
Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402589

Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190402589

Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190402589

Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 08/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001042-1

Conta: 000001003900-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
066.321.554-48 ERIUAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS

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

5 - Nome completo: ERIUAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS 6 - CPF: 066.321.554-48

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ANTONIO ALMEIDA CARNEIRO 9 - Número: SIN 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO BERNARDO 12 - Cidade: SÃO BENTO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58863-000

15 - E-mail: jhanson.kellys@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 83 9 9655-0152

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4042 1 CONTA: 1003900 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 28 JUN. 2019

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: JOÃO ALEXANDRE DA COSTA SOUZA

CPF: 069.764.054-02

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MARCIANILDA DANTAS

CPF: 117.199.834-56

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SÃO BENTO-PB, 21 DE JUNHO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0548/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data do fato: 08/01/2019 hora: 17:10 HRS

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

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): Anderson Fontes Campos

Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS, alcunha "GORDO",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Caicó-RN, idade: 38 anos,
nascido em 11/02/1981, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: agricultor, Escolaridade: alfabetizado,
documento: RG 1.947.500 SSP-RN, filiação: Francisca Alice de Sousa
e de (pai não declarado), endereço: Rua Antonio Almeida Carneiro,
767, São Bernardo, São Bento-PB, referência: Fábrica de Junior de
Zé Bomdim. Tel/Cel:(83) 99865-2946;

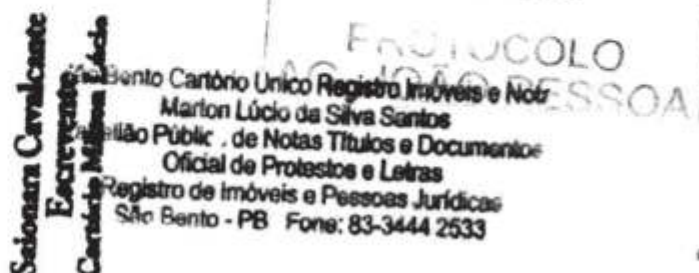
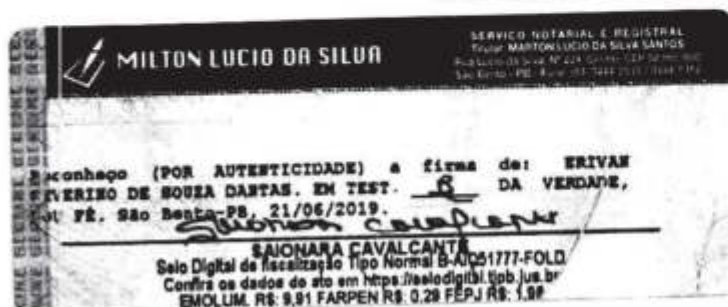
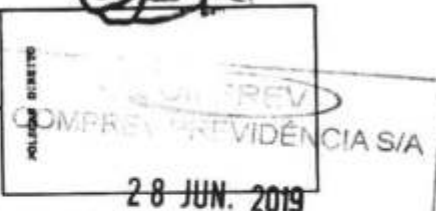
HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 08/01/2019
por volta das 17:10 hrs conduzia a moto Honda CG 125 Titan,
vermelha, 1995/1995, chassi 9C2JC2501SRS11932, vermelha, placa
MMP-6092 quando trafegava pela rodovia PB 293 no sentido
Paulista/PB à São Bento/PB nas proximidades do matadouro público
foi desviar de um cavalo que estava na poista e caiu em um buraco,
vindo a se desequilibrar e cair da moto; Que em virtude do
acidente sofreu uma fratura no antebraço(pulso) direito; Que são
testemunhas do fato as pessoas João Alexandre da Costa Souza RG
2996992 SSP/PB e Marcionilda Dantas RG 3.656.860 SSP-PB; Que foi
atendido no Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro em Patos/PB;
Que comunica o fato para acionar op seguro DPVAT. Nada mais a
consignar.

São Bento-PB, 20 de Junho de 2019. Às 08:55 horas.

- Erivan Severino de Souza Dantas
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
066.321.554-48 ERIUAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS

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

5 - Nome completo: ERIUAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS 6 - CPF: 066.321.554-48

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ANTONIO ALMEIDA CARNEIRO 9 - Número: 10 - Complemento: SIN

11 - Bairro: SÃO BERNARDO 12 - Cidade: SÃO BENTO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58863-000

15 - E-mail: aaronkellys@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 83 9 9655-0152

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE BANCÁRIO: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4042 1 CONTA: 1003900 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: 28 JUN. 2019

(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: JOÃO ALEXANDRE DA COSTA SOUZA

CPF: 069.764.054-02

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MARCIANILDA DANTAS

CPF: 117.199.834-56

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SÃO BENTO-PB, 21 DE JUNHO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01042-1

CONTA: 000001003900-2

Nr. Autenticação

BRABESCO1707201905000000000023701042000001003900168750 PAGO

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 1.247.500 DATA DE EMISSÃO 06.05.98.
 NOME Erivan Severino de Souza Dantas
 PRECATORIO FRANCISCA ALICE DE SOUZA
 CALÇÓ - RN 11.02.1981.
 NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
 C/Nasc. nº 8.358 fls. 190 liv. nº
 DOG. CIVIL A-8 do Cart. de São Bento-PB.
 CPF
 Dr. HENRIQUE N. FERREIRA
 DIRETOR
 29-08-93

[illegible]



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.054/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
BURNIERE SITE MÓDULO
MATRÍCULA

67059430

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JEFFERSON KELLYSON S SANTOS

RUA FRANCISCO B OLIVEIRA, S/N - SAO BERNARDO SAO

BENTO PB 58865-000

Tabuleiro

São Bento Cartório Unico Registro Imóveis e Notas
Martins Lucio da Silva Santos
Tabelião Público de Notas Títulos e Documentos
Oficial de Protestos e Letras
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
15.006.235.0030.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V14N325206	22/01/2015	INT. LACR. LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
112		4		30	19/03/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
JAN/2019	7	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2018	9	TURBIDEZ		0	0	0
NOV/2018	3	4	CLORO	0	0	0
OUT/2018	3	4	COL. TERHOT	0	0	0
SET/2018	3	4	COR	0	0	0
AGO/2018	4		COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(N)	4	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 20/02/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 10:27:23

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	4 M3	37,91
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 05/03/2019 Total a Pagar: R\$ 37,91

COMPREV PREVIDENTE S/A
28 JUN. 2019
AG. JOÃO

CARTÓRIO MILTON LUCIO DA SILVA
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO - TJ/PB
AIB32182-001H-Consulta a autenticidade
em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos R\$ 2,48 - FEPJ R\$ 0,40 - FARPEN R\$ 0,20
AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
Dou fé.

Selomaria Cavalcante
Escritor
Cartório Milton Lúcio

São Bento Cartório Unico Registro Imóveis e Notas
Martins Lucio da Silva Santos
Tabelião Público de Notas Títulos e Documentos
Oficial de Protestos e Letras
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533

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

A Circular SUSEP 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 JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 05.260.874-02 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.321.554 / 48

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.321.554 / 48, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO 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: FRANCISCO BENTO DE OLIVEIRA

Número: 227

Complemento: VIA RUA AVERGADORA

Bairro: SÃO BERNARDO

Cidade: SÃO BENTO

Estado: PB

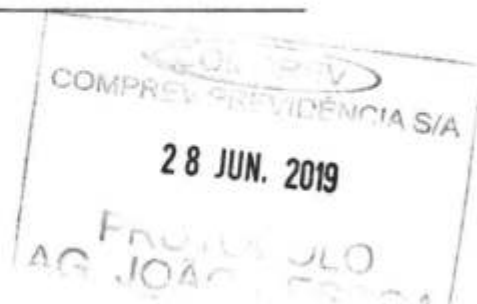
CEP: 58865-000

E-mail: jeffersonkellyson@gmail.com

Tel. (DDD): 83.39655-0152

Local e Data: SÃO BENTO - PB, 21 DE JUNHO DE 2019


Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, ANTONIO PEREIRA DE LIMA

RG nº 002.503.397, data de expedição 09/12/03

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 975.655.714-15

com domicílio na cidade de SABERTO-PA, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

MARIA ADELAIDE DE MOURA, BAIRRO BOA ESPERANÇA, nº SIN

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS, cujo o condutor era

ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS.

Veículo: HONDA/CG Modelo: CB 125 TITAN Ano: 1995

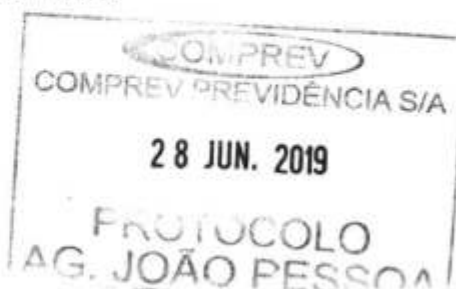
Placa: MUP 6092 Chassi: 9C28C2501SR511932

Data do Acidente: 08/01/19

Local e Data: SABERTO-PA, 21 DE JUNHO DE 2019

Antonio Pereira de Lima
Assinatura do Declarante

Erivan Severino S. Dantas
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 25155
DATA 08/01/2019 HORA 23:39
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 15138
OPERADOR MCARMO

PACIENTE ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

IDADE 37a 10m

RESUMO CLÍNICO:

*Lesão traumática de punho
com lesões distais.*

DIAGNÓSTICO: Fratura radioulnar distal (P)

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Ortossplante com placa + parafusos + fios de Kirschner

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

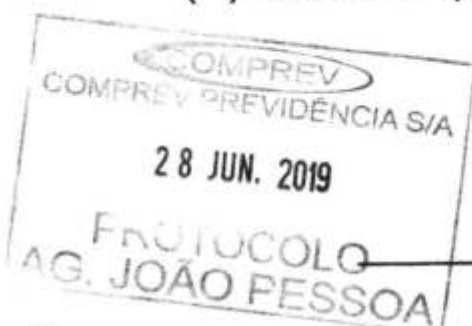
ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Reposo + Curativo diário + RETORNO LI 15 DIAS

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para



PATOS/PB, 15 DE 01 DE 2019.

*Dr. Fernando Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7019*

MÉDICO/CRM

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Erivan Severino de
Sauze Zanton portador(a) da identidade
RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no
dia de hoje, às _____ h _____, portador(a) da patologia CID-10 952.5, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 dias, a partir
desta data (momento)

Patos, 15/10/19

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7.119

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

Rua Horácio Nóbrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB Fone 83 3423.2741



Prefeitura Municipal de
São Bento

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AYESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que Erivan Severino de Souza

Antes

esteve neste serviço no dia 06/05/19 às 17:00, para consulta médica.

O mesmo fica impossibilitado de comparecer as atividades profissionais, durante 90 dias, para recuperação física, devido patologia por ele apresentada.

A contar desta data.

CID 552.5

AUTORIZAÇÃO

Autorizo ao Dr. _____

divulgar meu diagnóstico de acordo com o CID-10.

Logo H. Souto-Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

Assinatura do Paciente

Assinatura do Médico - CRM

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 08 / 01 / 19 Hora 22 h 44 Genero MC 37 anos
 Nome Social Guilherme Severino de Souza Dantas
 Urigem* Propria Residência Regulado? () Sim () Não
 Doença principal/História atual da doença/Início dos sintomas _____ Encaminhado? () Sim () Não
 Motivo do atendimento* Acidente de trânsito (motocicleta)
 Cliente Pato

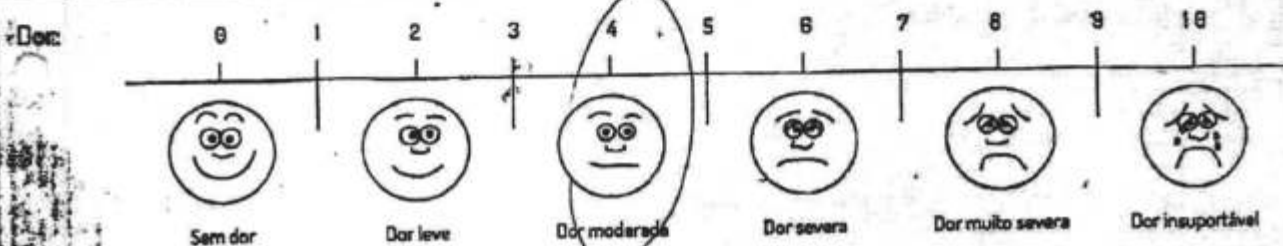
Transporte 3/1 ciclo motorizado

Alergia? () Não () Sim

Uso de medicação? () Não () Sim

Doença prévia? () Não () Sim

Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA _____ mmHg HGT _____ mg/DL



Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo () Verde () Azul

Especialidade Médica ortomédica

Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
 () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

* Paciente sofreu acidente de moto, dor em MSD

Maria Gabriela M. da Silva
CRM 138.000.877-511-0346

Enfermeiro Carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2685473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA MORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	AMARELO		
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	FRANCISCA ALICE DE SOUZA	FILIAÇÃO II	NAO DECLARADO
NASCIMENTO	11/02/1981	IDADE	37a 10m COR PARDO GÊNERO F
PROFISSÃO	AGRICULTOR		
ENDEREÇO	RUA PROJETADA	nºSN	
CIDADE	PATOS	U.F. PB	
TELEFONE	(83)9965-1103	BAIRRO	SANTA CLARA
CNS	705002427486758	CEP	58704000
ESTADO CIVIL	CASADO	CELULAR	
	R.G. 1947500	CPF	REG. NASC.
F.A.A	25152	PRONTUÁRIO	15138
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	MCARMO
DATA	08/01/2019 Horário: 22:51	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
CAETER	02 - URGENCIA		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	VEICULO PROPRIO		
MÉDICO	MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM		

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Alcimar Dantas Pereira

PESO=

PA=

X

mmHg

TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Paciente vítima de queda de motocicleta.
Admitido com dor + edema + limitação
funcional + deformidade em Antebraço (D).*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

Raio-x do Antebraço (D) Arterial

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min

DIAGNÓSTICO

Fratura de osso do Antebraço (D).

CID

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

(1) Tala Luva

(2) Internação Hospitalar

*Marcelo Augusto S. Pin
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 6196 SSOT 9302*

OBSERVAÇÃO

() SIM

() NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADAMENTO PELO SISTEMA TNM

D321010072

() 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 AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1- | 2- | 3-

☒ INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA
() TRANSFERÊNCIA

Dr. Marcelo Augusto
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PR 0106 0907 0302

Prontopedio: Paciente vítima de acidente com motocicleta. Admitido com DOR + limitação funcional + edema + deformidade em antebraço ①

Col: Tabe Lura
Internacio Hospitalare

[illegible]

FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	25155	PRONTUÁRIO	15138
DATA	08/01/2019	HORA	23:39
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	MCARMO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS	IDADE	37a 10m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	FRANCISCA ALICE DE SOUZA		
FILIAÇÃO II	NAO DECLARADO		
CIDADE	PATOS	PB	58704000
ENDEREÇO	RUA PROJETADA SN		
BAIRRO	SANTA CLARA		
NATURALIDADE	CAICO		
TELEFONE	83996511031	CELULAR	
C.N.S.	705002427486758	IDENTIDADE	1947500
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	11/02/1981	COR	PARDO
EST.CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL-ALCIMARA DANTAS PEREIRA Ass. Resp./Paciente Alcimara Dantas Pereira
ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Paciente vítima de acidente com moto. Admitido
com dor + edema + limitação funcional em MSD.

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

DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Marcelo Augusto S. Pin
Procurador Regional - UFGA
Data: 08/01/2019 SBO 9302

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

Raio-x de Anelbrazo ② AP/Perfil

DIAGNÓSTICO

fratura de osso do Anelbrazo ②

CID

DADOS DA SAÍDA

MOTIVO

Data

14.01.19

Hora 08 H 20 Min

() Alta Curado

() Transferência

() Alta Melhorado

() Evasão

() Alta a Pedido

() Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. Carolina Almeida S. Pin
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7519

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Everson Suenning</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>13/07/19</u>	Enf. <u>11</u>	Leito <u>01</u>
Cirurgião <u>Dr. Félis Curi</u>	1º Auxiliar <u>Dr. Leonardo</u>	
Anestesista <u>Dr. Fábio</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<u>Fratura do rádio distal ①</u>		
de Cirurgia		
<u>Osteossíntese do rádio distal ①</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
1) Corte em decúbito dorsal sob antebra
2) Anestesia + campo estéril
3) Incisão vertical para acesso ao rádio distal
4) Dissecção por planos
5) Redução de fratura do rádio distal
6) Fixação com placas e parafusos
7) Lavagem com SF 0,9%
8) Drenagem por plano
9) Curativos

Dr. Félis Curi
CRM 10.745
21024

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: **KRIVAN SAVERINO DE SOUZA SANTAS**
 LEITO: **505** DATA: **34** REGISTRO: **15138**

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL
DEP. JANDUHY CARNEIRO

TRAJ.: **CIVIL FARTURA PIANO (D)** CIELOSÃO: **DRE FELIPE QUEIROZ**

ANESTESIA: **DR. GILBERTO PROVO GEMUNIAN + SOROS** ANESTESISTA: **DR. TAMILA LOPES**

INSTRUMENTADORA: **13/04/14** INÍCIO: **10:05h** FIM: **11:20**

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
7	Equipos de monitorização S.F. O.F. SOROS	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi N° 24
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Pulso 90% 10:20h	1	Eletrodos dessec.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
1	Atadura de Crepom 10cm 10:30h		Atadura Gessada 10cm
1	Atadura de Crepom 20cm 10:30h		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Pentanol 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	1	Esparsedrapo
	Etodimidate	1	Xilocaína Gel
	Ketalar	1	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPi Tintura
	Dimorf	1 1/2	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
1	Algodão Hidrófilo 10:30h		Algodão Ortopédico
1	Algodão Ortopédico 10:30h		Cidex
1	Cidex 10:30h		Vaselina Estéril
1	Vaselina Estéril 10:30h		Aguilha descartável
	Dixrepan		Pastilha de Formol
	Água destilada 10ml		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Prostigmine		Fio Cromado 0 s/ agulha
1	Fio Cromado 0 s/ agulha 10:30h		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Cefalotina 19g 10:30h		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Dixtal		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Piasil		Cat-gut simples 0 s/ agulha
1	Dipirona 10:30h		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Tilatil		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Amicacina 500mg		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Aguilha de Raque Descartável		Polycot 0 c/ agulha
	Abbate 20 e 22		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha	1	VICRYL 1
	Prolene 0 c/ agulha	1	NYLON 2-0

☒ Caixa Frontal
☐ Caixa Fixa

PEDIDO DE VENDAS

№

Jornal Médico Hospitalar EIREU

NF N°

Prontuário 15138

Hospital HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Vendedor THIA.60

Paciente ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Data 13, 01, 19

Médico: D^a FELIPE FID^o - não soube Instrumentador: HUGO

Convênio SUS

Procedimento: TRATAÇÃO DE FRATURA DE RADIO DISTAL (1)

QUANT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	COD	V. UNID.	V. TOTAL
01	PLACA VOLAR 3x4 FURAS	0702030996		
03	PARAFUSOS CORTICAL 3,5 x 18.			
01	" " 3,5 x 30			
01	" " 3,5 x 32			
01	BROCA 25			
João H. Suassuna Laurean Ortopedia e Traumatologia Recebido 13.01.19				

CO VD. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isídio da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138
FONE: (81) 3129-2456 E-mail: cromusltda@gmail.com
CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 25155

DATA 08/01/2019

HORA 23:39

MÉDICO

MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 15138

OPERADOR MCARMO

PACIENTE

ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

IDADE 37a 10m

RESUMO CLÍNICO:

*Acute trauma de membro superior direito
com fratura distal*

DIAGNÓSTICO:

fratura distal do úmero direito

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

*Intervenções cirúrgicas: fratura do úmero direito com placa e parafusos
Anestesia geral, bloqueio braquial, curativo, medicação*

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Reposição + curativo limpo + RETORNO 15 DIAS

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO

() Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 15 DE 01 DE 2019.

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

MÉDICO/CRM

A.A. L.07

PRONT...: 15138 N°REQUIS.: 6243
PACIENTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTASEMIÇÃO.: 09/01/2019
SEXO: F IDADE....: 37

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método... NIHON KOHDEN VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS.....: 5.170 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MILHÕES/mm³ MASCULINO 4,5 a 5,9HEMOGLOBINA.....: 15.6 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5HEMATÓCRITO.....: 48.1 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53VCM.....: 93,0 fL NORMAL 80 a 100
HCM.....: 30,2 pg NORMAL 26 a 34
CHCM.....: 32,4 g/dL NORMAL 31 a 55
RDW.....: 14.2 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 8.100 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
MIELÓCITOS.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
METAMIELÓCITOS.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 0	NORMAL	0 a 0
BASTONETES.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 5	NORMAL	0 a 9000
SEGMENTADOS.....	68	% 5508	/mm ³	NORMAL	35 a 65	NORMAL	1800 a 8500
EOSINÓFILOS.....	1	% 0081	/mm ³	NORMAL	1 a 4	NORMAL	35 a 600
BASÓFILOS.....	000	% 0000	/mm ³	NORMAL	0 a 1	NORMAL	0 a 100
LINFÓCITOS.....	26	% 2106	/mm ³	NORMAL	25 a 45	NORMAL	875 a 4500
MONÓCITOS.....	5	% 0405	/mm ³	NORMAL	2 a 8	NORMAL	70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 235.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

BDR Rolim
Lactata Abilio D. M. de M. Rolim
Farmacêutico Bioquímico
CRF PB 3799

PRONT...: 15138

Nº REQUIS.: 6243

EMIÇÃO.: 09/01/2019

PACIENTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

SEXO: F

IDADE....: 37

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO

Método...: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125

SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO.....90

mg/dL

BD Rolim
Luciela Abilio D. M. de M. Rolim
Farmacêutica Bioquímica
CRF PB 2799

PRONT...: 15138 N°REQUIS.: 6238
PACIENTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

EMIÇÃO.: 10/01/2019
SEXO: F IDADE....: 37

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método...: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 25 seg.

T.P. Controle.....: 13 seg.

Atividade.....: 35,4 %

Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.

A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 2,04

Valores de Referência:

INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:

T.T.P.A. Paciente.....: 51 seg.

T.T.P.A. Controle.....: seg.

Valores de Referência:

TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Marllan Claudson S. G. Pereira
CRM 1.108.119
Especialista em Hematologia





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Erivan Severino de Souza Dantas

DA CLÍNICA

A CLÍNICA

Ortopedia
Cardiologia

ENFERMARIA

LEITO

A Amarelo

107

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINAR
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Solicito avaliação cardiológica do
Risco cirúrgico

08/01/2019

Dr. Marcelo Augusto Sampaio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8895 - SBAT 9304

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Re-op. fratura M.S.D.

AMP: NDN

MED: NDN

Avaliação ©

Acw: RER-2T, sem Apnoe

ECG: Normal

Conclusão: Baixo Risco

09/01/19

DATA

Dr. Fabrício da Nobrega Carneiro
Cardiologia - Hemodinâmica
CREMESP 11.040

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Hospital Regional de Patos - RX

000000151088

70 %

El_s:485

000000151088

70 %

El_s:416



Punho D, PA

13/Jan/2019 14:05:38

Punho D, Lateral

13/Jan/2019 14:06:03

000000009753

ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DA..., *11/Fev/1981



Hospital Regional de Patos - RX

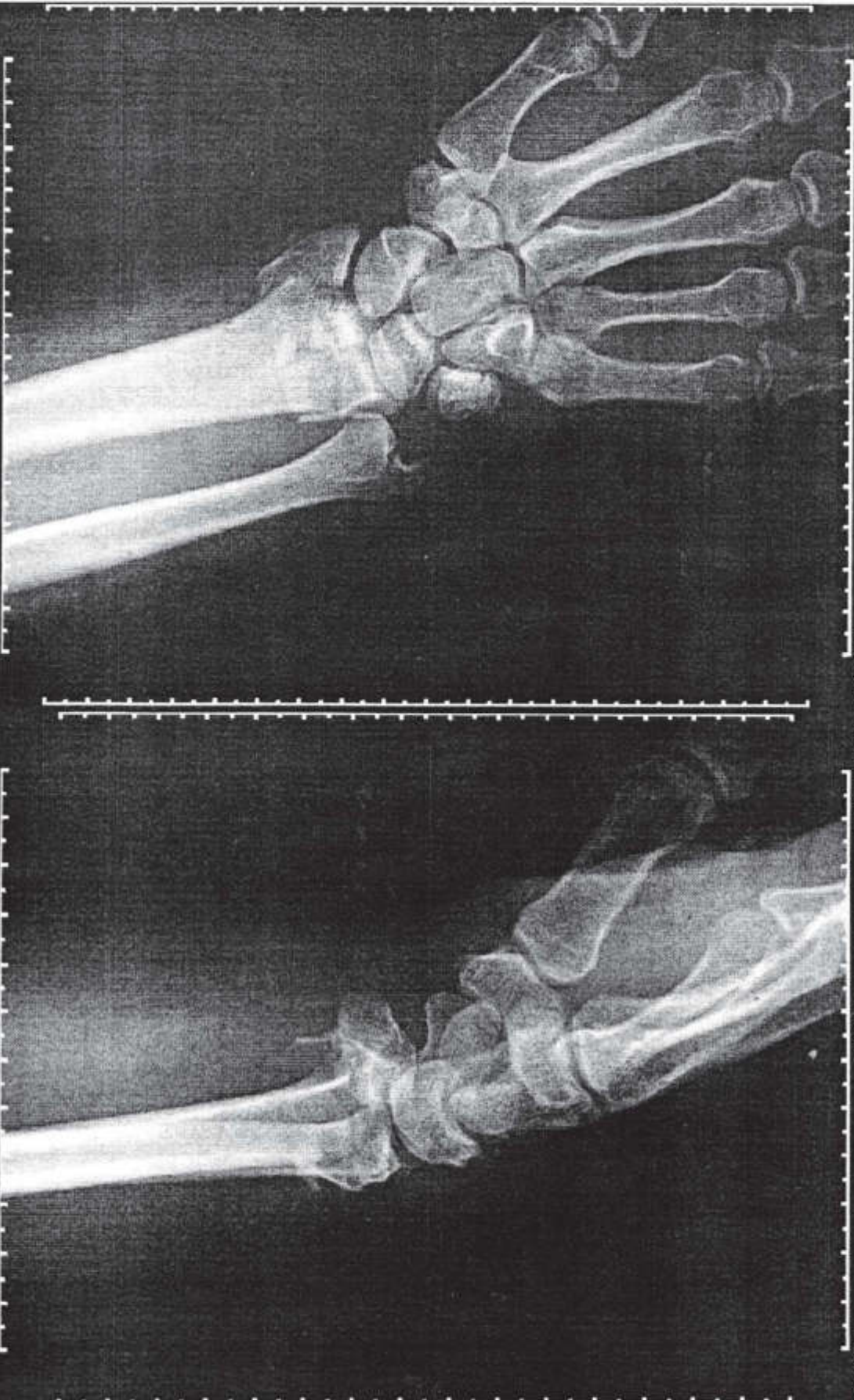
000000146145

87 %

El s.2636 000000146145

100 %

El s.2330



Punto D. PA

8/Jan/2019 23:10:35 Punto D. Lateral

8/Jan/2019 23:11:10

000000009753

ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DA... *11/Fev/1981

Observação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SÃO BENTO

É importante trazer o cartão, todas
as vezes que vier fazer a unidade
de saúde

SAÚDE É PRIORIDADE

CONSERVE BEM O SEU CARTÃO



PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO BENTO - PB

**CARTÃO DE ATENDIMENTO
FISIOTERAPÊUTICO**

38 anos

Nome do Paciente

Erivan Severino de Sousa Ant

Endereço

R. Antônio Almeida e Silva
São Bernardo

Observação

Segunda 7:00 hs por
Quarta / Ordem de Chg
Sexta

DATA	NOME	ATIVIDADE	RUBRICA
01-04-19	Erivan Severino Sousa Ant	Fisioterapia	[Signature]
03-04-19	"	"	[Signature]
05-04-19	"	"	[Signature]
08-04-19	"	"	[Signature]
10-04-19	"	"	[Signature]
12-04-19	"	"	[Signature]
15-04-19	"	"	[Signature]
22-04-19	"	"	[Signature]
24-04-19	"	"	[Signature]
26-04-19	"	"	[Signature]
x			
x			
x			
x			
x			

Observação



PREFEITURA MUNICIPAL
DE SÃO BENTO

É importante trazer o cartão, todas
as vezes que vier fazer a unidade
de saúde

SAÚDE É PRIORIDADE

CONSERVE BEM O SEU CARTÃO



PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO BENTO - PB

**CARTÃO DE ATENDIMENTO
FISIOTERAPÊUTICO**

38 anos

Nome do Paciente

Erilon Severino de Souza

Endereço

R. Antônio Almeida Parnau
São Bernardo

Observação

Segunda - 7:00hs da
Sexta - manhã por
ordem de chegada

DATA	NOME	ATIVIDADE	RUBRICA
03.05.19	Erilon Severino de Souza	Aten Fisioterapia	
06.05.19	"	"	
08.05.19	"	"	
10.05.19	"	"	
13.05.19	"	"	
15.05.19	"	"	
17.05.19	"	"	
20.05.19	"	"	
24.05.19	"	"	
27.05.19	"	"	
X			
X			
X			
X			
X			

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 15535152





ASSOCIADO DA FORTISSON

26832

ASSOCIADO

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

MEMBRO
JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS

FILIAÇÃO
FRANCISCO SANTOS DA SILVA
JUÇARA MARIA DA SILVA SANTOS

ASSOCIADO
CAICÓ-RR

DATA DE NASCIMENTO
19/10/1981

CPF
005.200.874-02

RG
3887341 - SSP/PB

GRADUADO DE BARRA E TÍTULO
NÃO

EXPIROU EM
01/05/2018

[Signature]

PAULO VITORINO DA SILVA
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
28 JUN. 2019
PRIMEIRO
AG. JOÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014797538534

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA- 1 CDD: RENAVAM 0064546954-8 RNT/RLC 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
ANTONIO PEREIRA DE LIMA

CPF / CNPJ
97565571415

PLACA
MMP6092/PB

PLACA ANT. / UF
MMP6092 PB

CHASSI
9C2JC2501SR511932

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB. 1995 ANO MOD. 1995

CAP. / POT. / CIL.
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA

VENIC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENIC. / COTAS

FAIXA LRYLA

PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IDF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
26/02/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

SAO BENTO-PB

26/02/2019

240593

20371

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014797538534 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
26/02/2019

VIA- 1 CDD: RENAVAM 00645469548

PLACA
MMP6092/PB

RENAVAM
00645469548

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 Titan

ANO FAB.
1995

DE TMR.
9

Nº CHASSI
9C2JC2501SR511932

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

TOTAL SEGURO PESSOAL (R\$)
PAGO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE CITAÇÃO
26/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.808/0001-04

20371-1533568-20190226

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 JUN. 2019

PROTUBIO
AG. JOAO PEREIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190402589 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS **Data do acidente:** 08/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS, PLACA E PARAFUSOS. P8/17 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

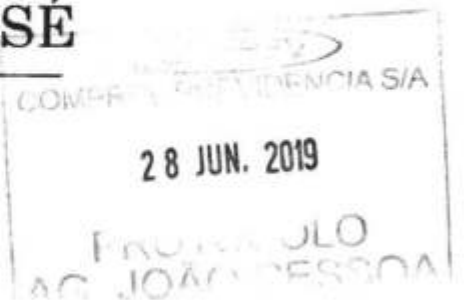




FLAUBER JOSÉ

— ADVOGADO —

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 066.321.554-48 e RG nº 1.947.500 SSP/RN, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na rua Rua Antônio Almeida Carneiro, S/N, Bairro São Bernardo, São Bento-PB, CEP 58865-000, telefone 83 998652946.

OUTORGADO: FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 23.221/PB, CPF nº 097.234.454-33, JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS, brasileiro, casado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 26822/PB; ANA BEATRIZ CÂNDIDA DANTAS SILVA, CPF nº 121.460.314-92, ambos com endereço profissional na Rua Padre Sandoval Ferrer, n.º 161, Centro, São Bento-PB.

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, 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 para a vítima ERIVAN SEVERINO DE SOUSA DANTAS

SÃO BENTO-PB, 21 DE JUNHO 2019

Local
e data

Erivan Severino S. Dantas

Assinatura do
reconhecer firma
(em cartão)



SéBionara Cavalcante
Escritor
Cartório Milton Lúcio

São Bento Cartório Único Registro Imóveis e Not.
Milton Lúcio da Silva OAB 21.0214
Tabelião Público de Notas, Títulos e Documentos
Oficial de Protestos e Leilões
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
São Bento - PB Fone: 83-3444 2533

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218607/19

Número do Sinistro: 3190402589

Vítima: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

CPF: 066.321.554-48

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/01/2019

Titular do CPF: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

CPF de: Próprio

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: 03/07/2019
Nome: ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS
CPF: 066.321.554-48

ERIVAN SEVERINO DE SOUZA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA