

POLÍCIA MILITAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

FE. POMARIA - DECRETO 40.000/83

IDENTIDADE MILITAR N° 09977

REGISTRO DE IDENTIDADE

2º SARGENTO R/R

JOSE RILDO SOARES ALVES

Joel Rildo Soares Alves

ASSINATURA DO TITULAR

DEPARTAMENTO DE POLÍTICA MILITAR

POLÍCIA MILITAR

88001635P06 424248104-78 532741-6

SEVERINO ALVES DA COSTA
FRANCISCA SOARES DA COSTA

MATRÍCULAS
SÃO JOSÉ DE
ESPINHARAS - PB 14/04/1981
NÃO DOADOR 12031886016 0 +
CABO ALTO

LOCAL DE CADASTRO
M.º Pesseas, 09 de 25/01 de 2013

2013-01-01

DEPARTAMENTO DE POLÍTICA MILITAR

DEPARTAMENTO DE POLÍTICA MILITAR

SACADA SECRETARIA DA

P. 4 689 2013

2013-01-01

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/bibliotecawebs/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=25636>

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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu WILSON ALVES ALVES inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.936.134-01 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermédio(a) do Beneficiário WILSON ALVES ALVES inscrito (a) no CPF sob o N° 414.248.104-723, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WILSON ALVES ALVES, inscrito (a) no CPF sob o N° 414.248.104-723 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Anojo Arroio Renda: R\$ 0,00, e apresenta os documentos comprobatórios:
WILSON ALVES ALVES

Recuso informar

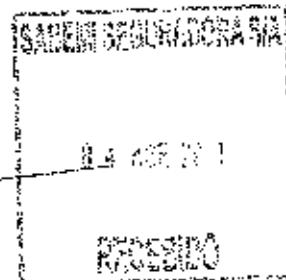
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número
<u>RUA 546 FCO. DA SERRA ALVARENGA</u>	<u>114</u>
Bairro	Complemento
<u>CONTAGIAS</u>	<u>ESCAUT 410</u>
Cidade	Estado
<u>GOIÂNA</u>	<u>GO</u>
Email	CEP
<u>TI-0166_ANOJO@GMAIL.COM.BR</u>	<u>74310-000</u>
Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>(62) 3431-1825</u>	<u>(62) 9962-46322</u>

Belo Horizonte, 31 de Maio de 2018
 Local e Data

J. Wilson Alves
 Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

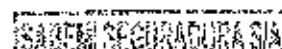
Eu, RODRIGO SOARES ALVES

RG nº 380216, data de expedição 03/04/13, Órgão SP/PR,

CPF nº 464.249.100-78, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

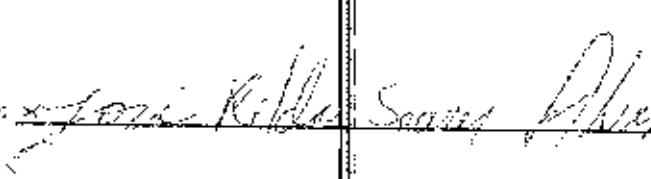
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA BANCHA SANTOS DE ALMEIDA</u>
Número	<u>985</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>ALTO DE GENI</u>
Cidade	<u>POMAL</u>
Estado	<u>PARÁ</u>
CEP	<u>68.340-000</u>
Telefone de Contato	<u>(63) 9709-746320 / (63) 981488766</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

SIAEM SEGURO

Local e Data: Fortaleza - CE, 24.03.2018

04 AGO 2018

Assinatura do Declarante: rodrigo Ribeiro Soares Alves  RECORRIBO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rue Feliciano Cirino, 220 - Jardim João Pessoa - PB
CNPJ: 58.015.673 - CNPJ: 09.123.654/0001-57

PARA CONSULTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO

REF. 70682232

REFERÊNCIA

FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AQUELES RAMOS WANDERLEY
RUA BIRIBICO, DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCR TORIO -
METROPOLIS POMBAL PB 58846-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economas	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 LAGR AGUA	IGADO	POTENCIAL	

INTERIOR E EXTERIOR E CONSUMO (QSD) E NUM DE ETAPAS		PROXIMA LEITURA	
1	5	4	16
JAN/2018	10	0	PARÂMETROS EXIG
DEZ/2017	10	0	ANALIS. CONFORMES
NOV/2017	10	0	46
OUT/2017	10	0	46
SET/2017	10	0	33
AGO/2017	10	0	46
MÉDIA(M)	10	0	DADOS REFERENTES A 22/2017

DATA DA IMPRESSÃO: 08/02/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 07:47:55
DESCRIÇÃO	CONSUMO
ÁGUA	
COMERCIAL E UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	4.100
ESGOTO	
	65,74

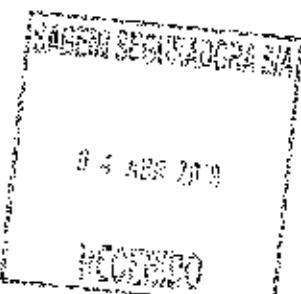
VALOR APROXIMADO DE 1279000,00 R\$ 6,08 R\$ E CONF. LEI 12.741/17

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

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CONDICÃO DO PAGAMENTO: ESTIMADO	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DÍNHERO ***	
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR	

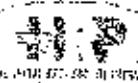
MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VALOR	MÉTODO	TOTAL A PAGAR
70682232	FEV/2018	R\$ 0,00	2018	R\$ 65,74

DETALHO AUTOMÁTICO



3-4-ABR-2018

RODRIGO



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

Prontuário: 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)89831-7257

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:

13/10/17. Operação Bem

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

Palpável acústico dorsal

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

Palpável

SABON SECURAGEM SA

04/10/2013

100800

*Dr. Leonardo Pacheco
para Dr. Francisco*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Palpável

Diagnóstico:

Enf. linf. dorsal

Motivo da Alta:

Resultado: () Saia Curado () Melhorado () Falecido () Transfendo Em: *21/10/17*

Recepção: APARECIDA

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

Carla Vitória Soane Alves

CPF da Vítima

141.481.044-78

Data do Acidente

12/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDU)

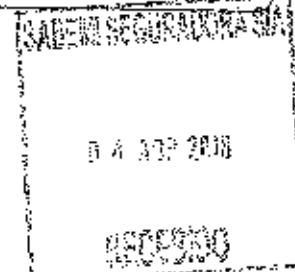
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinatar uma das opções abaixo:

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

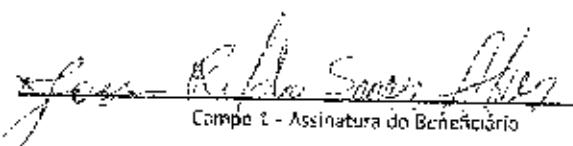
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanentemente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de 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.

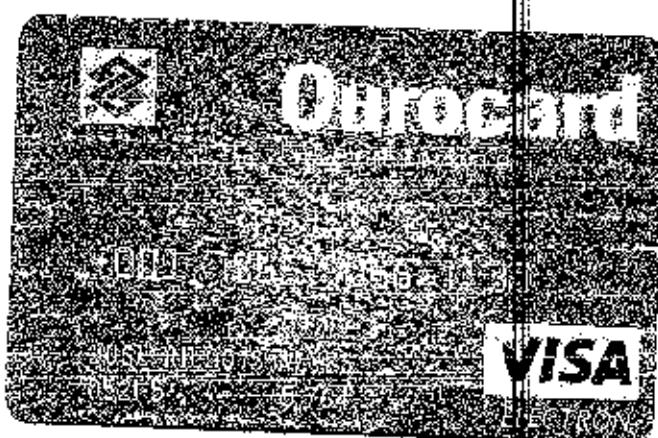


Carla Vitória Soane Alves

Local e Data


 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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: ***.

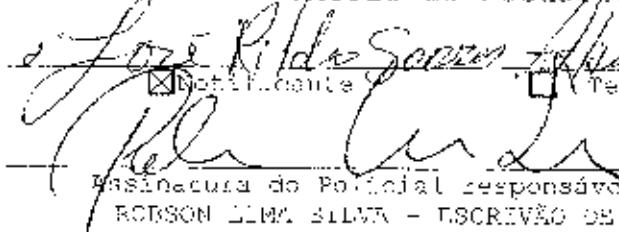
Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

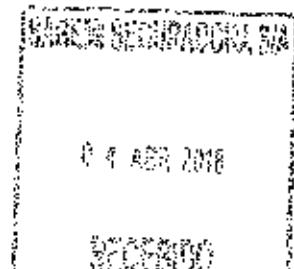
Vítima: **JOSE RILDO SOARES ALVES** alcunha: "****", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: São José de Espinharas-PB, idade: 56 anos, nascido em 14/04/1961, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado, Profissão: policial militar, Escalabilidade: *****, documento: RG RG 885.816 SSP/PB, filiação: Severino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

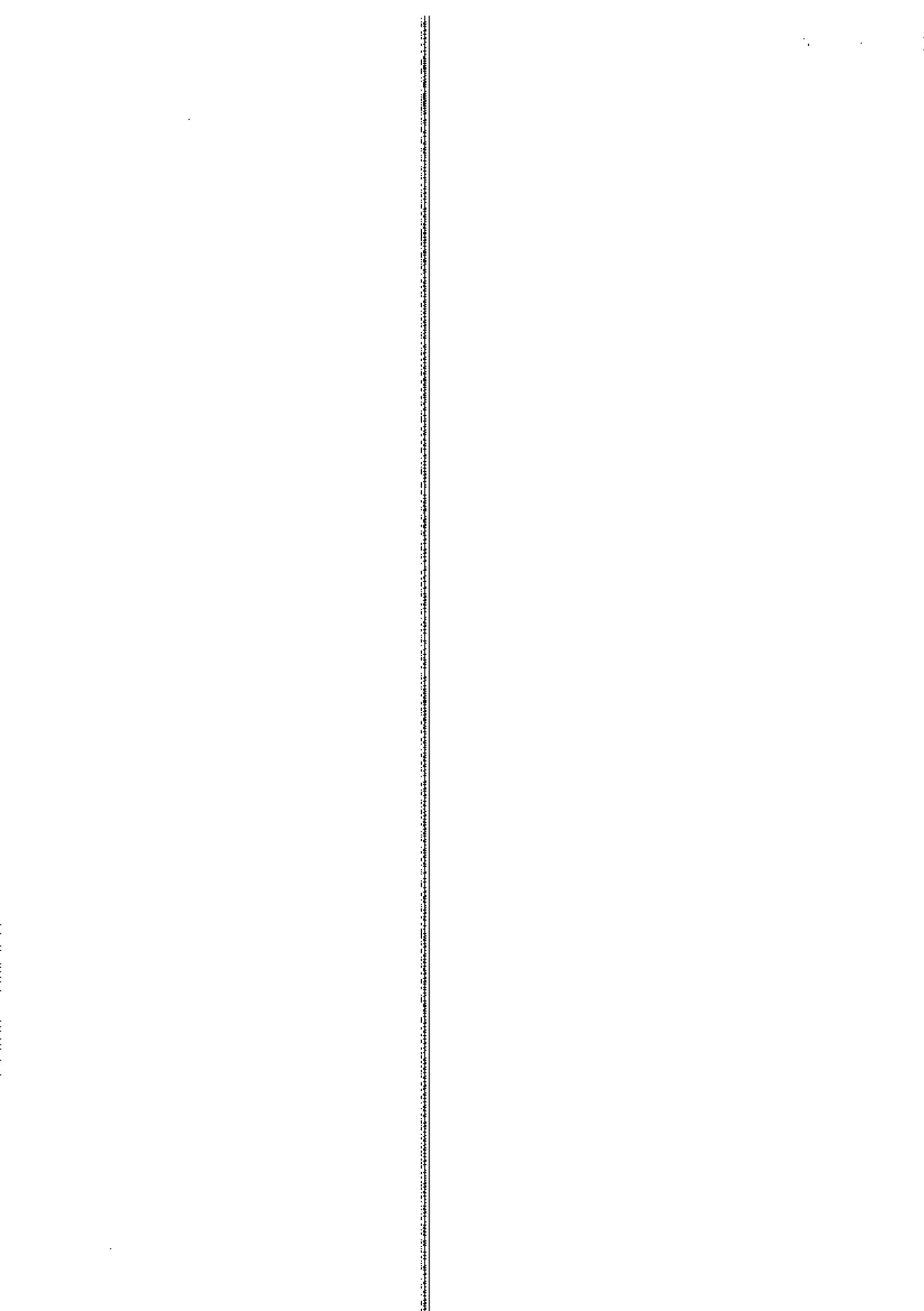
HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas no Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QJE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo Honda CG 125 Titân KS, cor prata, Placa MON 6280, CHASSI 9C2JC3C10R032813, 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 e derrubando; QUE a vítima foi socorrida 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"/> Notificado <input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro	
RODRIGO LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL	
Matrícula: 160.447-7	
04 ABR 2018	
RECORRIBIL	







BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: SN°011

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 Jericó PB

TIPO DA OCORRÊNCIA: atropelamento de animais

Código Ocorrência:

COMANDANTE DA GUARDA: 3º sgt 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

APELIDO:

Marcas Características (assinalar)

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

Descrever Marcas Características:

NOME COMPLETO:

Data de Nascimento:

NOME DA MÃE:

Nº RG:

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

Alcunha:

Marcas Características (assinalar)

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

Descrever Marcas Características:

Vítima (s)

José 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 Quiroga De Alencar n/985

Nº CNH:

PONTO DE REFERÊNCIA: 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:

04 ABR 2018

SECRETARIA

TESTEMUNHAS

Nome Completo	Nº RG/Órgão Expedidor	Data de Nascimento			
Nº Telefone(s) da Testemunha:		Nº CPF:			
Endereço Completo		Nº RG			
Ponto de Referencia:		Profissão:			
Nome Completo:		Data de Nascimento:			
Nº Telefone(s) da Testemunha:	Nº RG/Órgão Expedidor	Nº CPF:			
Endereço Completo		Nº CNH:			
Ponto de Referencia:		Profissão:			
ARMAS(S) DE FOGO APREENDIDA(S)					
TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SÉRIE:	DIMENÇÃO CANO:
TIPO:	MARCA:	CALIBRE:	ACABAMENTO:	Nº SÉRIE:	DIMENÇÃO CANO:
CARTUCHO(S) APREENDIDO(S)			TIPO:		
QUANTIDADE:		CALIBRE:			
QUANTIDADE:		CALIBRE:			
OUTRO(S) OBJETO(S) APREENDIDO / conduzido(S)			TIPO:		

RELATO 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 GM.R. TRAFEGAVA EM UMA MOTO CG ANO 2000 PRATA DE PLACA MOM6280 NA PB 325 QUE LIGA POMBAL A CATOLE PRECISAMENTE NO MUNICIPIO DE JERICO PB, O MESMO SAIA DA SUA RESIDENCIA ATÉ 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 CONCEGUINDO VEIO A ATROPELAR E CONSEQUENTEMENTE TOMBOU SOB O ASFALTO SOFRENDO ESCORTACOES PELO CORPO E UMA FRATURA NO BRAÇO DIREITO. ESSA GUARDAÇAO SOCORREU A VITIMA ATÉ O HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL PARA QUE PROVIDENCIAS SEJAM TOMADAS.

Condutor:

J. R. Soenildo
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.

Sumário Divisão de Selo - 2º Ten RL
Autoridade Policial

SAÚDE
SEGURANÇA
04 ABR 2018
RECENDO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2017

Titular do CPF: JOSE RILDO SOARES ALVES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 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 SANCHÁ 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.


João R. de Queiroga Alves
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES, 463 - CENTRO
Tel. 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como ALITENTICA a firma e letra de JOSE RILD
SOARES ALVES e dou fé.

POMBAL-Paraíba, 12/03/2019.


JOANA D'ARC E. DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AIH38540-BC03
Confira os dados do ato em <https://selodigital.jfpb.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

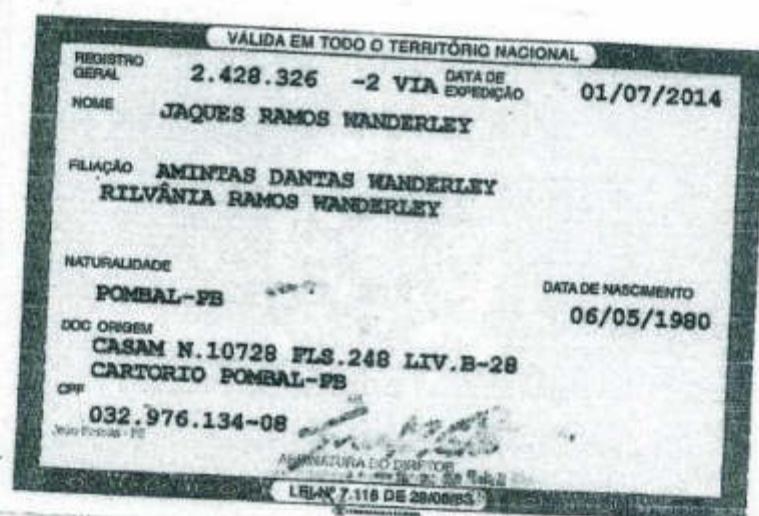
Conduta mantida:

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
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

PROCESSO REFERENTE À VÍTIMA JOSE RILDO SOARES ALVES

SINISTRO (3180152668)

CPF: 424.248.104-78

RUA: SANCHÁ 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

CPF: 424.248.104-78

POMBAL-PB, 04/10/2018

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Conheço (POR AUTENTICIDADE) e firma de: JOSE RILDO
SOARES ALVES. CONFEBIDO. (assinatura) DOU FÉ.
POMBAL-Paraíba, 08/10/2018.

JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal 64HP67408-KYUO
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
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





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
71825665
N.º OSP
19511758

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

AMINTAS DANTAS W JUNIOR
RUA SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - LANDAR -
JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
12.002.155.0307.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VISN469919	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 (3115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
OUT/2018	22/10/2018	37,91			
EMISSÃO:	10/12/2018	Total a Pagar:			R\$ 37,91

 CAGEPA	MATRÍCULA	N.º DO OSP	EMISSÃO	TOTAL A PAGAR
	71825665	19511758	10/12/2018	R\$ 37,91
82640000000 4 37910010112 8 07182566501 2 95117581215 9				



**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

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2019

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	Público	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto	
A98A013264	12/06/2008	EXT LAGR LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
2363	2372	9	30	09/02/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT.	05/2017 MS		
DEZ/2018	13	PARA METROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2018	13	TURBIDEZ	46	46	46	
OUT/2018	12	CLORO	46	46	46	
SET/2018	19	COL.TERMOT	0	0	0	
AGO/2018	9	COR	10	46	46	
JUL/2018	8	COL.TOTAIS	46	46	46	
MEDIA(m ³)	12	DADOS REFERENTES A: NOV/2018				
DATA DA IMPRESSÃO: 10/01/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:10:11				
DESCRICAÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)		
ÁGUA						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA		9 m ³		37,91		
ESGOTO						
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS.LEI 12.741/11						
VENCIMENTO:	23/01/2019	Total a Pagar:		R\$ 37,91		

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	
	TIPO DE TARIFA: 1	
INFORMAÇÕES GERAIS:		
AVISO A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/00		

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

DEBÍTO AUTOMÁTICO

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



JOSE RICARDO SOARES
LAVRO MEJICO

ATESTO PARA FINS DE PÓS-OPERAÇÃO
QUE O PACIENTE SABERAMENTE FOI SUBMETIDO
A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FARRAÃO DE
UMERO DIREITO EM 20/10/17 DEVI-
DO A AUMENTO DE DOR, OCORRIDO EM
12/OUT/18. PACIENTE EVOLUI COM DOR EM
CORPOZOS E LIMITAÇÃO NO MÓVIMENTO DE
MAMÍMERO DE CORPOZOS (FLEXÃO 30°/
ESTESE 45° / PRONOSUPINAÇÃO SEM AGRAVAMENTO)
AO DORSO, AINDA DIMINUIÇÕES DE FORÇA

17.08.18

Rua Cel. João Carneiro, N°368, Centro
Fone: (83) 3131-2020 | Pombal - PB

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-9251 CREMEPE 23411

paciente x exame de laboratório.

Radiografia (02/05/18) mostra os
múltiplos ossos quebrados com
fratura + deslocada / anterior x e
lateral x fraturas.

Paciente com lesão grave de
fáscia com com diminuição intensa
de força x lesão de nervos
nervos.

0110: 1184.1 / 542.4 / 1125.5

Pontos 17/08/18

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-FB-82511 CRM-PE 23411

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

PROCESSO REFERENTE À VÍTIMA JOSE RILDO SOARES ALVES

SINISTRO (3180152668)

CPF: 424.248.104-78

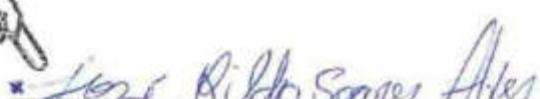
RUA: SANCHÁ QUEIROGA DE ALENCAR 985, 473, JD ROGERIO, POMBAL-PB.

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

CPF: 424.248.104-78

POMBAL-PB, 04/10/2018

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA	
Iconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE RILDO	
SOARES ALVES. CONFIRMADO _____). DOU FÉ.	
POMBAL-Paraíba, 08/10/2018.	

JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Nota fiscal-AHP07408-KYU0
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
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



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:

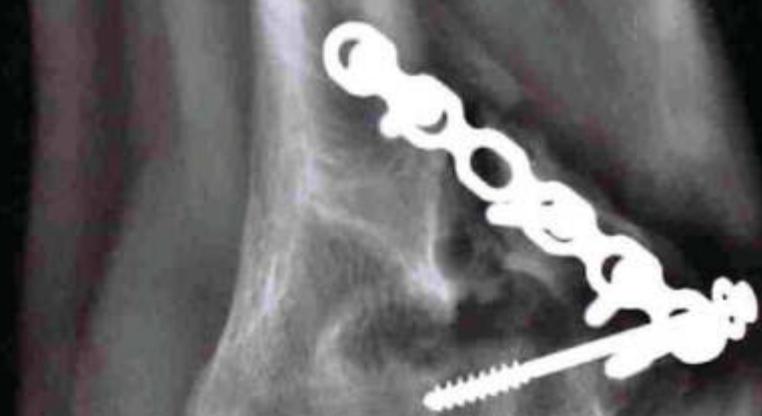
Sequelas de fratura com fixação metálica no epicôndilo medial.
Relações articulares mantidas.
Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

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.

D

JOSE RILDO SOARES ALVES



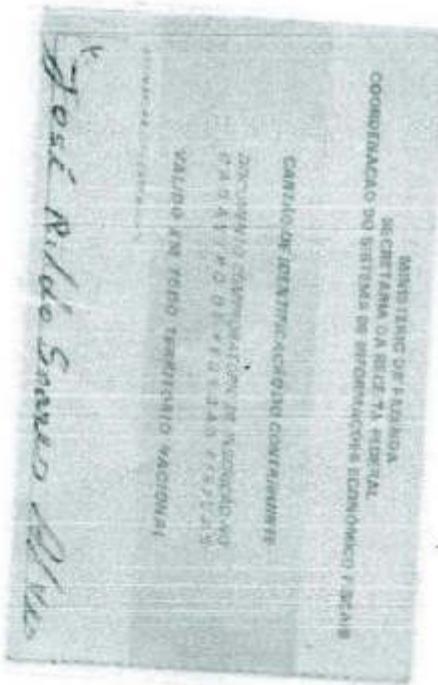
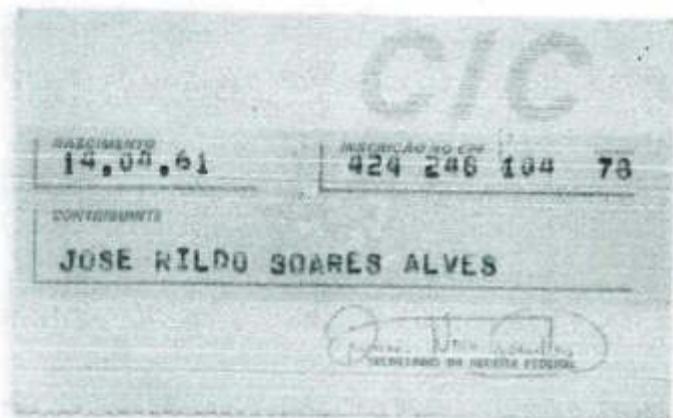
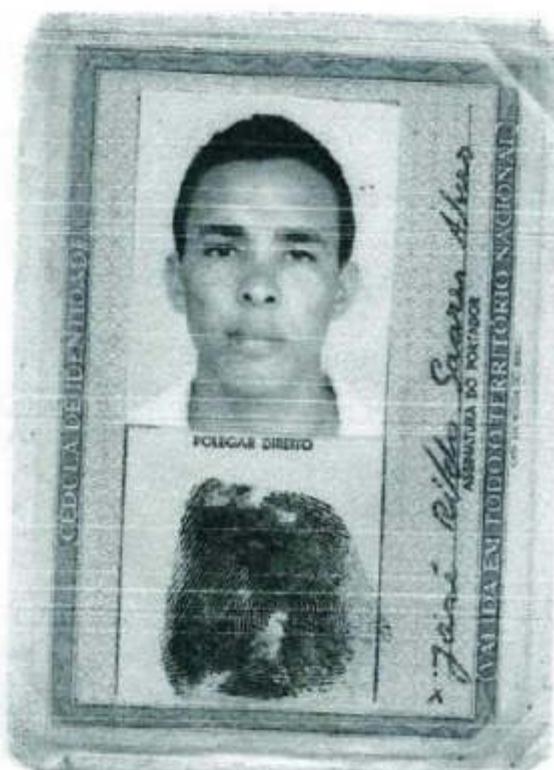
5 cm

C 935
L 4283

SAEIMI - REC. EM 05 ABR 2010



C 1680
L 4129



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



Verá 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.

Genival Severo de Queiroga
JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Selos Digitais de fiscalização Tipo Normal B-AN24823-XH70
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.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

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	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

CONFIDENCIAL

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 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de Indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu JAQUES RAMOS WANDERLEY

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

JOSE NILDO SOANES ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 424.248.104-78,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE NILDO SOANES 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 Lider-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 BCL FCO DA SILVA ALMADA</u>		Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>	
Bairro:	<u>PETRÓPOLIS</u>	Cidade:	<u>BOMBAZ</u>	Estado:	<u>PARAÍBA</u>	CEP:	<u>58.840-000</u>
E-mail:	<u>JAQUES.ANOV@BOL.COM.BR</u>		Tel.(DDD):	<u>(83) 999746322</u>			

Local e Data: BOMBAZ-PB, 08.03.2019

Jaques Anovander

Assinatura do Declarante

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS 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 - ESCRITÓRIO -
PETROPOLIS POMBAL PB 58840- 000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
112.004.115.0005.000		000	Básico	Caixa	Infraestr.	Plano	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y17F649254	23/01/2018	EXT LACR LIGADO		POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA 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		
MÉDIA(m ³)	11	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 09/02/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 07:34:58
 DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)
 ÁGUA
 COMERCIAL 1 UNIDADE(S)
 CONSUMO DE ÁGUA
 ESGOTO 7 m³ 67,65

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,26 PIS E CONFINS.LEI 12.741/12
 VENCIMENTO: 22/02/2019 Total a Pagar: R\$ 67,65



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

DEBITO AUTOMATICO

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Isolado para simples pagamento da nota fiscal com a do energia elétrica N° 020.564.457



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 08.095.181 / 0301-40 Insc. Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE

JOSE RILDO SOARES ALVES
RUA SANCHÁ 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



JOSE RILDO SOARES ALVES
Roteiro: 14-227-145-0580
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/03/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/03/2019	R\$ 314,85	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

N: 1340

Naturalidade: PATOS - PB

Fone: (83)99831-7257

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:

Alma Rondon Soares

***AMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Tratava de um dente ①

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

Idem

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Idem

*Dr. Laogarito Mendonça
Assinatura do Consultor*

Diagnóstico:

Inst. dente dente ①

B

Motivo da Alta:

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

Recepção: APARECIDA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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: Severino Alves da Costa e de Francisca Soares da Costa, endereço: Rua Horácio Nobrega, nº 1340, Belo Horizonte, Patos/PB, referência: *******. Tel/Cel: **(****) *******;

HISTÓRICO 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.

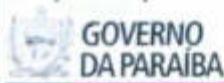
Catolé do Rocha, 13 de março de 2018. Às 10:27 horas.

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 168.447-7

PROJETO 01/00270



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: SN°011

N° CIOP/COPOM:0776: 1ª CIA 12º BPM

UOP/SUOP: 12º BPM/1ªCIA Data:12/10/2017 Hora: 06:00hrs Local da ocorrência PB 325 acesso a entrada de Jericó 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)

APELIDO:

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

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)

Alcunha:

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

Descrever Marcas Características:

Vítima (S)

Jose Rildo Soares Alves

Data de Nascimento:

14/04/1961

NOME DA MÃE: Fracisca Soares Alves Da Costa

Nº RG/ vitima 885816

Nº CPF:424248104-78

ENDEREÇO COMPLETO: Rua Sancher 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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
3180152668	424.248.104-78	JOSE RILDO SOARES ALVES		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:	Complemento:	
Profissão: 2º SARGENTO NIN	Endereço: RUA SANCHÁ QUEIROGA DE ALencar	Nome:	985	Complemento:
Bairro: JO ROGENIO	Cidade: POMBAL	Estado:	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746322
E-mail:				

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

DAOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECUZO 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) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data de 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: BOMBAL-PB, 08.03.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR
 CPF: 064.978.669-50
 Amintas Dantas Wanderley junior
 Assinatura

2º | Nome: MAYARA MONIQUE VIEGAS WANDERLEY
 CPF: 059.842.779-09
 Mayara Viegas Wandery
 Assinatura

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 RODO, 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 N.R	Endereço: RUA SANCHÁ QUINOGA DE ALencar	Número: 985	Complemento: —	
Bairro: TO ROGENIO	Cidade: POMBAL	Estado: PARAIBA	CEP: 58.840-000	Tel.(DDD): (83) 999746322
E-mail: —				

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50
Amintas Dantas Wanderly junior
Assinatura

2º | Nome: MAYANA MONIQUE QUINOGA WANDERLY
CPF: 059.842.774-09
Mayana Monique Quinoga (Wanderly) -
Assinatura

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.

**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 CIRURGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO ÚMERO NO DIA 20/10/2017 COM USO DE PLACA DCP 3.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU 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 PRONACÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 35°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 10°, DOR E AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), BLOQUEIO ARTICULAR.

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

Sim Não

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

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°

DEFÍCIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU I

DIMINUIÇÃO DA SUPINAÇÃO EM 15°

DIMINUIÇÃO DA PRONACÃO 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de 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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio

75% intensa

100% completo

50% médio

75% intensa

100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio

75% intensa

100% completo

50% médio

75% intensa

100% completo

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

Tiago Martins Formiga

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

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

Carimbo com Nome e CRM

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, 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.

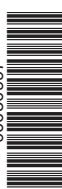
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 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

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, 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



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, 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: 00000005764-9

Nr. da Autenticação 879A013BAFD7189E

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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.970.134-06	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY		Telefone (56) 34311525
Enderço RUA TABEJAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA		Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL	UF PB

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS

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

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

NÚMERO DE QUOTAS

1

VALOR DA QUOTA

SALDO DEVEDOR DA QUOTA	
0,00	
3.334,23	

0,00

3.334,23

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet, nº
pelo Agente Receptor SERPRO
em 28/04/2016 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 SANCHÁ 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

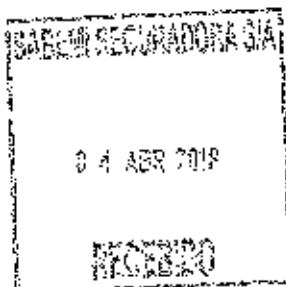
34 2000

**Assinatura do obtorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)**

Ass. Marc L. de Queiroga
Tabeliã Pùblica
CPF: 676.687.694-63



CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2.428.326	2. VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	01/07/2014	
NAME	JAMES RAMES WANDERLEY	
FILHO(DA)	JAMES RAMES WANDERLEY KILVÂNIA RAMOS WANDERLEY	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
POMBAL - PB	08/05/1980	
DOC. ORIGEM		
CRA/AM N. 10728 FLS. 248 LIV. B-28		
CARTÓRIO POMBAL - PB		
CNPJ		
032.376.134-08		
VALIDADE 10 ANOS		
LEIA Y. 118 DE 29/06/2014		

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

José Ribeiro

DA CLÍNICA 90
A CLÍNICA 100

ENFERMARIA 90
LEITO 21

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO
E NOMEAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMOS)

13/10/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

paciente tem queixas Cardiologicas
Nao Contra-indicado. Pode ser fez uso de
Beta 400 x 100 mg
EKG e Normal.
Risco Circulo = Baixo Risco

SABEM SEGURO DE SA
01 ABR 2018

REPROVADO

13/10/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
DE	LEITO	CONVENIO	GRADE	REGISTRO	
CRUZADA		CRUZADA			
ANESTESIA		ANESTESISTA			
ESTADUADEIRA		DIA	INÍCIO	FIN	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ sorco e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdio-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. Saia	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de P脉		Eletrodo desc.
	Neocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Fluonembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dormidit		Eter Sulfúrico
	Pontanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilostesin 2%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Esparradrapo
	Etidomidate		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
1	Pubicovaina 6,6%		PVPJ Viatura
	Dimor		Gasos
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hirtófilo
	Nar-13		Algodão Ortopédico
	Foralite		Cidex
	Sufentan		Vaseline Estéril
	Diazepam	1	Aguilhas descartáveis
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eforsit		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espanol 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tiliti		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amoxicilina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocone 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		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

9/28/04

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANEIRO CAFÉ

RELATÓRIO DE SURGÊNCIA

85% 0.00
Dame a Cargue 2015/2016

101845
101845

Діяльність
Діяльність

1981.08.20 10:00 AM (EST) 2000-08-20 10:00 AM (EST)

Diagnóstico Pre-Operatório

19320 19320

Highly Charged

6-1962a N.E. P.C.

4-28642
Bogotá 1968. P. M. Gómez-Baena 12 Dec.

Relatório Sustentado no Pará e o Brasil

.....

Exxon Radiologic and Atc

DIRETORIO DA CIRURGIA

Vie de l'Arbre - L'arbre à l'école - L'agriculture - L'économie - Natura - Mots-clés - Les projets - Nos amis

1. Blackburne, C. M. DECEMBER 26, 1919. AGE 57 yrs 9 mos.
2. Adrienne G. B. 1913 39 yrs 11 mos.
3. W. H. De Mille, Director. At 60 years 9 months.
4. Edgar L. Gwynne. 60 years 2 months.
5. W. H. Denny. 60 years 1 month.
6. Franklin. 35 years.
7. John.
8. George.



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



L.M. DO ORTÓPIO

Med. José Pedro

Endereço: AL. 07 S/LE.

CE 58010-000

12.10.12. 360000

Visitação: 01/07/2012

Dir. HOSP.

Assunto: Consulta

Assunto: Consulta

Assunto: Consulta

Assunto: Consulta

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.