

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº: 11163943

A/C: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170323851 ASL-0219613/17

Vitima: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Data Acidente: 12/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2017

Carta nº: 11164450

A/C: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170323851 ASL-0219613/17

Vítima: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Data Acidente: 12/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2017

Carta nº: 11494485

A/C: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170323851 ASL-0219613/17

Vítima: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Data Acidente: 12/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2017

Carta nº: 11681805

A/C: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170323851 ASL-0219613/17

Vitima: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Data Acidente: 12/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.
incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3170323851**
Vitima: **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **12/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170323851**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

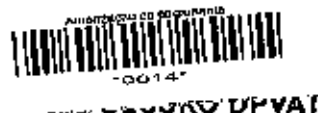
Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12536887





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

PORTADOR(A) DO RG Nº 24.724.444-2 EXPEDIDO POR SECC/RT EM 22/12/2014 E

CPF (072429167-0) /CNPJ 00000000-00-00-00-00, PROFISSÃO SERVENTE

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou Fundonal;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4095 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00230949-5

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

Alcides Gomes 05 de maio de 2014

LOCAL E DATA

Marcos Antonio Clementino do Nascimento Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTOPORTADOR(A) DO RG Nº 21.724.444-2EXPEDIDO POR SECC 1R3EM 02/10/2014 ECPF 042429167-9 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Peão

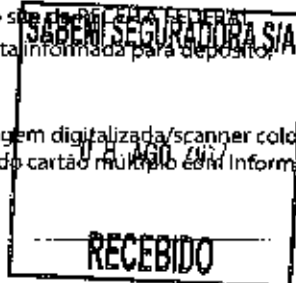
E RENDA MENSAL DE R\$ Peão (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site do SPC do Brasil www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4095 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00030949-5

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

Rio de Janeiro, 11 de julho de 2017

LOCAL E DATA

Maria José da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-02721204.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE GUARABIRA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOINHA-PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 093/2017.

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de ocorrências nº 001/2017, o registro nº 093/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos treze (14) dias do mês de Março do ano 2017, nesta cidade de Alagoinha/PB, presente a autoridade Policial, o Bel. JANDUY PEREIRA DA SILVA, Delegado de Polícia Civil, comigo o escrivão do seu cargo ao final declarado e assinado, aí por volta das 11h10min, compareceu: MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA, RG-31.197.799-5-SSP/RJ, brasileira, solteira, com 26 anos de idade, natural de Alagoinha-PB, filha de José Ronaldo Ferreira da Silva e de Maria das Graças Clementino do Nascimento, residente na Rua do Sol nº 1467, Alagoinha-PB. E prestou a seguinte queixa: Afirma a declarante ser sobrinha da vítima MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO; Que no dia 12/11/2016, por volta das 18:30 horas, o tio da declarante MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO, brasileiro, união estável, nascido em 05/03/1976, natural de Paraíba, filho de Antonio Clementino do Nascimento e de Naide Maria da Conceição, residente na Rua do Sol, s/n, Alagoinha-PB, seguia conduzindo a motocicleta HONDA CB-300 R, ANO E MODELO 2010, COR PRETA, PLACA NOB-3088/PB, CHASSI 9C2NC4310ARO96710, em nome de FLADIMIR SOBRAL DE MELO, pela Rodovia PB/063, sentido Alagoinha a Mulungu-PB, quando nas proximidades da Fazenda do Dr. Geraldo Beltrão, numa curva o mesmo sobrou e vindo a cair com a moto que conduzia, e em virtude da queda o mesmo foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira com traumatismo crânio encefálico, sendo entubado e encaminhado para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi cirurgiado, passando aproximadamente um mês em estado de coma, e no momento encontra-se em sua residência com pouca consciência tem dificuldade em reconhecer as pessoas; Que o mesmo faz fisioterapia em casa e também uma fonoaudióloga o atende em sua residência. É o que contém o original.

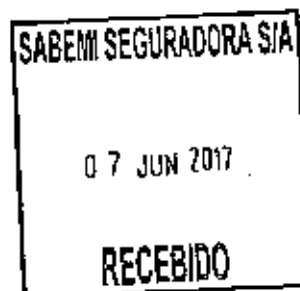
Alagoinha, 14 de Março de 2017.

Noticiante: Maria José do Nascimento Silva

Autoridade Policial:

**JANDUY PEREIRA DA SILVA
DELEGADO DE POLICIA CIVIL**

**JOSÉ PEREIRA DA CUNHA JUNIOR
ESCRIVÃO AD-HOC
MATRICULA Nº 146.133-8**





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2017

Ocorrência nº. 453/2017

Aos 25 (VINTE E CINCO) dias de Agosto de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h00 min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA, conhecido(a) por xxxx, Identidade nº 31.197.799-5-SSP/PB, CPF nº XXXX, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteira, profissão: vendedora, filho(a) de Jose Ronaldo Ferreira da Silva e de Maria das Graças Clementino do Nascimento, natural de Alagoinha/PB, nascido(a) em 08.010.1990, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Sol, 1467 - Alagoinha/PB

1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRANSITO

2) **data do fato:** 12/11/2016

3) **Horário do fato:** 18:30 H

4) **Local do fato:** PB- Alagoinha/PB

5) **Breve resumo do fato:**

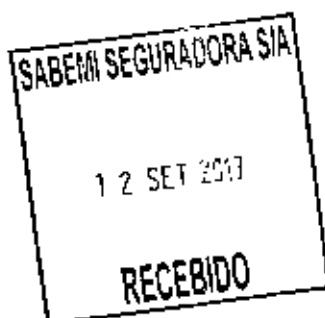
O noticiante compareceu a esta delegacia para comunicar que é sobrinha de MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO; QUE seu tio, sofreu um acidente em 12.11.2016, que resultou lesões permanentes, conforme Boletim de Ocorrência nº 093/2017 e laudos em anexo; QUE como comprou a moto de terceiros e não realizou a transferência para o seu nome, de modo que o proprietário encontra-se em local incerto e não sabido.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Maria Jose do Nascimento Silva
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o) Agente
Matrícula nº 168393-4





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 24.271.414-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 092.429.907-98, residente e domiciliado na RUA DO SOL, N° 1330, CENTRO, Cidade ALACONHA, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Alacónha, Paraíba - PB, 05 de maio de 2017
Local e data

Marcos por do Nascimento Silva
Assinatura do declarante



Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 24.721.414 - 2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 092.429.167 - 98, residente e domiciliado na RUA DO SOL, N° 4370, CENTRO, Cidade ALAGUINHA, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

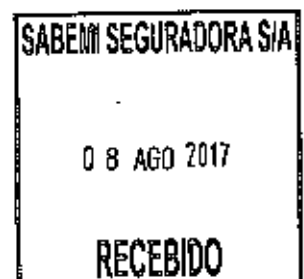
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Alagoa Grande - PB 14 de julho de 2017
Local e data

Marcos José do Nascimento Silva
Assinatura do declarante



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcelo Antonio Clementino do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 21.721.419-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 072.429.167-98, residente e domiciliado na Rua do Sol, nº 1870 - Centro, Cidade Alagoinha, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

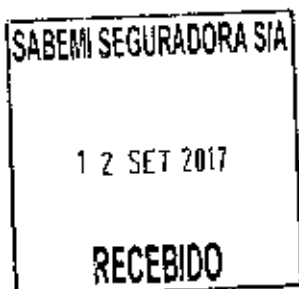
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Marcelo Antonio Clementino do Nascimento
Local e data

06.09.2017 / Alagoinha - PB
Assinatura do declarante



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Dados da ocorrência			
Data: 12/11/2016	Ocorrência Nº: 09	VTR: AR-36	Ponto Base:
Hora do aviso: 20:08	Hora de saída: 20:09	Hora no local: 20:30	Hora no hospital: 21:05
VTR de apoio:			
Local da ocorrência			
Endereço: Rodovia PB 069		Nº:	
Complemento:		Bairro: Zona Rural	
Ponto de referência:		Cidade: Mundanguá	
Dados da vítima			
Nome: Anaes Antonia Clementina de Nascimento		Idade: 40	Sexo: ☒ M ☐ F
Raça:	☒ Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo		
Endereço:		Telefone:	
Bairro:		Cidade:	
Tipo da ocorrência			
Colisão: ☒		☐ Vítima de queda: _____ metros	
☐ Ferimento por arma de fogo	☒ Queda de moto	☐ Afogamento	☐ Crise Convulsiva
☐ Ferimento por arma branca	☐ Atropelamento	☐ Urgência Cardíaca	☐ Suicida
☐ Agressão física	☐ Queda de Bicicleta	☐ Urgência Respiratória	☐ Socorrido por 3º
☐ Capotamento	☐ Choque elétrico	☐ Urgência Obstétrica	☐ Recusa
☐ Desmoronamento/Desabamento/Soterramento	☐ Urgência Psiquiátrica	☐ Combate a Incêndio	
☐ Intoxicação: Agente: _____	☐ Alagamento	☐ QTA () COCB () Outros	
☐ Queimadura: Agente: _____	Grau(s): _____ Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão): _____		
☐ Transporte: Origem: _____	Destino: Regional ☐ Outros: _____		
Condições de segurança		Situação da vítima	
Ativação do air bag: ☐ sim ☐ não	☐ Em automóvel	☒ Condutor	☐ Decúbito ventral
Usava capacete: ☐ sim ☒ não	☒ Em motocicleta	☐ Passageiro dianteiro	☒ Decúbito dorsal
Usava cinto: ☐ sim ☐ não	☐ Em bicicleta	☐ Passageiro traseiro	☐ Decúbito lateral
Em faixa de pedestre: ☐ sim ☐ não	☐ Pedestre	☐ Garupa/carona	☐ Deambulando
Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____	
Localização das lesões		Exame da vítima	
01. Abrasão		A - Vias aéreas	
02. Amputação		☐ Permeáveis ☐ Não Permeáveis ☐ Eupnéia	
03. Avulsão		☐ Vômito ☐ Apnéia	
04. Contusão		☐ Sangue ☐ Dispnéia	
05. Empalamento		☐ Secreção ☐ Bradipnéia	
06. Enclavamento		☐ Queda da língua ☐ Taquipnéia	
07. Esmagamento		☐ Corpo estranho ☐ Ruidosa	
08. FAB		☐ Outros	
09. FAF		C - Circulação	
10. Fratura aberta		Pulso	
11. Fratura fechada		☐ Pulso radial ☐ Normal ☐ Cianótica	
12. Laceração		☐ Pulso braquial ☐ Fria ☐ Ictérica	
13. Luxação		☐ Pulso carotídeo ☐ Quente ☐ Pálida	
14. Paralisia		☐ Normal ☐ Sudorese	
15. Queimadura		☐ Aumentada	
16. Outros: _____		☐ Diminuída ☐ Normal ☐ > 2 segundos	
Escala do Coma de Glasgow		D - Neuroológico	
Abertura ocular		☐ Isocoria ☐ Anisocoria ☐ Otorragia	
Melhor resposta verbal		☐ Midriase ☐ Foto reagente ☐ Rinorragia	
Melhor resposta motora		☐ Miose ☐ Não fotoreagente ☐ Convulsões	
Sinais vitais			
Inicial	PA _____	X _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ lpm SPO2 _____ % T _____ °C	
Final	PA _____	X _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ lpm SPO2 _____ % T _____ °C	

07 JUN 2017

RECEBIDO

13/06/2017

Alergia: ☐ sim ☐ não	Uso medicamentos: ☐ sim ☐ não
Qual?	Qual?
Doença conhecida: ☐ sim ☐ não	Enfermidade elementar: ☐ sim ☐ não
Qual?	Qual?

Relatório

Vítima de queda de moto a quarenta e dois dias de idade. A vítima estava de deitado dorsal inconsciente foi feita as primeiras manobras e o socorro foi solicitado. O socorro foi dado no hospital regional de Guaracema. Após de atendida foi transferida para o hospital de Guaracema em uma ambulância.

Procedimentos efetuados	
☐ Desencarceramento	☐ Ventilação de resgate
☐ Retirada com KED	☐ Rolamento 90°
☐ Curativo compressivo	☐ Rolamento 180°
☐ Curativo oclusivo	☐ Exposição da vítima
☐ Curativo de 3 pontos	☐ Imobilização do MMSS
☐ Elevação cavaleiro	☐ Imobilização do MMII
☐ Outros	☐ Controle de hipotermia

Recepção de pertences	RECEBIDO
-----------------------	----------

UF: _____ Termo do resgate: _____

Eu, _____ portador(a) do RG ou CPF N.º _____, declaro para todos os fins que recusei ser atendido pelo Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, através de viatura: assumindo desta forma, total responsabilidade quanto ao agravamento do meu quadro clínico.

Guaracema - PB. _____ de _____ de 20 _____

VÍTIMA OU RESPONSÁVEL	TESTEMUNHA 1	TESTEMUNHA 2
	Destino da vítima	

Receptor (ass. e carimbo):

QTD	MATERIAL	QTD	EQUIPAMENTO
05	Luva de procedimentos	X	Colar cervical
03	Luva estéril N°		Máscara de O ₂ / reserv. () adulto () infantil
	Máscara de proteção		Cânula orofaríngea N°
	Sonda de aspiração traqueal N°		Ambu: () adulto () infantil () neo
X	Extensor de O ₂		DEA
X	Cateter nasal	X	Oxímetro de pulso
X	Gaze	X	Fala moldável tamanho () G () M () P () PP
	Compressa	X	Prancha
1	Atadura 2,5 cm	X	Estabilizador lateral de cabeça
X	SP 0,9%	X	Tirante aranha
	SRL	X	KED: () adulto () infantil () NEO
	Planta aluminizada		KIT Desastre
	Protetor para queimados		Colchão a vácuo
	Lençol descartável		Desencarcerador
	KIT parto		Tractionador de fêmur
	IGE		Outros:
	Água		

Controle de materiais e equipamentos

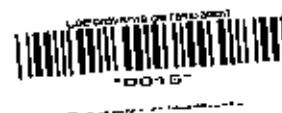
MATERIAL	MOTIVO	LIBERAÇÃO
		h. min.
		h. min.
		h. min.

Componentes da Guarnição		Nome de guerra
Guarnição	Ponto	
Chefe	3:52f	DE Sampa
Socorrista 1	50	523445-1
Socorrista 2		523445-1
Condutor	3:52f	523445-1

Walter F. de Sousa
Socorrista
Wanderley 1967
CSA

2003.04.2017

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, MARCO ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

RG nº 21.721.444-2, data de expedição 22/12/2011, Órgão SECC/RJ

CPF nº 072.429.167-98, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DO SOL</u>
Número	<u>1370</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALAGOINHA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.390-000</u>
Telefone de Contato	<u>98664 - 8798</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alagoa Grande, 05 de maio de 2012

Assinatura do Declarante: Marcos do Nascimento Silva

NOME MARIA DO NASCIMENTO
RUA DO SOL, 1310 - CENTRO
ALAGOAS-AL CEP 55390-000 (AG 22)

Classificação RESUMIDA / BOMAS PERDA E CANCELAMENTO
Potência 14,42 - 135 - 4300
Número 0000014918
Referência Dez/2016
Emissão 27/12/2016

ENERGISA PARANÁ - SUBSIDIÁRIA DE ENERGISA
0.290 Km3 - 0.011 Radiação - 0.014 Freqüência - 0.011
CNPJ 09.035.183/0001-45 Inscrição 18.015.023-0

Não Fatura de Energia Elétrica F001 165.005
Código para Datas Futuras: 0000434466-2

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

Conta referência de UT (Unidade Consumidora) 8/434466-2

Canal de contato

Dez / 2016

Apresentação

- Tabela Tarifária de Energia Elétrica - TSEE, aprovada pela Lei nº 10.438, de 26 de Junho de 2002

27/12/2016

Data prevista da próxima leitura

25/01/2017

CPI / CNPJ / RAR

02789708-89
Insc Ed
Pessoa Civil pessoa

Anterior Atual Constante Consumo Dins

Data Leitura Data Leitura
28/11/16 24/11/16 22/12/16 24/12/16 1 89 29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 30 kWh	30	0,15083	4,51
Consumo de 31 a 100 kWh	89	0,26873	12,01
Adc B Anistia			0,00
Subsídio			21,31
ICMS			15,74
PIS			0,83
COFINS			2,82

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Descrição	Valor (R\$)
JUROS DE MORA 1/12/16	0,01
MULTA 1/12/16	0,87
Devolução Subsídio	-21,31

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Nov/16	108
Out/16	88
Sep/16	108
Ago/16	78
Jul/16	74
Jun/16	83
Mai/16	76
Abr/16	84
Mar/16	92
Fev/16	84
Jan/16	153
Dez/16	287

Médias últimos meses
R\$

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	62,94	25,00	15,74
PIS	62,89	1,0102	0,83
COFINS	62,86	4,5428	2,82

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

04/01/2017

R\$ 42,83

1ed2.c222fd2c.feb9.38fb.0282.4856.18fd.

Indicadores de Qualidade 10/2016 - PGE

Limites da ANEEL	Aplicado	Limite de Tensão (V)
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	
DC TENSÃO	0,00	

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	8,50	19,89
Serviço de Energia	9,54	23,37
Serviço de Transmissão	9,58	23,37
Serviço de Manutenção	3,34	8,05
Serviço de Operação e Manutenção	26,17	63,31
Serviço de Outros	0,00	0,00
Total	62,89	100,00

Valor de FUSO (R\$) 10/2016) R\$ 11,12

ATENÇÃO

- Sua fatura foi gerada como BOMAS PERDA, sendo um desconto de R\$ 21,31



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA

RG nº 31197794-5, data de expedição 21/08/14, Órgão SSP/RJ,

CPF nº 088 656 734-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

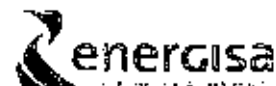
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DO SOL</u>
Número	<u>1467</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALAGUINHA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58390-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98664-8796</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alagoa Grande/PB, 02/06/17

Assinatura do Declarante: Maria José do Nascimento Silva

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento com valor fiscal.

Documento não é comprovante de conta.

Este documento é válido para a prestação de serviços de energia elétrica. Nº 001.235.050

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Gruta Roldante - João Pessoa / PB - CEP 58011-400
CNPJ 08.095.135 / 0001-42 Ins. Est. 10.015.623-4

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS CLEMENTINO DO NASCIMENTO
RUA DO SOL 1457
ALAGÓINHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1068507-1

REFERÊNCIA

ABR/2017

APRESENTAÇÃO

26/04/2017

CONSUMO

111

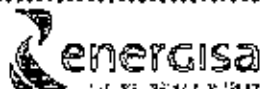
VENCIMENTO

04/05/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,43

Acesse: www.energisa.com.br



5/1068507-1

MARIA DAS GRACAS CLEMENTINO DO NASCIMENTO

Telefone: 16-042-730-8180

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/05/2017

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	CÓDIGO
04/05/2017	R\$ 70,43	1068507-2017-04-5



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA portador(a) do RG nº 31.197.799-5, expedido por SECC/RJ, em 01/08/2014, CPF/CNPJ nº 088.656.734-35,

Na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCOS ANTONIO CLEMENTINO NASCIMENTO do sinistro de DPVAT da natureza ACIDENTARIA da vítima MARCOS ANTONIO CLEMENTINO NASCIMENTO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Reator Renda Mensal: R\$ Retido

Documentos comprobatórios: Retido

Maria José do Nascimento Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



REG.: 000029954

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARASIRA - PB

DATA / HORA DO ATEND:

12/11/2016 20:54

ATEND POR:

AMARAL

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABII

CNPJ: 08.778.268/0036-

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

SEXO: MASCULINO

EST CIVIL: CASADO(A)

RG:

DN.: 05/03/1978

40 ANOS

ENDEREÇO: RUA DO SOL, 1467

BAIRRO: CENTRO

CIDADE/UF: ALAGOINHA - PB

CEP: 58390000

MAE: NAIDE MARIA DO NASCIMENTO

PAI:

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA

☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA

☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE

☐ 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.

☐ 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.

☐ 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

☐ PRESCRITA

☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OBITO

☐ RESIDENCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ AMB. / SUS

☐ OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF.:

TIPO

GRUPO

FAIXA ETARIA

5. DADOS DE EXAMES CLINICOS, TRATAMENTOS E DEFINICAO DOS PROCEDIMENTOS:

Vítima de acidente com motor. Traçado pelo acidente, com TCE, 8 pontos = 26; PA = 112 x 120; pressão arterial. Foi submetido a exames laboratoriais para avaliação da saúde no Hospital A. T. T.

CONFERE
COM O ORIGINAL

SABEMI SEGURADORA S/A

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS

07 JUN 2017

RECEBIDO

7. DIAGNOSTICO:

TCE

8. CID

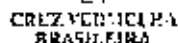
9. ASS. PACIENTE/ACQ. CAS. /RESPONSAVEL:

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TECNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.



BEETLE

PRONTUÁRIO:

PACIENTE:			SEXO:	COR:	IDADE:
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO			AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA					ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIÃO		AUXILIARES			
INÍCIO DA ANESTESIA		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CM.		VALORES R\$	
ANESTESISTA		CPF		CRM-PB	

IDENTIFICACIÓ		NÚMERO		DATA		LLOC		HORARI		MATERIAL		OBSERVACIONS	
NO	NO	DI	ME	AN	DI	ME	AN	DI	ME	AN	DI	ME	AN
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98
99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154
155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182
183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196
197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224
225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238
239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252
253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266
267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280
281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294
295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308
309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322
323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336
337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364
365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378
379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392
393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406
407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420

[illegible]



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Marcos Antônio Clementino de Nascimento BEP Prontuário: 960798
Idade: 40 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Setor: NEUROCIRURGIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Camicectomia Decompressiva
Cirurgião: Guilherme C. Petrich 1º Assistente: Roberto CES Bonato
2º Assistente: Samuel TAVARES 3º Assistente: Vanina Cabral
Instrumentador: João + Maria Anestesista: Leandro
Tipo de Anestesia: Geral Horário: Início 11:00 Término 14:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>TE</u>	<u>S06</u>
<u>Hematomas Postoperatorios</u>	
<u>Traumáticos</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Camicectomia Decompressiva</u>	
<u>Tratamento Cirúrgico Hematomas</u>	
<u>Postoperatorios Traumáticos</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria (X) Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 13/11/2016

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Dorsal Horizontal

Incisão:

11 - T 11

Achados:

Hipertensão Intracraniana

Hematoma Putaminal Traumático

Conduta:

Craniectomia FTP Direita

Exposição FTP Direita

~~Craniectomia 15x15 cm~~ Com

Frontal Resect

Drain Hematoma Putaminal

Traumático, Hemostasia Rápida

Duroplastia Com Pericrânio

Hemostasia Rápida

Fechamento:

Por Planos

Observação:

Dr. Gustavo Carlos Patrão
Neurocirurgia
CRM-PB: 6500

João Pessoa, 13/11/16

Médico/CRM:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

100000405401 BE: 080798
MARCELO ANTONIO CLEMENTINO DO NAS
ST. MARC. 08/03/1976
NOME: MARCELO ANTONIO CLEMENTINO DO NAS
END.: DEPUTADO FRANCISCO ANTONIO, 22
N. 1487 - CENTRO
ALACONHA
FONE: (31) 30000878
CELSULO: (31) 30000878
IDADE: 40
DT. ENTREGA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		NOR 13.11.16
		TCE GRAVE
		GCS 3, PUPILAS PUNTIFORMES
		SEM RESPOSTA A ESTÍMULOS
		TCE CRÔNICO: CONTUSÃO SUPEROLATERAL + LENTÍCULA A DÍGITA + OLM
		CA: SUPORTE VITREO NO MOMENTO
		15.11.16
		← Pós-OP (OK)
		Planta Seda
		Pup. 2,5x3mm
		Dia 1.º
		23.11.2016 NEUROLÓGIA
		(12:00h)
		Pup. 2,5x3mm
		Planta Seda

Dr. Eliseu Pontes
Neurologia
CRM 3005

EVOLUÇÃO DO PACIENTE.

$$\frac{1}{\sqrt{2}} = \frac{1}{\sqrt{2}} \cdot \frac{\sqrt{2}}{\sqrt{2}} = \frac{\sqrt{2}}{2}$$

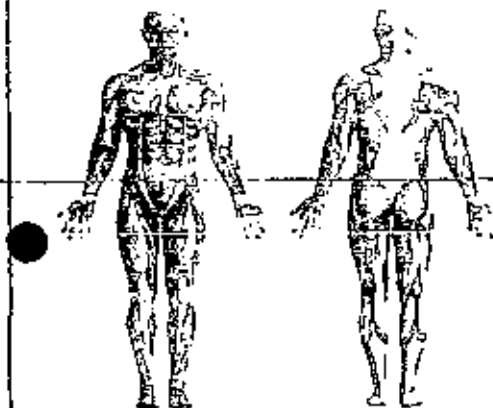
F(NG).ENF.018-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinosa |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efusão subcutânea | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Enfiado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paralela |
| 14 F. Contuso | 32 Perostomia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Cortuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☐ Radiografias _____ ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) _____ ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada _____ ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1			
2	1 - Higiene		
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SYO

ATUAZ/CAPI/ED

ATUAZ DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Primeiro Atendimento Médico

100005455601
MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NAS
DT. NASC.: 05/03/1970
MRE: RAIDE MARIA DA CONCEICAO
END.: DEPUTADO FRANCISCO ANTONIO, 33
N. 1407 - CENTRO
BLDGONIMA
FAX: (11)
CELULAR: (83) 90848785
ZORDE: 40
DT. ENTADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente de moto

TCB 15 mts de altura *Poltrona invertida de concreto*

Paralisação em tubulação

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pérvias ☐ Obstruídas
AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

1 - VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal
☐ Rude
☐ Diminuído
☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ Sim
☐ Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: ☐ Imp SaO₂: ☐ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Palida ☐ Cianótica
☐ Pleotérica ☐ Ictérica
☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
☐ Normal ☐ Aumentado
☐ Fino ☐ Ausente

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

SOPRO

BÉ QUÍ BA

PC:

ECG:

ABDOMEN:

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = ☐ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	5	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhum	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

Odontologia Hospitalar

SE/PRONTUÁRIO

R=13

960498

Nome do paciente

Marcelo Augusto Alexandre do Nascimento

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
30/11/16	NL	Realizado antissepsia oral c/ protocolo comum UTI. Dr. Marlene Aguiar Mello CRO 1323
30/11/16	N	Realizado antissepsia oral c/ protocolo comum UTI.
21/12/16	N	Realizado antissepsia oral c/ protocolo comum UTI.
02/12/16	N	Realizado antissepsia oral c/ protocolo comum UTI.
05/12/16	M	Realizado antissepsia oral c/ protocolo comum UTI.

Investigação 01/12/36. (clínica)

Paciente acordado consciente, algo orientado, sintomas sentimentais espontâneos. afébul, normotensor, normocárdica. disten SNE, não cooperativo, não contactua e/o Karpenter.

Conduta Sono: Cracidos Jrdônio Sono nos OHS.

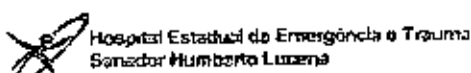
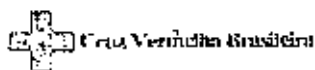
: Manipulação Laringea

: Estimulação da lgg. ad. receptiva

: Orientação e enfermagem.

questão de L. / SNE + long. Teoria

29320B.



ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 960798



Jeito 2 MA (d. bat) 0112

Identificação do paciente			
ID 1104808	Nome MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO		Sexo Masculino
Data de nascimento 06/03/1978	Idade 40 anos 8 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe MAIDE MARIA DA CONCEICAO	Pai ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO		
Educacionalidade MEDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE DO NASCIMENTO SILVA - SOBRINHO(A)		
DDD Móvel 93	Fone Móvel 986648796	DDD Fixo	Fone Fixo
tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 247218142	Nº Cns	
Local de procedência ALAGOINHA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade BELEM	CEOR	

Endereço			
Cep 56190970	Município de residência ALAGOINHA	UF PB	Logradouro DEPUTADO FRANCISCO ANTONIO, 33
Número 1487	Complemento DO SOL	Bairro CENTRO	

Admissão		
Data e Hora 12/11/2016 23:49:29	Número da pulseira 100005455491	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	

Sinais Vitais		TOMOGRAFIA	
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	TIPO ... <u>CRANIO</u>
Exames complementares		DATA ... <u>19/11/16</u>	
Rato X [] Sanguie []		HORA ... <u>19:00</u>	
Dados clínicos		NOME TÉCN. RAD. ... <u>Wesley</u>	
TOMOGRAFIA		ASS. ... <u>Wesley</u>	

Registração

Atendido por
EOBEUZA VENTURA DA SILVA

CRANIO
07 12 16
14 13
Wesley
Wesley

Imprimir

TOMOGRAFIA	
TIPO ... <u>CRANIO</u>	
DATA ... <u>18/11/16</u>	
HORA ... <u>14:29</u>	
NOME TÉCN. RAD. ... <u>Wesley</u>	

08:00h Nerve

VEE

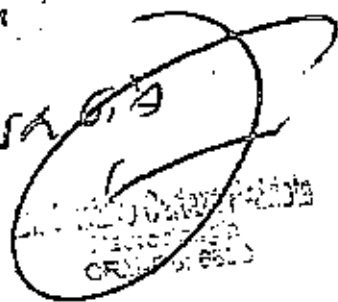
Postura Desambiguit
Pulito Fca

Te. Lúniu

Controlada Traumatiza
Putativa de Sinite
e Temporal
Dorso Septal

Com Sinter

Liksha 6/3



[illegible]

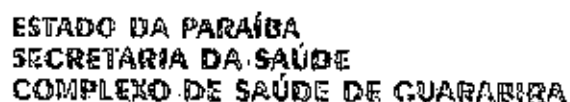


HEETSIL

Nome do paciente

Claras Antônio

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
06/12	16	Fonoaudiologia
clínica		Paciente acordado e supineio verbalizado em língua realizado durante da SET, normotenso. Normocárdico, dista SLE copulatório, contatua a dificuldade.
		Conduta Sono: Realização do foneo da deglutição direta
		Manobra de Laringe Exercício postônico com no
		OFA 5.
		Estimulação da laringe e aspiração.
		Sugestão - Iniciar dista via oral e excluir na comitê me líquido posterior
		- Remover a SLE p/ dista.
		(S) 93748



675477
 675478
 675479

FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: _____
DO HOSPITAL: L12 G
PARA O HOSPITAL: King's Cancer
MÉDICO ASSISTENTE: W. T. T. T. DATA: 12, 11, 2016

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: Moisés Antônio da Silva SEXO: M

PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ Nº: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: R. do Fim 1467 BAIRRO: Centro

MUNICÍPIO: Alegre ESTADO: PE

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

1. História da doença em questão, sintomas e aspectos
da história pessoal relacionados com TCE, SPO₂

26. PA = 110 x 30

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

DIAGNÓSTICO:

PROVAVEL: + B.S. C/D



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 960798 e PRONTUÁRIO nº 96622

PACIENTE: MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 05.03.76

Data e Hora do Atendimento: 12.11.16

Horário: 23:49h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE com rebaixamento do nível de consciência, entubado, pupilas anisocóricas, Glasgow 03. Atendido pelo Dr. Gustavo Patriota CRM 6800, Dr. Aristavora Fernandes CRM 2904, Dr. Erickson Bonifácio CRM 6005, Dra. Thaise Agra Teixeira CRM 5247.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO + HEMATOMA
PUNTAMINAL TRAUMÁTICO CID 10 S 06 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou contusão temporal à direita e tratamento cirúrgico em 13.11.16 com craniotomia descompressiva e tratamento cirúrgico do hematoma puntaminal traumático.

ALTA HOSPITALAR: 07.12.16

Data da Emissão: 16.03.17

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CEMETSHL
CRM - 3920

Dr. Glênder Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Nome: <u>Marcos Antonio Clementino Alvarado</u>		N de BE: <u>960798</u>	
Idade: <u>40</u>	Sexo: <u></u>	Clinica: <u></u>	Enf.: <u></u>
Data de admissão: <u>12.11.16</u>		Alta: <u>07.12.16</u>	
Diagnóstico de Internação:		Tempo de Permanência:	
TEC grave			
Diagnóstico Definitivo:			
contusão hemisférica D			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>TC crânio simples</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Craurotomia descompressiva + drenagem de Hematoma</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
ECG: <u>12</u>			
Hemograma <u>com alteração</u>			
Orientações Pós Alta			
Reposo: <u>90</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>10</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Paracetamol</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u>NER / Htop</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>NER / Htop</u> em 30 dias para revisão.			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			
INIBER MEDICA			

INIBER
MEDICA
FARMACIA

FARMACIA



Receituário Médico

RECEITA

Marcos Antonio Clementino Nascimento

Louco Néron

Paciente vítima de acidente de
trânsito em 12-11-16. Apresentou TCE
grave com contusão hemisfério (D).
Intubação à canectoma e desconexão
+ drenagem de hematócrito.

Receita ECG: 13/12 (desconexão importante)
Hemiparesia e
ÁREA DE CANECTOMIA (D)

Liberto apresentando

Data: 1 / 1 /

06.03.17

Médico - CRM

CRM 5247

CD: S.06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE SAÚDE

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

0012

Nome: **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**

Assinatura do Titular

SABEMI SEGURADORA S/A

07 JUN 2017

RECEBIDO

21.721.110-2

21.721.110-2

MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO

MAIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

PARAÍSA 09/03/1974

C. NASC. CIV 03/01A FLG 70 TERM 306

RECEB

033.429.167-98

092 112 167-98

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

Nome

Nascimento



-0012-

Produto de Identificação do IB

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

31.197.799-5

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21/08/2014

NOME

MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA

FILIAÇÃO

JOSÉ RONALDO FERREIRA DA SILVA

MARIA DAS GRAÇAS CLEMENTINO DO
NASCIMENTO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

PARAÍBA

08/10/1990

DOC. ORIGEM

C. NASC LIV 00014A FLS 024

TERM 0013529

ALAGOINHA

PB

CPF

088.636.734-35

001

1 Vb

Fernando Avelino B. Vieira
FERNANDO AVELINO B. VIEIRA
PRESIDENTE DO DETRAN-PB
MTR. 24/007.318-7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

0520

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

 0520
Polígono Direto



Maria José do Nascimento Silva
Assinatura do titular

CARTERA DE IDENTIDADE



RECEBIDO

012235403460

[illegible]

1. DATE _____
 2. NAME _____
 3. ADDRESS _____
 4. CITY _____
 5. STATE _____
 6. ZIP _____
 7. PHONE _____
 8. TELETYPE _____
 9. TELEFAX _____
 10. EMAIL _____
 11. WEB _____
 12. MOBILE _____
 13. PAGER _____
 14. TELEVISION _____
 15. RADIO _____
 16. OTHER _____
 17. REMARKS _____
 18. INITIALS _____
 19. SIGNATURE _____
 20. DATE _____

SABEMI SEGURODORA S/A
07 JUN 2017
RECEBIDO

SABEMI SEGURODORA S/A
07 JUN 2017
RECEBIDO

SABEMI SEGURODORA S/A
07 JUN 2017
RECEBIDO

[illegible]

018235403460

2015 21/09/2015

R 14743 11460

R 13104034 HONGKONG 300 R

3213 9 90120431044390710

RECEIVED

2015

SUB-EN

08235403460

2015 21/09/2015

K1474311400

HONGKONG 300 R

90910431044090710

ISSUED

SUB-EN

018235403460

2015 21/09/2015

R 14743 11400

12131040904 HONGKONG 300 K

3018 0 90120431044090710

RECEIVED

12-10-15

12/10/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

HONGKONG 300 R

90120431044190710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

HONGKONG 300 R

90120431044190710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311400

HONGKONG 300 R

90120431044190710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

HONGKONG 300 R

90120431044190710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

HONGKONG 300 R

90120431044190710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/09/2015

K127811460 HOGWARTS 300 R

2015 9 90120431044890710

ISSUED

21/09/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

018235403460 HONGKONG 300 R

0018 9 9018235403460710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

018235403460 HONGKONG 300 R

0018 9 9018235403460710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

018235403460 HONGKONG 300 R

0018 9 9018235403460710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

018235403460 HONGKONG 300 R

0018 9 9018235403460710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/08/2015

K1474311460

018235403460 HONGKONG 300 R

0018 9 9018235403460710

ISSUED

21/08/2015

SUB-EN

018235403460

2015 21/09/2015

R1274311460

HONGKONG 300 R

901235403460

RECEIVED

21/09/2015

018235403460

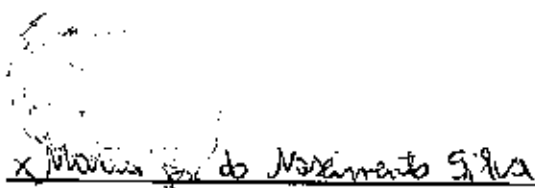
21/09/2015

DECLARAÇÃO

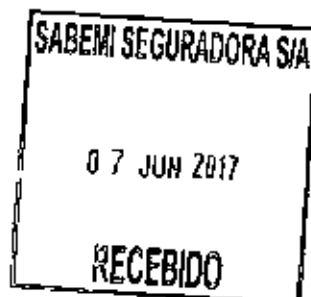


EU, MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO, INSCRITO NO RG: 21.721.414-2 E CPF: 072.429.167-98, VENHO POR MEIO DESTA, INFORMAR QUE A MOTO HONDA CB 300R, ANO E MODELO 2010, COR PRETA E PLACA NOB 3088/PB, EM QUE EU SOFRI O ACIDENTE DESCRITO NESTE PROCESSO, NÃO ERA DE MINHA PROPRIEDADE, SENDO DE UM AMIGO, QUE NO MOMENTO ESTAVA EMPRESTADA A MINHA PESSOA, E APÓS O ACIDENTE NÃO SEI MAIS ONDE ELA ESTÁ LOCALIZADA, AFIRMO AINDA TAMBÉM QUE DEVIDO AO ACIDENTE, ESTOU COM DIFICULDADES EM MOVIMETAR OS DEDOS E MÃOS E POR ESTE MOTIVO NÃO PUDE ESCREVER DE PRÓPRIO PUNHO ESTE DOCUMENTO, SENDO REPRESENTADO AQUI POR MINHA PROCURADORA , QUE ABAIXO SUBSCREVE.

ALAGOA GRANDE, 04 DE ABRIL DE 2017.


x Marcos Antonio Clementino do Nascimento Silva

MARCOS ANTÔNIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO



Declaração



10028

10028

Eu, Marcos Antonio Clementino do Nascimento, inscrito no RG: 21.721.414-2 e CPF: 072.429.167-98, venho por meio desta, informar que a moto Honda CB 300 R, ano e modelo 2010, cor preta e placa NOB 3088/PB, em que eu sofri o acidente descrito neste processo, não era de minha propriedade, sendo de um amigo, que no momento estava emprestada a minha pessoa, e após o acidente não sei mais onde ela está localizada, sendo representado aqui por minha procuradora, que abaixo subscreve:



Alagoa Grande 11 de julho 2017

Maria José do Nascimento Silva.



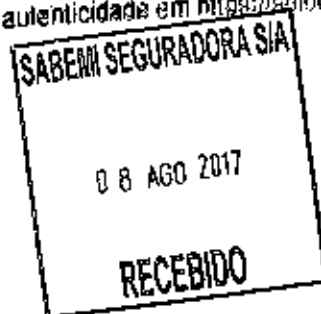
Cartório do 2º Ofício
Julma Coelho

Cartório do Segundo Ofício de Notas - Alagoa Grande-PB
Rua Francisco João Gonçalves de Miranda, 118 - CEP: 54352-000
Fone: (31) 8273-2388 - E-mail: augunof2@cartorios.al.gov.br
Sítio: 15 Pinar Noroeste do Brasil

Reconheço, a(s) Firma(s) por () Semelhança e/ou
(X) Autenticidade de: Maria José do Nascimento Silva
Alagoa Grande, 11 / Julho / 2017
[Assinatura]
TABELIA PÚBLICA



Selo Digital: AFK84236 - HK60
Consulte a autenticidade em <https://cartodigital.ipb.jus.br>





CARTÓRIO DO SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS

Francisco Lino Cavalcanti de Miranda, 06 - Alagoa Grande-PB.

Fone: (083) 3273-2368. E-mail: segundooficionotas.ag@gmail.com

Livro: 87

Folha: 002

PROCURAÇÃO bastante que faz **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**, na forma abaixo:

S A I B A M os que este Público Instrumento de Procuração bastante vir, que aos trinta (30) dias do mês de março do ano de dois mil e dezessete (2017) nesta cidade de Alagoa Grande sede da Comarca de igual nome, Estado da Paraíba, em meu Cartório, à Rua Francisco Lino Cavalcanti de Miranda nº 06, perante mim Escrevente Substituta, compareceu como Outorgante **MARCOS ANTONIO CLEMENTINO DO NASCIMENTO**, brasileiro, solteiro, servente de pedreiro, portador da Cédula de Identidade sob nº 21.721.414-2 SSP/RJ, e CPF sob nº 072.429.167-98, residente e domiciliado na Rua do Sol, nº 1467 Centro, Alagoinha-PB CEP: 58.390-000 reconhecido com o próprio de mim Escrevente Substituta e pelas duas testemunhas abaixo mencionadas, do que dou fé, e perante as quais, por ele outorgante me foi dito que, por este Público Instrumento e na melhor forma de Direito nomeia e constitui sua bastante procuradora, **MARIA JOSÉ DO NASCIMENTO SILVA**, brasileira, divorciada, estudante, portadora da Cédula de Identidade sob nº 31.197.799-5 SECC-DETRAN/RJ e CPF: 088.656.734-35, residente e domiciliada no mesmo endereço do outorgante. A quem confere amplos e ilimitados poderes para, resolver assunto referente à **SEGURO DPVAT**, podendo enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, apresentar, assinar documentos referentes ao sinistro junto a **SEGURADORA LIDER, SEGURADORAS CONVENIADAS** e a **SUSEP**. Como também poderes para constituir advogados com as cláusulas **"AD JUDICIA ET EXTRA"**, podendo assinar todo e qualquer documento referente ao requerimento administrativo do **SEGURO DPVAT**, junto a Seguradora Líder, Seguradoras Conveniadas à **SUSEP**. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato. Os dados constantes na presente procuração foram fornecidos pelo (a) outorgante que responde civil e criminalmente por quaisquer eventualidades que venham a ocorrer. Valores previstos em Lei Federal 8.935/94 e Lei Estadual 6.402/96 de 25.01.05 Emolumentos: R\$ 46,16; Feij: R\$ 9,23; Farpem: R\$ 5,01; Iss: 1,51. Total: R\$ 61,91. Validade: 01 ano. E de como assim o disse, do que dou fé. Lavrei este Instrumento que lhe sendo lido em voz alta, aceitaram e assinam com as mesmas testemunhas, minhas conhecidas, presentes a leitura desta que são: cidadãos Luciano José Barbosa dos Santos, Ana Paula de Sousa Lima, com a Sra. Ana Lúcia dos Santos Cabral, a rogo do (a) Outorgante devido ao seu estado de saúde (a), deixando o (a) mesmo (a) a impressão digital do dedo polegar direito. Em test.(sinal) da verdade, a Escrevente Substituta Maria Regina Carmen Nóbrega de Araújo, (aa) Ana Lucia dos Santos Cabral, Luciano Jose Barbosa dos Santos e Ana Paula de Sousa Lima. Está conforme com o original: dou fé.

Alagoa Grande, 30 de março de 2017.

Em Teste da verdade.

A Escrevente Subst.

Maria Regina Carmen Nóbrega de Araújo

