

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180508138

Vitima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508138**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13539118



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: RAUL ALMEIDA DE SOUZA
Nº Sinistro: 3180508138
Vítima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA
Data do Acidente: 17/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180508138**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180508138

Vítima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAUL ALMEIDA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA** CPF: **101.696.084-09**
Profissão: **CONTADOR** Endereço: **RUA CALIXTO FERNANDES SOUSA** Número: **1387** Complemento: _____
Bairro: **LOTEAMENTO SÃO PAULO** Cidade: **CATOLE DO ROCHA** Estado: **PB** CEP: **58884-000**
E-mail: **JOSEOLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM** Tel. (DDD): **(83) 99660-2901**

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

DADOS CADASTRAIS

RENTA MENSAL:
☒ RECURSO 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: **585** **1** CONTA: **32188** **5**
(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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: _____ Vítima deixou nusaturu (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 provierem 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: **Catole do Rocha, PB, 26/10/2018**
Nome: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**
CPF: **101.696.084-09**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Raul Almeida de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 972/2018

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 17/09/2017 hora: 07h40min

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

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Bel. Alarico Lopes da Rocha**

Vítima: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**, alcunha *****, Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: FRUTUOSO GOMES/RN, idade: 24 anos,
nascido em 25/04/1994, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado,
Profissão: DIGITADOR, Escolaridade: superior, documento: RG
003.004.322 SSP/RN CPF 101.696.084-09, filiação: UBIRANI RAFAEL DE
SOUZA e de MARIA RITA DE ALMEIDA, endereço: Rua CALIXTO FERNANDES
SOUSA 1387, Bairro LOTEAMENTO SÃO PAULO, CATOLE DO ROCHA/PB ,
referência: ***** Tel/Cel: (83) 9.***;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora
supracitadas a vítima estava na garupa da motocicleta HONDA BIZ
125 ES ANO 2011/2012, cor VERMELHA, Placa MOQ-0541/PB, CHASSI
9C2JC4820CR283023, registrada em nome de NEY ROBSON CAVALCANTE DE
SOUZA e conduzida pelo mesmo, na PB 325 proximo ao Sitio Cumbi,
município de Catole do Rocha/PB, quando a motocicleta foi fechada
por um veículo não identificado que vinha no mesmo sentido e
fazendo a ultrapassagem; causando o acidente; QUE a vítima foi
socorrida por terceiros e encaminhado ao hospital regional de
Catolé do Rocha/PB, onde foi constatada fratura de tórax e
cravícula esquerda; Segundo prontuario medico. Nada mais a
consignar.

Catolé do Rocha , 24 de Outubro de 2018. Às 15:00 horas.

Raul Almeida de Souza

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Madson Leite - EPC-AD-HOC

Natricula: 182.541-1

COLAGEM ELETIVA

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 972/2018

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 17/09/2017 hora: 07h40min

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

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Bel. Alarico Lopes da Rocha**

Vítima: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**, alcunha *****, Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: FRUTUOSO GOMES/RN, idade: 24 anos,
nascido em 25/04/1994, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado,
Profissão: DIGITADOR, Escolaridade: superior, documento: RG
003.004.322 SSP/RN CPF 101.696.084-09, filiação: UBIRANI RAFAEL DE
SOUZA e de MARIA RITA DE ALMEIDA, endereço: Rua CALIXTO FERNANDES
SOUSA 1387, Bairro LOTEAMENTO SÃO PAULO, CATOLE DO ROCHA/PB ,
referência: ***** Tel/Cel: (83) 9.***;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora
supracitadas a vítima estava na garupa da motocicleta HONDA BIZ
125 ES ANO 2011/2012, cor VERMELHA, Placa MOQ-0541/PB, CHASSI
9C2JC4820CR283023, registrada em nome de NEY ROBSON CAVALCANTE DE
SOUSA e conduzida pelo mesmo, na PB 325 proximo ao Sitio Cumbi,
município de Catole do Rocha/PB, quando a motocicleta foi fechada
por um veículo não identificado que vinha no mesmo sentido e
fazendo a ultrapassagem; causando o acidente; QUE a vítima foi
socorrida por terceiros e encaminhado ao hospital regional de
Catolé do Rocha/PB, onde foi constatada fratura de tórax e
cravícula esquerda; Segundo prontuario medico. Nada mais a
consignar.

Catolé do Rocha , 24 de Outubro de 2018. Às 15:00 horas.

Raul Almeida de Souza

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Madson Leite - EPC-AD-HOC

Natricula: 182.541-1

COLAGEM ELETIVA

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018

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: _____

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

Nome completo: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA** CPF: **101.696.084-09**
Profissão: **CONTADOR** Endereço: **RUA CALIXTO FERNANDES SOUSA** Número: **1397** Complemento: _____
Bairro: **LOTEAMENTO SÃO PAULO** Cidade: **CATOLE DO ROCHA** Estado: **PB** CEP: **58884-000**
E-mail: **JOSEOLIVEIRA.ADV36907@GMAIL.COM** Tel.(DDD): **(83)99660-2901**

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

RECEITA MENSAL:
☒ RECURSO 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: **585** **1** CONTA: **32188** **5**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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: **Catole do Rocha, PB, 26/10/2018**
Nome: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**
CPF: **101.696.084-09**

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Raul Almeida de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

202

Figure 5.00: Coarse Deformation

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

$$\begin{aligned} \text{Dens} &= \frac{1}{V} = \frac{1}{\frac{4}{3}\pi R^3} \\ \text{Dens} &= \frac{1}{\frac{4}{3}\pi R^3} = \frac{3}{4\pi R^3} \end{aligned}$$

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

CID-10

☐ INTERNACIÃO

OUTPROS

SERVIÇOS REALIZADOS, CÓDIGO / PROCEDIMENTO

[illegible]

Aus des Profispielerkreises, der in der Karibik

CAMILLO BRUNO ALVES RAMALHO 533-PB - 706-0006-2018-6827

ABS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

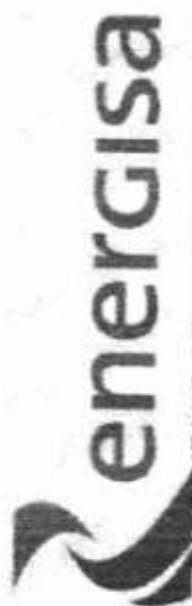
Poligar District

ASS. REVISOR/TÉCNICO *[assinatura]* carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - 24/06/2015

RAUL ALMEIDA DE SOUZA
RUA CALIXTO FERNANDES SOUSA 1387 - LOT SAO PAULO
CEP 58884000 - CATOLE DO ROCHA / PB (AG: 245)

Clis/Sbc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro: 02-0245-130-206 Referência: SET/2018
Medidor: 00008774895 Emissão: 04/09/2018



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
5 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 012.084.598
Código para Débito Automático: 00017663287

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

Conta referente a

SET/2018

Apresentação

05/09/2018

Data prevista da
próxima leitura

05/10/2018

CPF/ CNPJ/ RANI

10169608409

Insc. Est.

Uc (Unidade Consumidora): 5/1766328-7

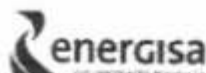
29 OUT. 2018

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documented user value focus

Documenti n. 1 e 2 disponibili da conto.

Enviado para análise separadamente de toda documentação de interesse público. Nº 014.888.907



Endereço postal: INSTITUTO DE DEFESA DO
 Av. 230, Km 20 - Orla Marítima - João Pessoa / PB - CEP 55071-400
 CNPJ 06.996.163/0001-40 Ins. Est. 15.615.923-6

BACON BIO-LIFE NTE

RODOLFO VIEIRA DE FREITAS

FLIA JOSEFA OLINDA DA CONCEIÇÃO SR

RACHO DICE CAVALDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713076-6

宇治市立宇治南小学校 (A)

OUT/2018

APRESENTACIÓN

24/10/2018

CONSUMERS

6

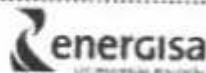
USAF INFLUENCE

31/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 36,91

Access: www.energila.com.br

[illegible]

REGINALDO VIEIRA DE FREITAS

Registro: 14-268-202-5645

E361000000-4 38810054000-3 17130782018-8 10000248019-8

VINCIMENTO

21. *Wagdy*

TOTAL A PAGAR

2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684, 2685, 2686, 2687, 26

NATE-COLA

STUDIOS, 2006, 2008



07 NOV. 2018

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/BIBLIOTECASWEB/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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.494.194 / 94 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RAUL ALMEIDA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.696.084 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RAUL ALMEIDA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.696.084 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA JOSEFA OLINDINA DA CONCEIÇÃO		S/N	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JOSE AMÉRICO	RIACHO DOS CAVALOS	PARAÍBA	58870-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)
JOSEOLIVEIRA.AVOGADO@GMAIL.COM	(83) 99696-4240		(83) 99660-2901

RIACHO DOS CAVALOS/PB, 26 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Jose Bruno Queiroga de Oliveira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu NEY ROSSON CAVALCANTE DE SOUSA
 RG nº 1.402.461, data de expedição 28/07/88, Órgão SSRPB
 portador do CPF nº 646.504.304-10, com Domicílio na cidade
 de LATAJÁ DE NOGUEIRA, no Estado de PB, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) MACAN CAVALCANTE
 nº 350, complemento NILVA LIMA S, declaro, sob as penas da
 Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
 acidente ocorrido com a vítima Raul Almeida de Souza
 cujo o condutor era Allexandro Bezerra da Cruz

Veículo..... Moto
 Ano..... 2011
 Modelo..... 2012 - Honda Biz 125 ES
 Placa..... MOA0541/PB
 Chassi..... 9C2JC4820CR283023
 Data do acidente: 17/09/2017
 Local e data..... Cidade de Rato - PB 19/10/2017

Cartório Notarial de Latajá
 Latajá
 Carlos Marques Bezerra
 - ESCRIVÃO
 Cante do Latajá-PB

x NEY ROSSON CAVALCANTE DE SOUSA
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

x Allexandro Bezerra da Cruz
 Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

NECONHECO (ou) Falsidade
NEY ROSSON
CAVALCANTE DE SOUSA
PA AUTENTICAÇÃO
 C. do Rato - 19 de 10 de 2017
 Esc. Not. Cartório
ALLEXANDRO BEZERRA DA CRUZ
 1 Coluna Notarial de Latajá - Têxtil
 (X) Carlos Marques Bezerra - Escrivão

OFÍCIO NOTARIAL
 1º OFÍCIO
 de Allexandro Bezerra da Cruz
 de 19 de 10 de 2017
 19 10 2017
 Escrivão Cartório
 de Allexandro Bezerra da Cruz

 GOVERNO DA PARAIBA <i>viva o trabalho</i>	ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
---	--	---

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **RAUL ALMEIDA DE SOUSA**, RG 003.004.322 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua: Projetada - Loteamento São Paulo - Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Camilo Bruno Ramalho- CRM/9933, no dia 17 de Setembro de 2017. Deu entrada na Urgência e Emergência vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida foi encaminhado para o Hospital de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. de Monteiro
 Diretora Geral - HCR
 Mat. 18.124-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

29 OUT. 2018

Catolé do Rocha - PB, 27 de Setembro de 2017.



ESTADO DA PARAÍBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLE DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO
DA PARAÍBA

viva
o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.269/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 348 - BATALHO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Mãe: MARIA RITA DE ALMEIDA

Nascimento: 25/04/1994 Idade: 23 Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão:

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro: L SAO PAULO

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58864-000 - 2504306

Num:
Fone: (83)99943-4795

CNS: Identidade:

CPF: Reg. Nasc:

Data / Hora: 17/08/2017 08:00:51 Recepcionista: JACQUIRA DE O LIMA

Ficha Número: 2422

2021

PESO: PA: TEMP: 2021

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

051202
Tratado com 01 Loox 328 +
Doravim 4x 60 + Plg 60
05 - Salicilato 500 - (60) 17084

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Dor no local de trabalho + fratura clavicular

MEDICACÃO

1. PRESCRITA
2. APLICADA
OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL
RESIDÊNCIA
OSITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais de Saúde

Ass. dos Profissionais de Saúde

CAMILLO BRUNO ALVES RAMALHO - 708-0008-2018-6821

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

CGO

Posteig. Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

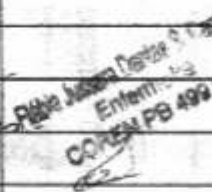
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

29 OUT. 2018

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
12/09/17	08.30	Paciente admitido com náusea, frequência cardíaca, irritação da pele de mato, apresentando presença de tórax e claudicação. Siga em observação as unidades de saúde de classe média e aguardando transferência.	 Rêgina Juliana Costa Enfermeira COREN PB 499 257
12/09/17	11.00	Paciente transferido para o Reparto de Partos, acompanhado pelo enfermeiro Antônio, segue com encefalopatia.	28315

SINAIS VITAIS

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

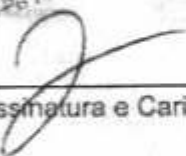


ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Ron Almeida de Sousa portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 13:00 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90
(noventa) dias, a partir desta data.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1217

Patos-PB, 07/08/17


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.265/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

29 OUT. 2018



PREVIDENCIA SOCIAL
Instituto Nacional do Seguro Social

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade
Laudo Médico Pericial

Página 1 de 1

03/04/2019 07:11:03

Requerente: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Sexo: Masculino

Nasc.: 25/04/1994

NB: 620.354.521-3

Est. Civil:

RG.: 00000004368

Emissão.:

Nº Requer.: 183234772

Data Exame: 13/12/2017

Ocupação:

Ordem: 2.00

Benefício:

AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

Início da Doença: 17/09/2017

História:

CONTADOR, EMPREGADO, REFERE QUEDA DE MOTO EM 17/09/2017 COM FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. TRAZ ATMD E DR JOÃO SUASSUNA CRM 7417. EM 17/09/2017, REFERE DOR LOCAL, NÃO TRAZ RX. USA OITO GESSADO. PP EM 13/12/2017 REFERE DORES LOCAIS. TRAZ MESMO ATM ANTERIOR. SEM MEDICAÇÃO ATUAL.

Início da Incapacidade: 17/09/2017

CID: S420

Fratura da clavícula

Considerações:

APTO AO TRABALHO .BOA CONVALESCENÇA DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. MANTENHO DCB ANTERIOR.

Exame Físico:

BEG, LOTE, A FEBRIL, BOA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, FORÇA MUSCULAR PRESERVADA. ACV NORMAL.

04 ABR. 2019

Ac. do Trabalho: NÃO **Encam. à Reab. Profissional:** NÃO

Espécie de Nexo:

Isenção de Carência: NÃO

Auxílio Acidente: NÃO **Sug. de Apos. por Invalidez:** NÃO

Vistoria Técnica:

Resultado: Não existe incapacidade laborativa.

 GOVERNO DA PARAIBA <i>viva o trabalho</i>	ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 H C HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
---	--	---

Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **RAUL ALMEIDA DE SOUSA, RG 003.004.322 SSP/RN**, residente e domiciliado na Rua: Projetada - Loteamento São Paulo - Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Camilo Bruno Ramalho- CRM/9933, no dia 17 de Setembro de 2017. Deu entrada na Urgência e Emergência vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida foi encaminhado para o Hospital de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. de Monteiro
 Diretora Geral - HCRP
 Mat. 18124-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

29 OUT. 2018

Catolé do Rocha - PB, 27 de Setembro de 2017.



ESTADO DA PARAÍBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLE DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO
DA PARAÍBA

viva
o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.269/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 348 - BATALHO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Mãe: MARIA RITA DE ALMEIDA

Nascimento: 25/04/1994 Idade: 23 Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão:

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro: L SAO PAULO

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58864-000 - 2504306

Num:
Fone: (83)99943-4795

CNS: Identidade:

CPF: Reg. Nasc:

Data / Hora: 17/08/2017 08:00:51 Recepcionista: JACQUIRA DE O LIMA

Ficha Número: 2422

2021

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

051202

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Traqueal 100ml 0.1 100ml 32.8g +
Doravon 4g 60 + Flut +
0.5 Saline 500ml 500ml 1.0g

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Doença cardiovascular - fibrilação ventricular

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

OSITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2.										
3.										

Ass. dos Profissionais de Saúde

Medicador: Camilo Bruno Alves Ramalho

CAMILLO BRUNO ALVES RAMALHO - 708-0008-2016-6821

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

CGO

Posteig. Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

29 OUT. 2018

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
17/09/17	08:30	Paciente admitido com sinais, ferimento no dorso, vítima de acidente de moto, apre- sentando presença de tórax e clavícula (C) Siga em observação em unidades da equi- pe de observação médica e aguardando trans- ferência.	Patricia Juliana Costa Enfermeira COREN PB 499 25
21/09/17	11:00	Paciente transferido para o Repositório de Fatores, acom- panhado pelo enfermeiro Caldicouri, segue com evoluções -	28315

SINAIS VITAIS

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

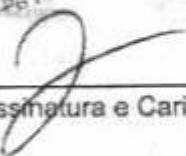


ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Ron Almeida de Sousa portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 13:00 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90
(noventa) dias, a partir desta data.

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1217

Patos-PB, 07/08/17


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.265/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

29 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DREITO

Raul Almeida de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

101.696.084-09

Nome

RAUL ALMEIDA DE SOUZA

Nascimento

25/04/1994

29 OUT. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

003.004.322

DATA DE
EXPEDIÇÃO 09/11/2007

NOME

RAUL ALMEIDA DE SOUZA

FILIAÇÃO

UBIRANI RAFAEL DE SOUZA
MARIA RITA DE ALMEIDA

NATURALIDADE

FRUTUOSO GOMES RN

DATA DO NASCIMENTO

25/04/1994

DOC. CÍVIL

CERT. DE NASCIMENTO L-A-7 F-137 RG-4368

FRUTUOSO GOMES RN-UNICO CARTORIO

CNPJ

1a. VIA

MAIORE DE IDADE
DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

29 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RJ
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012030722536
0042096608-0 00/00000000 201

NEY ROEBSON CAVALCANTE DE SOUSA

64650430410 MO00541/PB

NOVO PB 902J04820CR287073

PAS/MOTONETA/NAO APIC. ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 ES 2014 2012

2 F/124 /CI PARTIC VERMELHA

00/00/0000 00/00/0000

SEGURO F A G 002/09/2015

A.F. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

00/00/0000 00/00/0000

CATOLE DO ROCHA - PB

07/10/2015 16778

SEGURO OBRIGATORIO OIL DAWOS PERSONAS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CU POR SUA CAPAC. A PRESS. AD. TRANSFERIR PARA O UNICO SEGURO OBRIG.

PB Nº 012030722536 BILHETE DE SEGURO OBRIG.

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO OBRIG. PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDOES GERAIS DE COBERTURA

www.detrans.gub.rj.gov.br SAC OBRIG 0800 682 1304

64650430410 MO00541/PB

00420966080 HONDA/BIZ 125 ES

2011 9 902J04820CR285023

PREMIO TARIFARIO

SEGURO F A G

00/00/0000 00/00/0000

22/07/2015

SEGURO F A G

00/00/0000 00/00/0000

16748-0834432-20151007



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RAUL ALMEIDA DE SOUZA, brasileiro, casado, profissão contador, inscrito no CPF sob o nº 101.696.084-09, RG nº 003.004.322 SSP/RN, endereço eletrônico raulalmeida6@gmail.com, residente e domiciliado na Rua Calixto Fernandes Sousa, nº 1.387, Bairro Loteamento São Paulo, na cidade de Catolé do Rocha, CEP.: 58.884-000.

OUTORGADO: DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 18.817, com escritório profissional na Rua Josefa Olindina da Conceição, s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos/PB, CEP 58870-000.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Riacho dos Cavalos, PB 10 de Outubro de 2018.


RAUL ALMEIDA DE SOUZA

RAUL ALMEIDA DE SOUZA
Outorgante

RECONHEÇO a(s) firma(s) Rita de Raul
Chamada de Raul para qu-
teridade X X X X X X X X

Em test. l. João do ordade

Católe do Rocha 26 de 10 de 18

Parade de J. A. Monteiro Lira
Serventório

SELO DIGITAL - Lei Estadual PE nº 10.132/2013
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CMS nº 070558
Comarca de Catolé do Rocha-PB

Código do S. AHP51495-7B00
A autenticação feita pelo selo poderá ser confirmada
no site do www.tre.org.br ou no site do www.tribunalpb.org.br

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Saneide de Fátima Monteiro Lira
Escrevente Autorizada
Catolé do Rocha-PB

29 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394338/18

Vítima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

CPF: 101.696.084-09

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA : 047.494.194-94

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RAUL ALMEIDA DE SOUZA : 101.696.084-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 29/10/2018
Nome: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA
CPF: 047.494.194-94

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180508138 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00