

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2016

Carta nº: 9463887

A/C: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3160190045 ASL-0128282/16
Vitima: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA
Data Acidente: 07/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/09/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2017

Carta nº 10428593

a/c: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3160190045 ASL-0128282/16
Vitima: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA
Data Acidente: 07/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, José Gilmar Anderson de Souza Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.233.266 EXPEDIDO POR SSPIPB EM 10 / 03 / 2014 E
 CPF 112.413.391.41-7 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Gilmar Anderson de Souza Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento);
- comprovatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4946 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6034-9

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

Piciú - PB, 28 de fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

José Gilmar Anderson de Souza Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA

CAIXA Loterias

A Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 8101
OUVIDORIA 0800 725 7474

088-420362779-5

28/MAR/2016

HORA DE 10:13:30

LOT: 13.17590-0

TERR: 042185

LOCALIDADE: PICUI

AG. VINCULADA: 4916

CONTROLE: 797512538

DEPOSITO EM DINHEIRO

4916 013 00006634-0

JOSE GILVANDERSON S SILVA

VALOR

0,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

088-420362779-5

VIA DO CLIENTE

CAIXA

CAIXA Loterias

CAIXA Lot

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 JUL 2016
JEM REGULADORA

**C E R T I D ã O**Nº.Cont.: **064/2014**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º **02/2014**, nele encontrei as folhas de **N.º 064**, o **Registro n.º 064/2014**, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos **14** dias do mês de **Outubro** do ano de **2014**, Nesta cidade de **Picuí**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, presente a Autoridade Policial o (a) **Bel(ª). Dianni Regina de Barros Silva**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 17h.20min. compareceu: **GILVAN DOS SANTOS SILVA**, brasileiro, casado, pedreiro, natural de **Picuí/PB**, nascido aos 23/02/1969, filho(a) de **Francisca dos Santos Silva**, residente na rua **Silvino Oliveira de Souza**, n.º 249, Bairro **Pedro Salustino**, **Picuí /PB**, RG n.º 1551685-SSP-PB e CPF n.º 091.235.224-88; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 7 de Setembro de 2014, por volta das 12:h. e 10 min., encontrava-se em sua residência no Bairro Pedro Salustino, Picuí/PB, quando recebeu uma ligação do hospital Regional de Picuí informando que seu filho havia sofrido um acidente de moto. Que seu filho havia saído de moto pela manhã e por volta das 11:h. 30:m. ia conduzindo uma moto e ao chegar nas proximidades do Bairro Limeira um carro colidiu com a moto que seu filho JOSÉ GILVANDERSON DE SOUZA SILVA, RG N.º 4.231.266-ssp-pb, CPF n.º 124.359.144-74, ia conduzindo uma moto de marca Honda CG 125 Titan, placa KJA-3042-PE, chassi n.º 9C2JC250WVR101470, ano/modelo 1998, cor VERDE, licenciado em nome de Damião Borges de Oliveira; Que devido a colisão seu filho foi encaminhado pelo SAMU para o Hospital Regional de Picuí e em virtude do acidente automobilístico seu filho quebrou três dedos do pé esquerdo, conforme laudos apresentados na delegacia de polícia civil local; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.**

Picuí/PB, 14 de Outubro de 2014.Gilvan dos Santos Silva
COMUNICANTE:Juanice Aparecida Dantas de Azevedo
JUANICE APARECIDA DANTAS DE AZEVEDO

TESTEMUNHA 1 CPF n.º 088.789.074-13, Residente na rua José Tomas de Medeiros, n.º 90, Bairro Pedro Salustino, Picuí/PB

Edinaldo Angelo da Silva
EDINALDO ÂNGELO DA SILVA

TESTEMUNHA 2 CPF n.º 285.104.488-50, Residente na rua Nilson da Cunha Macedo, n.º S/n.º, Bairro Monte Santo, Picuí/PB.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Gervanderson de Souza Silva, portador da carteira de identidade nº 4.231.266 e inscrito no CPF/MF sob o nº 824.359.144-74, residente e domiciliado na Rua Sílvio Oliveira de Souza, Cidade Picuí, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

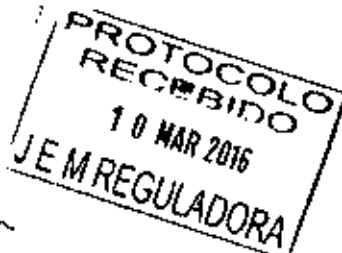
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Jose Gervanderson de Souza Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação.



Picuí - PB, 28 de Fevereiro de 2016

Local e data



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.famup.com.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.619.660/0001-21
BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192

Picuí/PB, 09 de Setembro de 2014.

DOCUMENTO 2 *T29*



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência **SAMU 192** Picuí/PB, realizou atendimento pré-hospitalar do **paciente JOSÉ GILVANDERSON DE SOUZA SILVA**, 17 anos, portador do RG 4.231.266, vítima de colisão moto/carro, ocorrido no dia 07 de Setembro de 2014, na rua: Juventino Henrique, Bairro: Limeira, Picuí/PB. Paciente encontrava-se consciente, orientado, apresentando corte contuso na região interdigital do pé esquerdo. Encaminhado ao Hospital Regional de Picuí/PB.

Gigliana da Silva Dantas
Coordenadora do SAMU
COZEPB 244.008

Gigliana
GIGLIANA DA SILVA DANTAS
Coordenadora SAMU PICUI/PB



ALTO DECCARATORIO

Rua: Galdini Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 - e-mail: pmpicui.sat.splena@uol.com.br



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Silvanilson de Souza Silva
 RG nº 4.233.266, data de expedição 10/03/2014, Órgão
SSP/PB, CPF nº 124.353.144-94, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	Rua Eulino Alencar de Souza
Número	249
Apto / Complemento	
Bairro	Padua Salustiano
Cidade	Picui
Estado	PB
CEP	58.187-000
Telefone de Contato	83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690
E-mail	nilotdantas@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picui - PB, 28 de Fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: José S. Silvanilson de Souza Silva



NORMELITA PEREIRA DE SOUZA SILVA
RUA SILVIO OLIVEIRA DE SOUZA, 249 - PEDRO SALUSTIANO
RICA / PB CEP: 58187000 (AO: 80)

energisa

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENCA MONOFÁSICO
Roteiro: 6 - 80 - 518 - 3370
Número do medidor: 00000589672

Referência: Jul/2014
Emissão: 17/07/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 03.725.740/0001-00
CNPJ: 03.725.740/0001-00 - Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000110817
Código para O.M.A. Atendimento: 0800801133

eletr. 0578.52de.5085 adto.4730.75at.7081-

5/501833-9

Jul/2014

17/07/2014

15/08/2014

3308971467

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 12/07/2014 PAGAS,
CERRADO!

Data	Letura	Data	Letura			
15/08/14	15878	17/07/14	15184	1	210	21
Descrição						
				Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh				30	0,10454	3,13
Consumo em kWh				70	0,17821	12,54
Consumo em kWh				118	0,26882	31,18
IMPOSTOS E ENCARGOS						
PIS						0,35
COFINS						1,63
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA						4,85
Juros de Mora 08/2014						0,26
Multa 08/2014						1,26
ICMS (Base de Cálculo R\$ 67,78) Alíquota 77,00%						25,05

Jun/14	183
Maio/14	216
Abr/14	212
Mar/14	225
Fev/14	207
Jan/14	210
Dez/13	199
Nov/13	175
Out/13	180
Sep/13	166
Ago/13	182
Jul/13	182

Média dos últimos meses
198 kWh

24/07/2014

R\$ 80,23

6/2014 - Pico

DIÁ MENSAL	8,50	0,00
DIÁ TRIMESTRAL	12,04	
DIÁ ANUAL	25,86	
PIQ. MENSAL	3,30	0,00
PIQ. TRIMESTRAL	8,80	
PIQ. ANUAL	13,20	
DMC	3,80	0,00
OCIS	12,22	

NOMINAL

220

CONTRATADA

201

LIMITE INFERIOR

221

LIMITE SUPERIOR

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	22,85	28,50
Contribuição de Energia	18,11	24,57
Encargos de Transmissão	1,40	1,74
Encargos de Distribuição	2,75	3,43
Impostos, Diver. e Encargos	23,28	41,01
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,23	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Res. 5/2014) R\$ 28,63

PROTOCOLO
RECEBIDO
10 MAR 2016
IEM REGULADORA

000295

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe, In-Sete Passos - PE. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

01742179.9

DEBENTE
NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
ENDEREÇO

RUA ROLDÃO Z DE MACEDO, 145

BAIRRO
JK
RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO ÁGUA

CÓDIGO

PÍGUL
SITUAÇÃO ELETRO

CNPJ

58.187-000

CLASSIFICAÇÃO DE ECONOMIAS
RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

17421799

LIGADA

POTENCIAL

1

LITURA ATUAL
LITURA ANTERIOR
CONSUMO DO MÊS (m³)
DATA DA LITURA
DIAS DE CONSUMO
CONDIÇÃO DA LITURA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO
ANORMALIDADE DA LITURA
ANORMALIDADE DE CONSUMO
DATA DA PRÓXIMA LITURA

351

351

10

23/11/2015

24

REALIZADA

REAL

11/12/2015

VALORES

VALOR MÊS

23/11/2015

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

R\$ 26,93

TOTAL A PAGAR:

26,93

Dez/2015

30/12/2015

PARA SUA CONVENIÊNCIA, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO.

*** Conta em Débito Automático a ser debitada no dia do vencimento

Banco BANCO DO BRASIL S/A

Agência: 2441

P-295

DEBENTE
NÍLO TRIGUEIRO DANTAS

CNPJ 09.123.654/0001-87

TOTAL
A PAGAR

26,93

Dez/2015

01742179.9

30/12/2015

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 JUL 2016
JEM REGULADORA

DOCUMENTO 1 17106

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº 2.669.825 2ª via, expedido por SSP/PB, em 04/09/2001, CPF/CNPJ nº 047.951.774-65, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

por Gilvanderison de Souza Silva
do sinistro de DPVAT da natureza 2 modulos
da vítima por Gilvanderison de Souza Silva

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

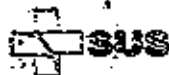
Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65

PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNEB

275

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jose R. Anderson de Souza Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

74181

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1604608255020000

6 - DATA DE NASCIMENTO

23/12/196

7 - SEXO

Masculino

1

Feminino

3

8 - RAÇA/COR

Parda

9 - NOME DA MÃE

Wolamirha Pereira de Souza

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Wolamirha Pereira de Souza

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua: Juliana de Oliveira Souza

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

15 - CDD EXE MUNICÍPIO

251140

16 - UF

PB

17 - CEP

55187-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor no abdômen no lado direito

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor no abdômen no lado direito

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Dor no abdômen no lado direito

21 - DIAGNÓSTICO REAL

Dor no abdômen no lado direito

22 - CID 10 PRIMÁRIA

Dor no abdômen no lado direito

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INVESTIGAR

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROTOCOLO
RECEBIDO
10 MAR 2016
SEM REGULADOR

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

CNS

CPF

30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS PRESENTES OU VIOLENCIAS

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CDD DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CDD DA EMPRESA

41 - CDD DA EMPRESA

42 - CDD

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRÁFICO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREENDEDOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDD DO PROFISSIONAL

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

() CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

Hospital Regional de Picui
Atesto conforme o original.Picui, 08/09/2014
Arquivo MédicoLima de Melo
Administrativo



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jose P. Benedito da Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

71151

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

16086072-450200012

6 - DATA DE NASCIMENTO

23/12/1966

7 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

8 - RAÇA/COR

Branco

9 - NOME DA MÃE

Walmirley da Silva da Silva

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Jose P. Benedito da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

Rua: Francisco de Assis - São

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picuí

15 - CDS. EXCE. MUNICÍPIO

021190

16 - UF

PE

17 - CEP

55101-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ampliação da próstata

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ampliação da próstata

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ampliação da próstata

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ampliação da próstata

22 - CID 10 PRINCIPAL

N60.0

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INVESTIGAR

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DOCUMENTO (CNPES) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARREGO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BOLETE

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CDE DA EMPRESA

42 - CDE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESALINHADO

() APOSENTADO

() NÃO DECLARADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDS. EXCE. EXERCÍCIO

46 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Hospital Regional de Picuí

Atesto conforme o original.

Picuí, 08/09/2014.

Arquivo Médico e Administrativo

47 - Nº DOCUMENTO (CNPES) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARREGO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ - FELIPE TIAGO GOMES
CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS
CADASTRO DO PACIENTE INTERNO

Nº do Registro: 1.18 Nome do Paciente: Jose A. Maranhão & esposa
Data de Nascimento: 3/12/96 Sexo: M () F (x) Nº do Cartão do SUS: 1664608-75048000
Data da internação: 07/09/13 Origem do Paciente: Instituição de Saúde () Comunidade (x)

JUSTIFICATIVA

Diagnóstico da Internação: _____ Fatores de Risco: _____
Início: / / Término: / /

ANTIMICROBIANOS

Antibióticos	Início	2. dia	3. Dia	4. Dia	5. Dia	6. Dia	7. Dia	Suspensão
Ampicilina 1g								
Benzilpenicilina								
Cloranfenicol 1g								
Cefalotina 1g								
Ceftriaxona 1g								
Ciprofloxacino 400mg EV								
Gentamicina 40 mg IM/EV								
Gentamicina 80 mg IM/EV								
Lincomicina 600 mg IM/EV								
Levofloxacino 500 mg								
Metronidazol 500mg EV								
Oxacilina 500 mg								

CONTROLE DIÁRIO (FARMÁCIA)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) Termo de Cooperação 37/2006-
OPAS/OMS e Portaria 2616/1996 do (MS) Ministério da Saúde/Brasil.

Médico Prescritor



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL REGIONAL DE PÍCUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 18 - Monte Carlo
CEP: 58.157-000 - Tel: (83) 3371-2554/2590
Pícul - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-00

Nº AIH

Nº do Ordem

Nº de Reg. 71.181

Nº de Docum. 42.31266

FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Nome: José Guilherme de Souza Silva		
Data do Nasc. 23/12/96	Sexo: Masc. ☐ Femin. ☐	
Idade: 17	Fone:	
Endereço: R. Silvino de Oliveira Souza		
Bairro: Centro	Cidade: Pícul	
Profissão: Viganteiro		
Entrada: 07/05/13	Alta: / /	Óbito: / /
Estado Civil: Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Outros ☐		
Pai:		
Mãe: Wanielita Pereira de Souza		
Responsável: Wanielita Pereira de Souza		
Médico Assistente:		
Diag. Definitivo:		
Tratamento:		



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58.187-000 Fone: (83) 3371-2554 / 2590
Picuí PB - CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nº AIN _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 31.181

Nº do Docum. 4231266

ARQUIVO MÉDICO

Nome: José Gulanderson de Souza Silva

Responsável: Marmelita Pereira de Souza

Pai: _____

Mãe: Marmelita Pereira de Souza

Prof: Insperulho Data Nasc.: 23.12.96 Idade: 17

Endereço: Rua: Silvino de Oliveira Gomes Nº 229

Bairro: Antas Cidade: Picuí Est. Civil: _____

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em 07/09/14 Alta em _____

Óbito em _____

Arquivista _____

Médico Assistente _____

CRM 4303
DESP 455



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
Hospital Regional de Picuí Felipe Tiago

TERMOS DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado Leandro de Souza Silva
Pessoa responsável pelo doente Uso Armelino Pereira de Sousa
Dá plena autorização aos médicos do Hospital Regional de Picuí que o
Assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, 07 de Setembro de 2019

Armelino Pereira de Sousa
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:
.....

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, de de

.....
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:
.....

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, de de

.....
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:
.....

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Reconhece que o mesmo está em condições de acordo e declara pelo presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução da alta médica hospitalar.

.....
Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:
.....



Hospital Regional de Foz "Fidel Castro GARCIA"

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: José A. Lundström IDADE: 17
SERVIÇO: _____ ENF.: _____ LETO: _____

[illegible]



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pícora "Felipe Tago Gomes"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: João B. Wanderlândia de Sousa Silva IDADE: 17

SERVIÇO: Neurologia ENF.: 267 LETTO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
09.14	14:40h	Boa noite submetida a este setor. Chegada de novo, do setor de anestesia, para fazer o bloqueio do cateter e a retirada do cateter de Pícora. Uma clamping e medicação. Segue as condutas de enfermagem. PA = 140 x 50 mmHg.	Maria da Glória G. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.871
	14:00h	Boa noite submetida a este setor. Chegada de novo, do setor de anestesia, para fazer o bloqueio do cateter e a retirada do cateter de Pícora. Uma clamping e medicação. Segue as condutas de enfermagem. PA = 130 x 50 mmHg.	Maria da Glória G. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.871
09.14	5:00h	Boa noite submetida a este setor. Chegada de novo, do setor de anestesia, para fazer o bloqueio do cateter e a retirada do cateter de Pícora. Uma clamping e medicação. Segue as condutas de enfermagem. PA = 140 x 50 mmHg. (Aos exames) do cérebro. Submetido a este setor.	Maria da Glória G. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.871 Francisca da Silva M. Cabral Téc. de Enfermagem



GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI - FELIPE TIAGO GOMES
CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS CADASTRO DO PACIENTE INTERNO

Nº do Registro: 41.181 Nome do Paciente: João Carlos de Jesus
Data de Nascimento: 3/11/91 Sexo: M ☒ F ☐ Nº do Cartão do SUS: 46260815040000
Data da internação: 01/09/19 Origem do Paciente: Instituição de Saúde () Comunidade ☒ (x)

JUSTIFICATIVA

Diagnóstico da Internação: _____ Fatores de Risco: _____
Início: / / Término: / /

ANTIMICROBIANOS

Antibióticos	Início	2. dia	3. Dia	4. Dia	5. Dia	6. Dia	7. Dia	Suspensão
Ampicilina 1g								
Benzilpenicilina								
Cloranfenicol 1g								
Cefalotina 1g								
Ceftriaxona 1g								
Ciprofloxacino 400mg EV								
Gentamicina 40 mg IM/EV								
Gentamicina 80 mg IM/EV								
Lincomicina 600 mg IM/EV								
Levofloxacino 500 mg								
Metronidazol 500mg EV								
Oxacilina 500 mg								

CONTROLE DIÁRIO (FARMÁCIA)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) Termo de Cooperação 37/2006-
OPAS/OMS e Portaria 2616/1996 do (MS) Ministério da Saúde/Brasil.

Médico Prescritor

Sector da Farmácia



GOVERNO
DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pícar "Felipe Tiago Gomes"



SUS

Sistema Único de Saúde

EVOLUÇÃO

Nome: Jose Ailenciano de Souza Silva Idade: 17 Reg: 71.181

Serviço: Imunologia Diagnóstico: Local: 2901

Data	Evolução
	RECER DA OROFARINGE
	<i>[Signature]</i>
	Profundidade de antígeno
08/09/19	- 4º e 5º MTT E
	- FRAT. 2º PDE.
	Cd: Imunoflexões + Linfocitos
	Alta
	<i>[Signature]</i>
	Dr. Carlos Cássio Filho CRM-PA 6968, RPT 13125

2.669.825.2* Via 06.09.2001
 NÍLO TRIGUEIRO DANTAS.
 Salve Arnaldo Dantas.
 Marii Lucia Trigueiro Dantas.
 João Pessoa, PB 09.06.1981
 Cart. Merc. N° 28.412.71a.195. Liv. A. 27
 3* Cart. João Pessoa, PB
 047.953.774.65
 Dta. Maria *[Signature]*
 CORRETORETO

ESTADO DO PARANÁ
 NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
 NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
Nílo Trigueiro Dantas

DOCUMENTO 3 'T396'
 13220
 CREDENCIAMENTO DO ABOGADO
 CONDIÇÃO REGULAR DE EXERCÍCIO
 NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
 PLACA
 N (VIA ARNALDO DANTAS)
 MARI LUCIA TRIGUEIRO DANTAS
 CATEGORIA
 C-10 PESSOAL
 2859222 - 65709
 047 95 774-65
[Signature]

05461822
 NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
 NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
 047 95 774-65
 NÍLO TRIGUEIRO DANTAS

PROCURADOR.

PROTOCOLADO
 RECEBIDO
 12 JUL 2016
 IEM REGULADORA

 SEGURADORA LÍDER		86890000002-3 92010924860-2 80006925076-7 55902111517-8			
ÓRGÃO RECEBEDOR SEGURADORA LÍDER		CÓDIGO CORRETOR SUSEP		PARCELA ÚNICA	VENCIMENTO 05/03/2015
PLACA KJA3042	RENAVAM 692507655	CHASSI 9C2JC250WWR101470	TRANSMISSÃO 11/07/2016	CÓDIGO SEGURO 9	AGÊNCIA/CÓDIGO 0000 / 0000000000
PROPRIETÁRIO 00898273412 DAMIAO BORGES DE OLIVEIRA					NOSSO NÚMERO 000692507655902111517
DISCRIMINAÇÃO DOS DÉBITOS SEGURO OBRIGATORIO 2015 292,01					PRÊMIO LÍQUIDO 290,90
					ISO(%) 1,11
					PRÊMIO TOTAL 292,01
					MORA MULTA 0,00
					OUTROS ACRÉSCIMOS 0,00
					VALOR COBRADO 292,01
OBSERVAÇÕES PAGÁVEL NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRICAS (COMPENSAÇÃO ONLINE PARA TODOS OS DÉBITOS); BRADESCO e SANTÁNDER (ONLINE, *EXCETO DPVAT); ITAÚ (ONLINE, *EXCETO DPVAT E IPVA). *TRÊS DIAS ÚTEIS SR. CAIXA, NÃO RECEBER VALORES PARCIAIS E NEM APÓS 31/07/2016					
ATENÇÃO: As coberturas, documentos necessários para o pedido de indenização e outras informações importantes a respeito do Seguro Obrigatório DPVAT podem ser consultadas no Certificado de Licenciamento Anual - CLA (antigo CRLV) - Lei Estadual nº 14.346 / 2011.					
INTERNET					USUÁRIO

DOCUMENTO 6 *T6%



 SEGURO OBRIGATÓRIO		86890000002-3 92010924860-2 80006925076-7 55902111517-8			
ÓRGÃO RECEBEDOR SEGURADORA LÍDER		CÓDIGO CORRETOR SUSEP		PARCELA ÚNICA	VENCIMENTO 05/03/2015
PLACA KJA3042	RENAVAM 692507655	CHASSI 9C2JC250WWR101470	TRANSMISSÃO 11/07/2016	CÓDIGO SEGURO 9	AGÊNCIA/CÓDIGO 0000 / 0000000000
PROPRIETÁRIO 00898273412 DAMIAO BORGES DE OLIVEIRA					NOSSO NÚMERO 000692507655902111517
DISCRIMINAÇÃO DOS DÉBITOS SEGURO OBRIGATORIO 2015 292,01					PRÊMIO LÍQUIDO 290,90
					ISO(%) 1,11
					PRÊMIO TOTAL 292,01
					MORA MULTA 0,00
					OUTROS ACRÉSCIMOS 0,00
					VALOR COBRADO 292,01
OBSERVAÇÕES PAGÁVEL NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRICAS (COMPENSAÇÃO ONLINE PARA TODOS OS DÉBITOS); BRADESCO e SANTÁNDER (ONLINE, *EXCETO DPVAT); ITAÚ (ONLINE, *EXCETO DPVAT E IPVA). *TRÊS DIAS ÚTEIS SR. CAIXA, NÃO RECEBER VALORES PARCIAIS E NEM APÓS 31/07/2016					
ATENÇÃO: As coberturas, documentos necessários para o pedido de indenização e outras informações importantes a respeito do Seguro Obrigatório DPVAT podem ser consultadas no Certificado de Licenciamento Anual - CLA (antigo CRLV) - Lei Estadual nº 14.346 / 2011.					
INTERNET					USUÁRIO





DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSAGEIRO DE VEICULO

Eu, JOSE GILVANDERSON DE SOUSA SILVA, RG: 4.231.266, CPF: 124-359-144-74, residente e domiciliado na RUA SILVINO OLIVEIRA DE SOUSA, Cidade de PICUI, no Estado do PB

venho por meio deste, informar que sofri um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo informar tendo em vista que o mesmo esta em local incerto, razão pela qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados de veículo conduzido por mim.

Nome do proprietário: DAMIÃO BORGES DE OLIVEIRA

Ano: 1998

Placa: KJA-3042-PE

Chassi: 9C2E2S0WWR301470

Data do acidente: 07/09/2014



Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local/Data Picui - PB, 23 de MARÇO de 2016



Assinatura



**PROCURAÇÃO**

Outorgante: JOSÉ GILVANDERSON DE SOUSA SILVA
 brasileiro(a), SOLTEIRO, ESTUDANTE,
 portador(a) do RG nº 4.233-266 expedido por SSP/PB em
10/03/2014 e do CPF nº 324.359-344-94, residente na (o):
RUA: SILVINO OLIVEIRA DE SOUSA Nº 249
município de Picuí - PB, CEP 58.587-000

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a
 OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.689.825
 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão
 Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.:
 (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderei: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
 meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes
 para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO
 DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 23 de março de 2016



José Gilvanderison de Souza Silva
 outorgante

