CG 125 Titan KS, cor prata, Placa MON 6280, CHASSI 9C2JC3C10R032H13, licenciado em nome de VERA GARRIDO SOARES, na PB 325, na cidade de Jericó-PB, quando vários animais (cachorros) entraram na frente da moto da vítima o derrubando; QUE a vítima foi socorrido pela polícia militar que o encaminhou para o Hospital Regional de Pombal-PB, sendo que como não tinha médico especialista em ortopedia a vítima foi encaminhada por uma ambulância para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi observado na vítima uma fratura no cotovelo direito, onde a vítima realizou uma cirurgia colocando parafuso e uma corrente no cotovelo direito. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 13 de março de 2018. Às 10:27 horas.

*Jose Rildo Soares Alves*  
*Robson Lima Silva*

☒ Notificante

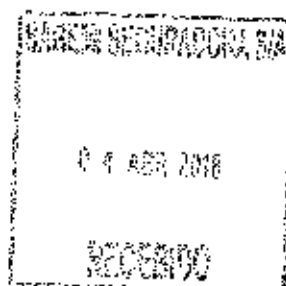
☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

Matrícula: 168.147-7

BOLETA 000000







SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA MILITAR  
COMANDO DE POLICIAMENTO REGIONAL II  
DÉCIMO SEGUNDO BATALHÃO  
PRIMEIRA COMPANHIA  
DPM- JERICO PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: SNº011

Nº CIOP/COPOM:0776: 1ª CIA 12º BPM

UOP/SUOP: 12º BPM/1ª CIA

Data:12/10/2017

Hora: 08:00hrs

Local da ocorrência PB 325 acesso a entrada de Jerico PB

TIPO DA OCORRÊNCIA: atropelamento de animais

Código Ocorrência:

COMANDANTE DA GUARNIÇÃO: 3ºsgt Josenildo

Prefixo da viatura: 6478

Nome Motorista: CB Valdery

Nome Patrulheiro

Nome Patrulheiro2:

Solicitante: a vítima

Nº

**Acusado (S)**

NOME COMPLETO

Data/ nascimento

NOME DA MÃE: Nilza Maria De Oliveira Sousa

Nº RG

Nº CPF:

ENDEREÇO COMPLETO

Nº S/N

PONTO DE REFERÊNCIA:

Profissão:

Informações Biométricas:

Cor da pele:

Altura Estimada:

Cor dos Cabelos:

Cor dos Olhos:

Complacência Físico( ) Normal

( ) Magro ( ) Gordo

Marcas Características (assinalar)

( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal de Nascimento ( ) Outros:

Descrever Marcas Características:

APELIDO:

NOME COMPLETO:

Data de Nascimento:

NOME DA MÃE:

Nº RG

Acusado:

Nº CPF:

ENDEREÇO COMPLETO:

Nº

PONTO DE REFERÊNCIA:

Profissão:

Informações Biométricas:

Cor da pele:

Altura Estimada:

Cor dos Cabelos:

Cor dos Olhos:

Complacência Física ( ) Normal

( ) Magro ( ) Gordo

Marcas Características (assinalar)

( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal de Nascimento ( ) Outros:

Descrever Marcas Características:

Alcunha:

**Vítima (S)**

Jose Rildo Soares Alves

Data de Nascimento:

14/04/1961

NOME DA MÃE: Francisca Soares Alves Da Costa

Nº RG

Vítima 885816

Nº CPF:424248104-78

ENDEREÇO COMPLETO: Rua Sanchez Queiroga De Alencar nº985

Nº CNH:

PONTO DE REFERENCIA: Vizinho A Delegacia Velha

Nº Telefone: (83)999670687

Profissão: Militar

NOME COMPLETO:

Data de Nascimento:

NOME DA MÃE:

Nº RG

VITIMA:

Nº CPF:

Endereço Completo:

Nº CNH:

PONTO DE REFERÊNCIA:

Nº Telefone:

Profissão:

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

04 SET 2018

RECEBIDO

# TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	Data de Nascimento
Nº Telefone(s) da Testemunha:	Nº RG/Orgão Expedidor:
	Nº CPF:
ENDEREÇO COMPLETO	Nº RG
PONTO DE REFERENCIA:	Profissão:
NOME COMPLETO:	Data de Nascimento:
Nº Telefone(s) da Testemunha:	Nº RG/Orgão Expedidor:
	Nº CPF:
ENDEREÇO COMPLETO	Nº CNH:
PONTO DE REFERENCIA:	Profissão:

## ARMAS(S) DE FOGO APREENDIDA(S)

TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SÉRIE:	DIMENSÃO CANO:
TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SÉRIE:	DIMENSÃO CANO:

## CARTUCHO(S) APREENDIDO(S)

QUANTIDADE:	CALIBRE:	TIPO:
QUANTIDADE:	CALIBRE:	TIPO:

## OUTRO(S) OBJETO(S) APREENDIDO / conduzido(S)

## RELATÓ DA OCORRÊNCIA

QUE, EM DATA E HORA NESTA CIDADE DE JERICO PB, O SENHOR JOSE RILDO SOARES ALVES MILITAR CASADO 56 ANOS MAT 527-7060 GMR. TRAFEGAVA EM UMA MOTO CG ANO 2000. PRATA DE PLACA MOM6280 NA PB 325 QUE LIGA POMBAI A CATOLE PRECISAMENTE NO MUNICIPIO DE JERICO PB, O MESMO SAIA DA SUA RESIDENCIA ATE O SEU LOCAL DE SERVIÇO (12 bpm catolé do rocha conforme escala), ONDE DEPAROUSE COM UM CACHORRO QUE CRUZAVA A PISTA, O MESMO TENTOU DESVIALO MAS NÃO CONSEGUINDO VEIO A ATROPELAR E CONSEQUENTEMENTE TOMBOU SOB O ASFALTO SOFRENDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO. ESSA GUARNIÇÃO SOCORREU A VITIMA ATE O HOSPITAL REGIONAL DE POMBAI PARA QUE PROVIDENCIAS SEJAM TOMADAS.

Condutor:

3ºSGT JOSENILDO

Comandante da guarnição

Recebi às 12h30 min., de 19/10/2014, o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.

Autoridade Policial

SADEMI SEGURANÇA SP

04 ABR 2016

RECEBIDO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118112/19

**Número do Sinistro:** 3190262802

**Vítima:** JOSE RILDO SOARES ALVES

**CPF:** 424.248.104-78

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 12/10/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE RILDO SOARES  
ALVES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## 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](http://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

Data da entrega: 02/05/2019  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

\_\_\_\_\_  
JAQUES RAMOS WANDERLEY

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019  
Nome: CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA  
CPF: 719.562.550-87

\_\_\_\_\_  
CRISTIANE DOS SANTOS CENTENA

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** JOSE RILDO SOARES ALVES, BRASILEIRO, CASADO, 2º SARGENTO R/R, COM RG: 885816 SSP/SP E CPF: 424.248.104-78, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SANCHI QUEIROGA DE ALENCAR, 985, JD ROGERIO, CEP: 58.840-000, POMBAL – PB. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**OUTORGADO:** Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ E DAMS**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ E DAMS** para a vítima JOSE RILDO SOARES ALVES, RG: 885816 SSP/SP E CPF: 424.248.104-78 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 12/ 10 /2017.

POMBAL - PB, 08 / 03 / 2019.



Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA  
RUA CEL JOSE FERNANDES, 463 - CENTRO  
Tel. 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com  
Reconheço como **ALTERNATIVA** a firma e letra de JOSE RILDO SOARES ALVES e dou fé.  
POMBAL-Paraíba, 12/03/2019.

JOANA D'ARC E. DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AH38540-BC03  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Joana D'arc E. de Queiroga  
Tabeliã Pública  
CPF: 675.687.694-53



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190262802

**Cidade:** Jericó

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE RILDO SOARES ALVES

**Data do acidente:** 12/10/2017

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ÚMERO DIREITO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO EM 2,5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DOR E AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM COTOVELO (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 24/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-239




Jaques Ramos Wanderley

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

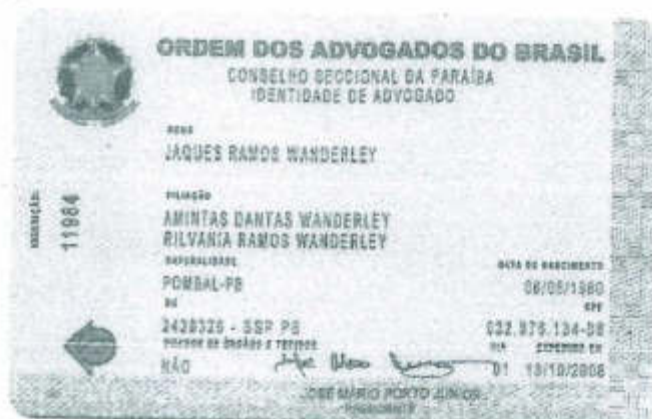
NATURALIDADE POMBAIS-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DOC ORIGEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28  
CARTÓRIO POMBAIS-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



# À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

PROCESSO REFERENTE À VÍTIMA **JOSE RILDO SOARES ALVES**

SINISTRO (3180152668)

CPF: 424.248.104-78

RUA: SANCHI QUEIROGA DE ALENCAR 985, 473, JD ROGERIO, POMBAL-PB.

CEP: 58.840-000

DATA DO ACIDENTE: 12/10/2017

VENHO POR MEIO DESTA, REQUERER PERICIA MÉDICA JUNTO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, AINDA ME ENCONTRO COM FORTES DORES NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, BLOQUEIO GRAVE DO COTOVELO DEVIDO A FIXAÇÃO METÁLICA NO EPICÔNDIO MEDIAL, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE COTOVELO (FLEXÃO 30° E EXTENÇÃO 45°), PERDA DA FORÇA E ATROFIA MUSCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, SEQUELA GRAVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TENHO 57 ANOS E MINHA IDADE NÃO AJUDA PARA UMA RECUPERAÇÃO OU MESMO UMA MELHORIA DO QUADRO. CERTO DE VOSSO PRONTO ATENDIMENTO, RENOVO NOSSOS LAÇOS DE APREÇO E ELEVADA CONSIDERAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE;

*Jose Rildo Soares Alves*

**JOSE RILDO SOARES ALVES**

CPF: 424.248.104-78

POMBAL-PB, 04/ 10/ 2018

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA	
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE RILDO SOARES ALVES. CONFERIDO ( ) DOU FÊ.	
POMBAL-Paraíba, 08/10/2018.	
JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA	
Selo Digital de Autenticação Tipo Normal B-A1P67408-KYU0	
Confira os dados do ato em <a href="https://selodigital.tpb.jus.br">https://selodigital.tpb.jus.br</a>	
EMOLUM. R\$: 11,38 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00	

Joana D'arc E. de Queiroga  
Tabeliã Pública  
CPF: 675.687.694-53

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

NOME  
AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
2870446 SSP PB

CNPJ  
064.978.664-50

DATA NASCIMENTO  
06/01/1985

RESIDÊNCIA  
AMINTAS DANTAS  
WANDERLEY  
RILVANIA RAMOS  
WANDERLEY

PERMITEÇÃO  
ACD  
CALHAR  
AD

Nº RESIDUO  
04065760079

VALIDADE  
26/12/2021

1ª EMISSÃO  
26/03/2007

COMENTÁRIOS

Assinatura do titular

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
POMBAL, PB

DATA EMISSÃO  
07/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

93146464748  
PB036866040

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1665623017

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665623017



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.954/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

71825665

N.º OSP

19511758

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.002.155.0307.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N469919	12/01/2017	EXT LACRE	LIGADO	POTENCIAL		

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

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

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

EMISSION: 10/12/2018

Total a Pagar:

R\$ 37,91

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

82640000000 4 37910010112 8 07182566501 2 95117581215 9



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO PARTICIPAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
<b>NOME</b> MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY	
	<b>DOC. IDENTIDADE / ORD. EMITIDA EM</b> 3141033      SBT      PB
	<b>CNPJ</b> <b>DATA NASCIMENTO</b> 059.842.774-09      12/06/1988
	<b>FUNÇÃO</b> ISAIAS QUEIROGA SOBRINHO JOSEARA PEREIRA NUNES QUEIROGA
	<b>PERMISSÃO</b> <b>ACC</b> <b>CR/NA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Nº RENOV</b> <b>VALIDADE</b> <b>1ª EMISSÃO</b> 04191543350      03/09/2017      20/09/2007	
<b>Assinatura</b>  ASSINATURA DO PARTICIPANTE	
<b>LOCAL</b> POMBAL, PB	<b>DATA EMISSÃO</b> 11/09/2012
<b>Assinatura do Oficial</b>  ASSINATURA DO OFICIAL      78396152013      PB024787868	
<b>DETRAN - PB (POMBAL)</b>	

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

629555924

PRIMEIRO PLASTIFICAR

629555924

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

69173737

REFERÊNCIA

JAN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY  
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS  
POMBAL, PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A98A013264	12/06/2008	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M <sup>3</sup> )	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
2363	2372	9	30	09/02/2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS

DEZ/2018	13	PARÂMETROS EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
NOV/2018	13	TURBIDEZ	46	46
OUT/2018	12	CLORO	46	46
SET/2018	19	COL.TERMOT	0	0
AGO/2018	9	COR	10	46
JUL/2018	8	COL.TOTAIS	46	46
MEDIA(M)	12	DADOS REFERENTES A: NOV/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 10/01/2019      HORA DA IMPRESSÃO: 10:10:11

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	37,91
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/13

VENCIMENTO: 23/01/2019      Total a Pagar: R\$ 37,91

	CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
	CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	
<b>INFORMAÇÕES GERAIS:</b> <b>**AVISO**</b> A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09		



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2019	23/01/2019	R\$ 37,91

DÉBITO AUTOMÁTICO



# Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



P/ JOSE PAULO SOARES AVELAR  
LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA FINS DE REVISÃO MÉDICA  
QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI SUBMETIDO  
A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE  
UMERO DISTAL DIREITO EM 20/10/17 DEVI-  
DO A ACIDENTE DE TRÂNSITO, OCORRIDO EM  
12/OUT/18. PACIENTE EVOLUI COM DOR EM  
COTULERO E LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DE  
MOVIMENTOS DE COTULERO (FLEXÃO 30°/  
EXTENSÃO 45° / PRONOSUPINAÇÃO SEM AUSCULTAÇÃO)  
AO EXAME, ATINGIDA DIMINUIÇÃO DE FORÇA

17.08.18

Rua Cel. João Carneiro, Nº 368, Centro  
Fone: (83) 3431-2020 | Pombal - PB

Dr. Túlio Alberto de O. Souza  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM: 22.925 / CREMERPE 23411



MURRAN X MURRAN SUPERIOR DNIOT.

PMIOGRTIA (02/05/18) FATTUNO DE  
UMMO NISTIN NISTIN FISSO COM  
PARA + PMATVSOI / AUTICA X COIO.  
LINDA X FATTUNO.

PATIENTE COM SEQUELAS GRAVE DE  
FATTUNO COMA COM DIMINUIÇÃO INFORTUN,  
DE DO FORTES DO MURRAN SUPERIOR  
DNIOT.

01710: MB4.1 / 542.4 / M25.5

PONBA 17/08/18

Dr. Túlio Alberto de O. Souza  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PE - 92511 CREMEPE 23411

# À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

PROCESSO REFERENTE À VÍTIMA JOSE RILDO SOARES ALVES

SINISTRO (3180152668)

CPF: 424.248.104-78

RUA: SANCHI QUEIROGA DE ALENCAR 985, 473, JD ROGERIO, POMBAL-PB.

CEP: 58.840-000

DATA DO ACIDENTE: 12/10/2017

VENHO POR MEIO DESTA, REQUERER PERICIA MÉDICA JUNTO À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, AINDA ME ENCONTRO COM FORTES DORES NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, BLOQUEIO GRAVE DO COTOVELO DEVIDO A FIXAÇÃO METÁLICA NO EPICÔNDIO MEDIAL, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE COTOVELO (FLEXÃO 30° E EXTENÇÃO 45°), PERDA DA FORÇA E ATROFIA MUSCULAR EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, SEQUELA GRAVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TENHO 57 ANOS E MINHA IDADE NÃO AJUDA PARA UMA RECUPERAÇÃO OU MESMO UMA MELHORIA DO QUADRO. CERTO DE VOSSO PRONTO ATENDIMENTO, RENOVO NOSSOS LAÇOS DE APREÇO E ELEVADA CONSIDERAÇÃO.

ATENCIOSAMENTE;



*Jose Rildo Soares Alves*

**JOSE RILDO SOARES ALVES**

CPF: 424.248.104-78

POMBAL-PB, 04/ 10/ 2018

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA	
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:	JOSE RILDO SOARES ALVES, CONFERIDO ( ) DOU FÉ.
POMBAL-Paraíba, 08/10/2018	
JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA	
Selo Digital de fiscalização tipo Normal - ANP/408-KYU0	
Confira os dados do ato em <a href="https://selodigital.tpb.jus.br">https://selodigital.tpb.jus.br</a>	
EMOLUM. R\$: 11,38 FAREN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00	

Joana D'arc E. de Queiroga  
Tabeliã Pública  
CPF: 675.687.694-53



Paciente: JOSÉ RILDO SOARES ALVES

Nº do Paciente: PB180001036

Data de Nascimento: 14/04/1961

Data do Exame: 02/05/2018

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

## RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO COTOVELO DIREITO

### RELATÓRIO:

Sequelas de fratura com fixação metálica no epicôndilo medial.

Relações articulares mantidas.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Priscila Bianchessi CRM 88001-SP | Médica-radiologista RQE 44979-SP através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 02/05/2018 11:33:22 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.







5 cm

C 1680  
L 4129



**POLICIA MILITAR**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA

FE PÚBLICA - DECRETO Nº 35.673

IDENTIDADE MILITAR Nº **09977**

GRAU REGULARIZADO  
**2º SARGENTO R/R**

Nome  
**JOSE RILDO SOARES ALVES**

*Jose Rildo Soares Alves*

ASSINATURA IDENTIFICADORA

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

**POLICIA MILITAR**

Nº **885816 SSP-PB** CPF **424248104-78** MATRÍCULA **512741-6**

RELACAO  
**SEVERINO ALVES DA COSTA**  
**FRANCISCA SOARES DA COSTA**

NATURALIDADE  
**SÃO JOSÉ DE ESPINHARAS - PB** DATA NASC **14/04/1961** SEXO **M** ALTURA **1.73**

DOADOR DE ORGÃO / RECAPSA  
**NAO DOADOR 12031865015 B +**

OBSERVAÇÕES

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO  
**João Pessoa, 09 de abril de 2013**

*Severino Alves da Costa*  
CHEFE DA DIVISÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

CEDEJA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO

*Jose Rildo Soares Alves*

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

**CIC**

RAZONAMENTO  
**14.04.61**

INSCRIÇÃO NO CPF  
**424 246 104 78**

CONTINUMENTO  
**JOSE RILDO SOARES ALVES**

*Jose Rildo Soares Alves*  
VALIDANDO NA RECEITA FEDERAL

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CRIMINALÍSTICA

Nome: **JOSE RILDO SOARES ALVES**  
Data de Nascimento: **14/04/1961**  
CPF: **424.246.104-78**  
RG: **085.616**

*Jose Rildo Soares Alves*

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

*Jose Rildo Soares Alves*

MINISTÉRIO DE ECONOMIA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS E FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUÍVEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUÍVEL  
Nº **424.246.104-78**

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **VERA GARRIDO SOARES**, RG nº 2.580.942-2º VIA, data de expedição 18/08/2015, Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 040.651.214-00, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Sancha Queiroga de Alencar, nº 985, JD Rogerio, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **JOSE RILDO SOARES ALVES**, cujo o condutor era **JOSE RILDO SOARES ALVES**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS

Ano: 2000 / 2001

Cor: PRATA

Placa: MOM 6280/PB

Chassi: 9C2JC30101R032313

Data do Acidente: 12/ 10 / 2017

Local e Data: POMBAL-PB, 22 / 04 / 2019



*Vera Garrido Soares*

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA  
RUA CEL JOSE FERNANDES, 463 - CENTRO  
Tel. 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com

Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de VERA  
GARRIDO SOARES e dou fé.

POMBAL-Paraíba, 23/04/2019.

*Joana D'Arc Elias de Queiroga*

JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA  
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AIN24823-XH70  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Genival Severo de Queiroga  
Escrevente  
CPF: 026.972.974-72



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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

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

**CONFIDENCIAL**

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



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDENCKY

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

JOSE RILDO SOARES ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104 / 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE RILDO SOARES ALVES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

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

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

Local e Data: BOMBAL-PB, 08.03.2019

Jacques Ramos Wandencky

Assinatura do Declarante

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.115.0005.000		000	0	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
Y17E649254	23/01/2018	EXT LACR	LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA							
133      140      7      30      07/03/2019							
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
JAN/2019	6	PARAMETROS EXIG.		ANALIS.		CONFORMES	
DEZ/2018	12	TURBIDEZ		46	46	46	
NOV/2018	11	CLORO		46	46	46	
OUT/2018	9	COL. TERMOT		0	0	0	
SET/2018	11	COR		10	46	42	
AGO/2018	22	COL. TOTAIS		46	46	46	
MEDIA(M)	11	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 09/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 07:24:58

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

7 M3

67,65

ESGOTO

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

VENCIMENTO:

22/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 67,65



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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

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

**CAGEPA**

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

DEBITO AUTOMATICO

SABEMI - REC. EM 05 ABR 2019

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica Nº 020.564.457



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cofato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-588  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 10.015.823-8

## DADOS DO CLIENTE

JOSE RILDO SOARES ALVES  
RUA SANCHI QUEIROGA DE ALENCAR 985 CASA  
POMBAL

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/536427-8

### REFERÊNCIA

FEV/2019

### APRESENTAÇÃO

21/02/2019

### CONSUMO

351

### VENCIMENTO

16/03/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 314,85

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DETALHES

JOSE RILDO SOARES ALVES

Roteiro: 14-227-145-0580

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/03/2019

### VENCIMENTO

16/03/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 314,85

### MATRICULA

536427-2019- 02-2





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 101841  
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 12/10/2017 11:07:05

Servidor do Dr.:

Paciente JOSE RILDO SOARES ALVES

Idade: 56 Sexo: M

Filiação:

Pai: SEVERINO ALVES DA COSTA  
Mãe: FRANCISCA SOARES DA COSTA

Endereço:

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808  
Endereço: HORACIO NOBREGA  
Bairro: BELO HORIZONTE  
Naturalidade: PATOS - PB  
Fone: (83)99831-7257

N: 1340

Documentos:

CNS: 203-3428-6799-0003  
Identidade: 885816 SSPPB  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 14/4/1961  
Cor: BRANCA  
Estado Civil: CASADO(A)  
Profissão: MILITAR

Responsável:

*Helena Soares*

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

*Tratame como distal @*

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

*Idm*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*Idm*

Dr. Leonardo Monteiro  
Médico Especialista

Diagnóstico:

*Trat. como distal @*

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado (X) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: 21 / 10 / 17

Recepcionista: APARECIDA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 252/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data do fato: **12/10/2017** hora: **06H00MIN**

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

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

Vítima: **JOSÉ RILDO SOARES ALVES**, alcunha **"\*\*\*\*"**, Nacionalidade: brasileira, naturalidade: São José de Espinhares-PB, idade: 56 anos, nascido em 14/04/1961, cor/raça: **\*\*\*\*\***, Estado Civil: Casado, Profissão: policial militar, Escolaridade: **\*\*\*\*\***, documento: RG RG 885.816 SSP/PB, filiação: Severino Alves da Costa e de Francisca Soares da Costa, endereço: Rua Horácio Nobrega, nº 1340, Belo Horizonte, Patos/PB, referência: **\*\*\*\***. Tel/Cel: **(\*\*\*\*)\*\*\*\*\***;



**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo Honda CG 125 Titan KS, cor prata, Placa MOM 6280, CHASSI 9C2JC3010R032313, licenciado em nome de VERA GARRIDO SOARES, na PB 325, na cidade de Jericó-PB, quando vários animais (cachorros) entraram na frente da moto da vítima o derrubando; QUE a vítima foi socorrido pela polícia militar que o encaminhou para o Hospital Regional de Pombal-PB, sendo que como não tinha médico especialista em ortopedia a vítima foi encaminhada por uma ambulância para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi observado na vítima uma fratura no cotovelo direito, onde a vítima realizou uma cirurgia colocando parafuso e uma corrente no cotovelo direito. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 13 de março de 2018. Às 10:27 horas.

 <input checked="" type="checkbox"/> Notificante	 <input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada	
Assinatura do Policial responsável pelo registro ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL Matrícula: 168.447-7		



 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>	<b>SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL</b> <b>POLÍCIA MILITAR</b> <b>COMANDO DE POLICIAMENTO REGIONAL II</b> <b>DÉCIMO SEGUNDO BATALHÃO</b> <b>PRIMEIRA COMPANHIA</b> <b>DPM- JERICO PB</b>	
<b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: SNº011</b>		<b>Nº CIOP/COPOM:0776: 1ª CIA 12º BPM</b>
UOP/SUOP: 12º BPM/1ª CIA	Data:12/10/2017	Hora: 06:00hrs Local da ocorrência PB 325 acesso a entrada de Jerico PB
TIPO DA OCORRÊNCIA: atropelamento de animais		Código Ocorrência:
COMANDANTE DA GUARNIÇÃO: 3ºsgt Josenildo		Prefixo da viatura: 6478
Nome Motorista: CB Valdery	Nome Patrulheiro	Nome Patrulheiro2-
Solicitante: a vítima		Nº
<b>Acusado (s)</b>		
NOME COMPLETO		Data/ nascimento
NOME DA MÃE: Nilza Maria De Oliveira Sousa	Nº RG/	Nº CPF:
ENDEREÇO COMPLETO		Nº S/N
PONTO DE REFERÊNCIA:		Profissão:
Informações Biométricas:		
Cor da pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos: Cor dos Olhos: Complacência Físico ( ) Normal ( ) Magro ( ) Gordo
Marcas Características (assinalar) ( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal de Nascimento ( ) Outros:		APELIDO:
Descrever Marcas Características:		
NOME COMPLETO:		Data de Nascimento:
NOME DA MÃE:	Nº RG/ Acusado:	Nº CPF:
ENDEREÇO COMPLETO:		Nº
PONTO DE REFERÊNCIA:		Profissão:
Informações Biométricas:		
Cor da pele:	Altura Estimada:	Cor dos Cabelos: Cor dos Olhos: Complacência Física ( ) Normal ( ) Magro ( ) Gordo
Marcas Características (assinalar) ( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal de Nascimento ( ) Outros:		Alcunha:
Descrever Marcas Características:		
<b>Vítima (S)</b>		
Jose Rildo Soares Alves		Data de Nascimento: 14/04/1961
NOME DA MÃE: Francisca Soares Alves Da Costa	Nº RG/ vítima 885816	Nº CPF:424248104-78
ENDEREÇO COMPLETO: Rua Sanher Queiroga De Alencar n/985		Nº CNH:
PONTO DE REFERENCIA: Vizinho A Delegacia Velha	Nº Telefone: (83)999670687	Profissão: Militar
NOME COMPLETO:		Data de Nascimento:
NOME DA MÃE:	Nº RG/ VITIMA:	Nº CPF:
Endereço Completo:		Nº CNH:
PONTO DE REFERÊNCIA:	Nº Telefone:	Profissão:



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3180152668 CPF da vítima: 424.248.104-78 Nome completo da vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES

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

Nome completo: JOSE RILDO SOARES ALVES CPF: 424.248.104-78  
Profissão: 2º SARGENTO RIR Endereço: RUA SANCHÁ QUEIROGA DE ALMEIDA Número: 985 Complemento: —  
Bairro: BO ROGERIO Cidade: POMBAL Estado: PARAIBA CEP: 58.840-000  
E-mail: — Tel.(DDD): (83) 999746322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:  
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL  
AGÊNCIA: 0521-9 CONTA: 5764-9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: —  
Grau de Parentesco com a vítima: — Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: —  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: — Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: POMBAL-PB, 08.03.2019  
Nome: —  
CPF: —

TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR  
CPF: 064.978.664-50  
Amintas Dantas Wanderley Junior  
Assinatura

2ª | Nome: MAYANA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY  
CPF: 059.842.774-09  
Mayana Monique Queiroga Wanderley  
Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO  
Jose Rildo Soares Alves  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Jose Rildo Soares Alves  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3180152668 CPF da vítima: 424.248.104-78 Nome completo da vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES

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

Nome completo: JOSE RILDO SOARES ALVES CPF: 424.248.104-78  
Profissão: 2º SARGENTO RIR Endereço: RUA SANCHÁ QUEIROGA DE ALENCAR Número: 485 Complemento:  
Bairro: JO ROGENIO Cidade: POMBAL Estado: PARAIBA CEP: 58.890-000  
E-mail: Tel.(DDD): (83)999746322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

## RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0521-5 CONTA: 5764-9 (Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascer (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: POMBAL-PB, 08.03.2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Assinatura

2ª Nome: MAYANA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

CPF: 059.842.774-09

Assinatura

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190262802  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rildo Soares Alves  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sancha Queiroga de Alencar, 985  
Jd Rogerio Pombal PB CEP: 58840-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 885816  
Data local do acidente: [ 12/10/2017 ]  
Data local do exame: [ 24/05/2019 ] Pombal [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO ÚMERO DIREITO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 12/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO ÚMERO NO DIA 20/10/2017 COM USO DE PLACA DCP 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECÉBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

**Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR E AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM COTOVELO DIREITO  
Data da Alta: 22/10/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO EM 2,5 CM. DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I, DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DOR E AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM COTOVELO (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ATROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO EM 2,5 CM  
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 35°  
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I  
DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO EM 15°  
DIMINUIÇÃO DA PRONAÇÃO EM 20°  
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°  
DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°  
BLOQUEIO ARTICULAR.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Thiago Martins Formiga**  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830

**Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190262802**

**Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES**

**Data do Acidente: 12/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE RILDO SOARES ALVES**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE RILDO SOARES ALVES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000521-5**

Conta: **000005764-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190262802**

**Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES**

**Data do Acidente: 12/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190262802**

**Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES**

**Data do Acidente: 12/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE RILDO SOARES ALVES**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190262802**

**Vítima: JOSE RILDO SOARES ALVES**

**Data do Acidente: 12/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

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

**Senhor(a), JOSE RILDO SOARES ALVES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE RILDO SOARES ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00521-5

CONTA: 000000005764-9

---

Nr. da Autenticação 879A013BAFD7189E

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

EXERCÍCIO 2015 ANO-CALENDÁRIO 2015

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

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-06	Nome do declarante JACQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (53) 34311525	
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA		Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL	UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS

(Valores em Reais)

96.320,77

IMPOSTO DEVIDO

5.853,68

IMPOSTO A RESTITUIR

0,00

SALDO DO IMPOSTO A PAGAR

3.334,23

IMPOSTO A PAGAR

GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE

0,00

PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 29/04/2016)

NÚMERO DE QUOTAS

1

VALOR DA QUOTA

3.334,23

CONFIDENCIAL

SAREM SECRETARIA DA

04/04/2016

RECEBIDO

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor DEHPRO  
em 29/04/2016 às 16:55:05  
1858150111

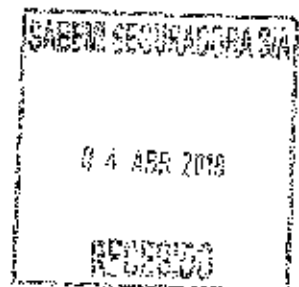
## PROCURAÇÃO PARTICULAR

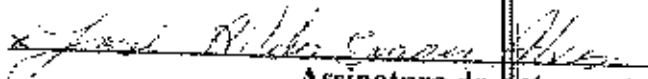
**OUTORGANTE:** JOSE RILDO SOARES ALVES, BRASILEIRO, CASADO, 2º SARGENTO R/R, COM RG: 885816 SSP/SP E CPF: 424.248.104-78, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA SANCHI QUEIROGA DE ALENCAR, 985, JD ROGERIO, POMBAL - PB.

**OUTORGADO:** Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT INVALIDEZ E DAMS, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ E DAMS** para a vítima JOSE RILDO SOARES ALVES.

POMBAL - PB, 16/03/2018.



  
Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

NOT. JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA  
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE RILDO SOARES ALVES.  
Em testemunho de verdade. Em  
POMBAL-PARAIBA, dezesseis de março de dois mil e dezoito.  
5819253 Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AGQ80480-RXZJ  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tipo.b.c>  
EMOLUIM. R\$ 11,38 FAREJO R\$ 0,28 CEPJ R\$ 0,00  
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

Joana d'Arc L. de Queiroga  
Tabeliã Pública  
CPF: 676.687.694-63





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-239

**JACQUES RAMOS WANDERLEY**

CARTeira DE IDENTIDADE

SABER SECURADORA S/A

04 ABR 2014

RECIBO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA EXEDIDAD 01/07/2014

NOME JACQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO ANTONIAS DANIELA WANDERLEY  
SILVANIA RAMOS WANDERLEY

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

LUGAR DE ORIGEM CASAM N. 10728 FLS. 248 LIV. B-28  
CAPITULO POMBAI-PB

CNPJ 002.976.134-08

LEI Nº 7.118 DE 28.06.66



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Jose Rildo

DA CLÍNICA

at

A CLÍNICA

cardiol.

ENFERMARIA

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

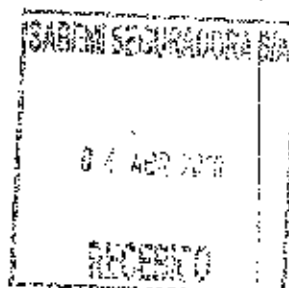
12.10.17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente sem queixas Cardiológicas  
Nexo Comorbidade. Refere Hx. por uso de  
atenuador  
P = 140 x 100 mmHg  
ECG = Normal.  
Risco Cardio = Baixo Risco




13/10/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <u>Assis Roberto Soares Alves</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
AL <u>9</u>	LEITO <u>3</u>	CONVÊNIO <u>SUS</u>	IDADE <u>56</u>	REGISTRO <u>101841</u>	
CIRURGIÃO <u>Dr. Carlos de Jesus</u>		ANESTESISTA <u>Dr. Carlos de Jesus</u>			
PROFESSORA <u>Requena</u>		DATA <u>20/10/2007</u>			
INICIAL <u>10:00</u>		FIM <u>11:40</u>			

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. de Instrumentador <u>50</u>		Equipo pl. sorc e sangue
	TX. Capnógrafo		Scaip
	TX. Bomba de Infusão	<input checked="" type="checkbox"/>	Luvas Est. pl. Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina de Bisturi <u>220</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Lesor		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 20 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodos desc.
	Neocain	<input checked="" type="checkbox"/>	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Tríenemburul		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
<input checked="" type="checkbox"/>	Dorminid		Éter Sulfúrico
<input checked="" type="checkbox"/>	Pontanil 0,05mg		Dreno Penrose
<input checked="" type="checkbox"/>	Xilostesin 2 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espandrapo
	Efedimidade		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
<input checked="" type="checkbox"/>	Pubicovina 0,5%	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPI tintura
	Dimorf	<input checked="" type="checkbox"/>	Gases
	Lencet 0,5ml		Algodão Hiorófilo
	Narcolin		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha descartável
<input checked="" type="checkbox"/>	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
<input checked="" type="checkbox"/>	Cefalotina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amiocacina 500mg		Cat-gut 2-0 pl. amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha	<input checked="" type="checkbox"/>	Prolene 2-0 c/ agulha <u>2000</u>
	Prolene 0 c/ agulha	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>1000</u>

1.500 de 400mg 1,5

8/23/02

ix

CHOMUS

RECIBO DE VENDAS

Materia Medica Hospital EIREL

RF 100

Recebe em 10/04/77

Nome: *Dr. Manoel de Jesus*  
Endereço: *Rua da Liberdade, 123 - Centro*  
Cidade: *Recife - PE*  
Estado: *PE*  
CPF: *123.456.789-01*

Valor: *R\$ 100,00*  
Data: *10/04/77*  
Assinatura: *[Signature]*

QUANT. MEDICAMENTO MATERIAL OUTROS VALOR TOTAL

1	100	100,00	0702030929
2	50	50,00	
3	25	25,00	
4	10	10,00	
5	5	5,00	
6	2	2,00	
7	1	1,00	
8	0	0,00	
9	0	0,00	
10	0	0,00	
11	0	0,00	
12	0	0,00	
13	0	0,00	
14	0	0,00	
15	0	0,00	
16	0	0,00	
17	0	0,00	
18	0	0,00	
19	0	0,00	
20	0	0,00	
21	0	0,00	
22	0	0,00	
23	0	0,00	
24	0	0,00	
25	0	0,00	
26	0	0,00	
27	0	0,00	
28	0	0,00	
29	0	0,00	
30	0	0,00	
31	0	0,00	
32	0	0,00	
33	0	0,00	
34	0	0,00	
35	0	0,00	
36	0	0,00	
37	0	0,00	
38	0	0,00	
39	0	0,00	
40	0	0,00	
41	0	0,00	
42	0	0,00	
43	0	0,00	
44	0	0,00	
45	0	0,00	
46	0	0,00	
47	0	0,00	
48	0	0,00	
49	0	0,00	
50	0	0,00	

PAGAMENTO: *[Signature]* TOTAL: *R\$ 100,00*  
Data: *10/04/77*  
Assinatura: *[Signature]*  
CNPJ: *14.783.734/0001-20* - Inscrição: *10.774.740-1*  
Endereço: *Rua da Liberdade, 123 - Centro - Recife - PE*





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome	Djalma Rios		Nº prontuário	101841
Data da Cirurgia	de 10/2018		Leito	
Cirurgião	Dr. Fábio Jai	Assistente	Dr. Marcelo	
Atendente	Dr. Gutemberg	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura Címbria Medula			
Tipo de Cirurgia	Cirurgia Direta			
	Cirurgia - Tolo Címbria Direta			
Diagnóstico Pós-Operatório	Fratura			
	Fratura			
Relatório Imediato no Patológico	Não			
Exame Radiológico no Atc	Não			
Acidente Durante a Cirurgia	Não			

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Logaduro - Drenagem - Sutura - Material Utilizado - Aspectos Especiais

1. Incisão em T no local de entrada da medula
2. Abertura e Anestesia
3. Uso de aparelho cirúrgico de tração direta
4. Redução cirúrgica e estabilização com placa medular
5. Sutura
6. Curativo



GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Lm. DO ORTOM

Maria José Almeida

Exames muito bons

de articulação na mão

12.10.17 34 anos

Exames de rotina

Dir. Hcto

Exames de rotina

Com folha de

Cart. 28.10.17

Folha de