



13/07/2023

Número: **0800632-98.2023.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **11/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.425,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
MARIA DAS GRACAS XAVIER (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76038997	13/07/2023 09:58	Petição	Petição
76039449	13/07/2023 09:58	2884236_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
76039451	13/07/2023 09:58	2884236_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_02	Outros Documentos

EM ANEXO



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: 439 101 834-72 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: SUELIANO XAVIER DOS SANTOS 6 - CPF: 105 212 318-09
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: Rua ANTONIO CONSTANTINO DIAS
9 - Número: 56 10 - Complemento: 609
11 - Bairro: MARIA FAUSTINA 12 - Cidade: NOVA FLORESTA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58178-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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 - DADOS 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) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4316 CONTA: 14670 9 AGÊNCIA: CONTA:

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 o dano, 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 (assinale 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 decorrentes do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado(a) Civil ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 15/02/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO 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: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente 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 293 do Código Penal.

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
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: JESSICA ARIADNE DANTAS SILVA
CPF: 123.541.164-89
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: FRANCISCO SERGIO DA COSTA MARACU
CPF: 018.696.734-00
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Piau-PB, 05/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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 AS:

3 - CPF da vítima:

439 191 834-72

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

MANIA DAS OLIVEIRAS XAVIER

6 - CPF:

014 595 694-66

7 - Profissão:

PRENHEIRA

8 - Endereço:

RUA SANTOS DUMONT

9 - Número:

514

10 - Complemento:

S/N

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

NOVA FULCOSA

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58178-000

15 - E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(83) 3371-2274

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:

☒ R\$ CUSTO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS 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)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4916

CONTA: 909725452

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por 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 decorrentes do acidente ou do fato gerador, com o art. 6º, §1º, da Lei 6.194/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica e 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)

☐ Univerjado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

15/02/2020

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: 10

Falecidos: 00

30 - Vítima deixou

nascuro (vivo/nascuro)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: 00

Falecidos: 00

33 - Vítima deixou

pai/viv? ☒ Não

34 - Vítima deixou

matrão/viv? ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a provarem sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração inverdadeira poderá gerar a suspensão ou ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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: JESSICA ARIDONE D. SILVA

CPF: 123.541.164-89

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: FERNANDO S. DA C. MOREIRA

CPF: 021.626.234-00

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: FICU-PR, 06/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

IPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

499 191 834 -12

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

FRANCISCA MARIA DA SILVA

6 - CPF:

099.559.304-11

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

RUA SEVERINA CLEMENTINO DE MORAES

9 - Número:

239

10 - Complemento:

019

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

AMARA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58396-000

15 - e-mail:

nlldantas@hotmail.com

15 - P.I.(DDD):

(83) 3371-2274

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\$1.000,00 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 - DADOS 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)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0038

CONTA:

58676

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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/empréstimo do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a ativação 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fato motivo assinalado, solicito o amargamento 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signifi- ca renúncia ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu resultado.

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:

15/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO

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: 10

Falecidos: 00

30 - Vítima deixou:

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou:

☐ Sim

☒ Não

34 - Vítima deixou:

☐ Sim

☒ Não

35 - Vítima deixou:

☐ Sim

☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, a não, de que a quem 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

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

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 - 1º Nome: JESSICA ARIADNE DANTAS SILVA

CPF: 123.344.164-89

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: FRANCISCO SEBASTIÃO DA COSTA AMARAL

CPF: 021.636.734-00

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife - PE, 05/04/2021

Assinatura da vítima ou do representante legal

Assinatura da vítima ou do representante legal

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 09:58:06

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071309580515800000071628016

Número do documento: 23071309580515800000071628016

Num. 76039449 - Pág. 3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

479191834-72

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS 6 - CPF: 021143834-67
7 - Profissão: APOSENADA 8 - Endereço: RUA SANTOS QUMANT 9 - Número: 510 10 - Complemento: 69A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: NOVA FLORESTA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58178-000
15 - E-mail: niloidantas@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 3371-2274

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine o único opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0659 2 CONTA: 5412 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a ativação 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo acima arto, 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 do Segurado Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 22, §1º, declarando que esta autorização não signifi- ca prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde da avaliação feita.

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: 15/02/2020
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: VIÚVA
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, esta não sendo, ainda, o que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ou reembolso, além da responsabilidade criminal por infração do art. 289 do Código Penal.

31 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 35 - Nome legível de quem assina a rogua pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogua pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogua pedido

38 - 1ª Nome: JESSICA ARIADNE DANTAS SILVA CFP: 123.541.164-89 JESSICA ARIADNE D. SILVA Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: FRANCISCO JERONIMO DA SILVA MACIEL CFP: 021.656.334-00 FRANCISCO J. DA S. MACIEL Assinatura da testemunha

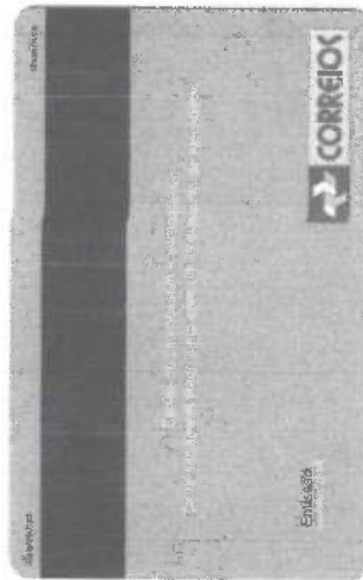
40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

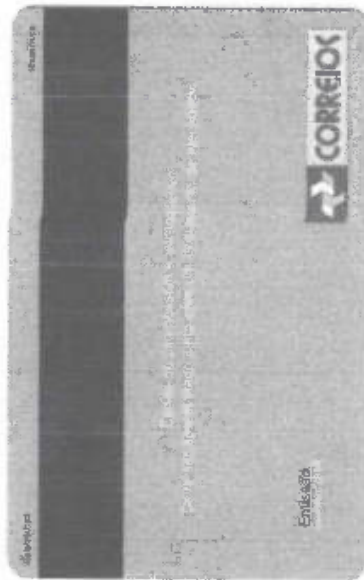
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2020







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-025




Francisca Maria Xavier

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.063.912 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 21/07/2017

NOME FRANCISCA MARIA XAVIER

FILIAÇÃO ANTONIO XAVIER

RUA MARIA DA CONCEIÇÃO

IDENTIDADE

NOVA FLORESTA-PB

DATA DE NASCIMENTO 03/06/1957

RG N. 2358 FLS. 190 LIV. 3A

CARTÓRIO NOVA FLORESTA PB

OPF 049.559.304-911

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 09:58:06

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071309580515800000071628016

Número do documento: 23071309580515800000071628016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-025

Kristina Maria Xavier

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.063.912 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 21/07/2017

NOME FRANCISCA MARIA XAVIER

FILIAÇÃO ANTONIO XAVIER

RUA MARIA DA CONCEIÇÃO

IDENTIDADE

NOVA FLORESTA-PB

DATA DE NASCIMENTO 03/06/1957

RG N. 2358 FLS. 190 LIV. 3A

CARTÓRIO NOVA FLORESTA PB

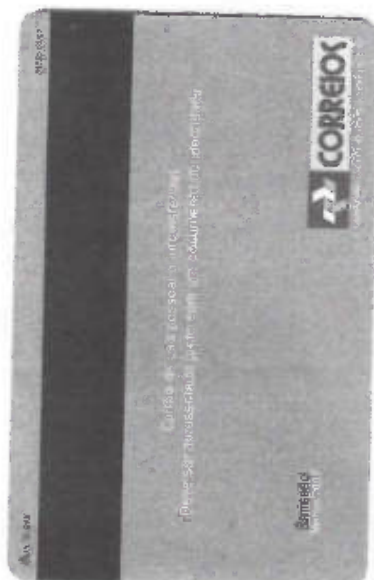
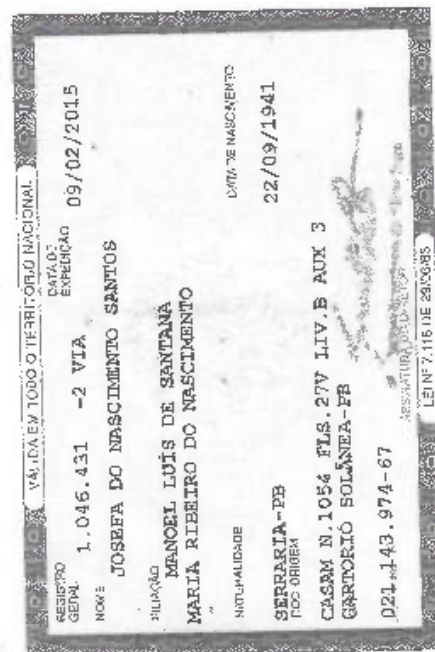
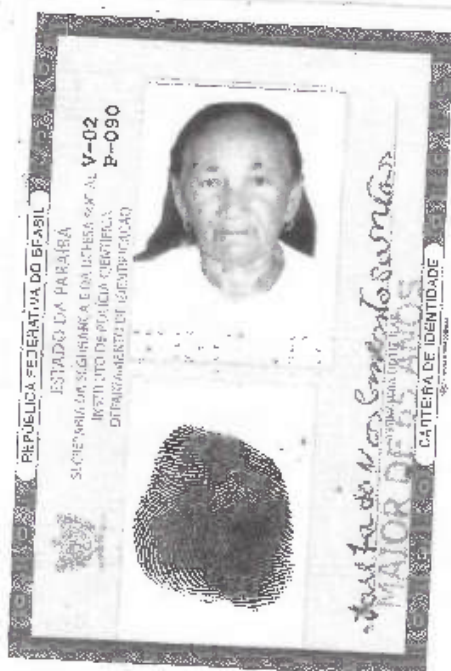
OPF 049.559.304-911

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 09:58:06

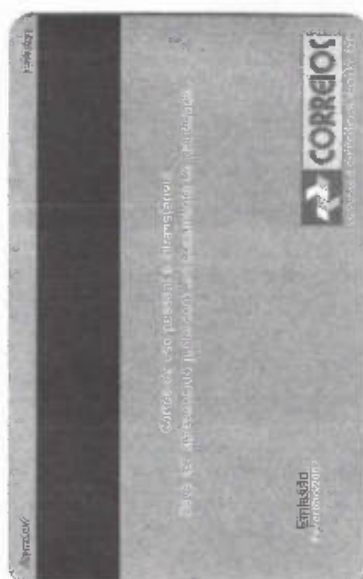
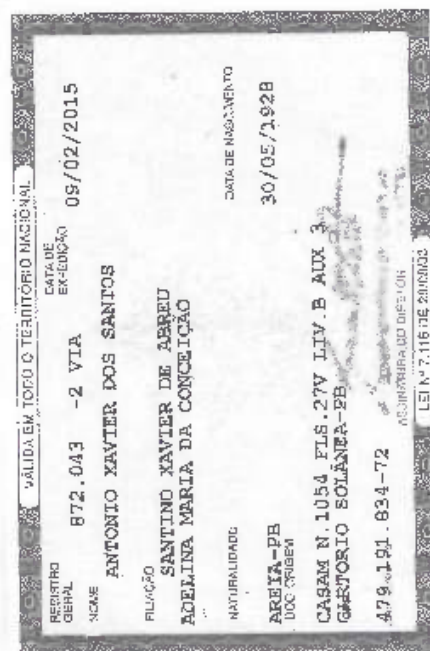
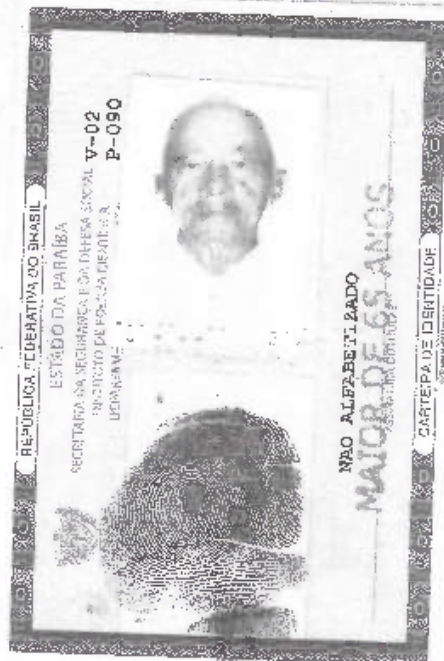
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071309580515800000071628016

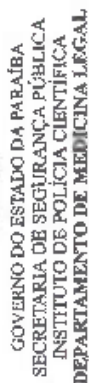
Número do documento: 23071309580515800000071628016











GUIA DE RECOLHIMENTO DE CADÁVER Nº

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDERECO: AV. FLORIANO PEIXOTO, 1045 - SÃO JOSÉ - CEP 58110-001 - C. GRANDE - PB.

Argumente (in der Diskussion)

FILIAÇÃO: MÃE: Achele Nogueira Costa

PAI: _____

SEXO: M COR: B IDADE: 92a

PROFISSÃO: engenheiro ENDEREÇO: Rua Felipe Schodens, 50

LOCAL DE ÓBITO: 11-12-1973 (da Tmto < 1000gr. Ph

DATA E HORA DO ÓBITO: 15/02/2020 - 12.03h.

BREVE HISTÓRICO DO C. O. P. sobre o desenvolvimento desde 01/01/2020 até 30/06/2020, com o intuito de apresentar o andamento da gestão e a situação financeira da entidade, bem como a situação da saúde financeira da entidade, para que o Conselho Fiscal possa acompanhar o andamento da gestão e a situação financeira da entidade, bem como a situação da saúde financeira da entidade.

SOCORRO MÉDICO (data / hora / onde foi medicado / qual medicação usada / retirada do corpo do paciente / qual intervenção?) Retirada (órgãos ou segmentos): quais?

OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS:

Campina Grande - PB.

Assinatura e carimbo do Médico Assistente

(PREENCHER EM LETRA DE FORMA OU À MÁQUINA)

PIN 9501

 GOVERNO DA PARÁ		SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER	
DADOS DA OCORRÊNCIA		DADOS DA VÍTIMA	
ORIGEM DO CADÁVER ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICUADO ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICUADO ☐ BVO / UNIDADE DE SAÚDE		ARMAS UTILIZADAS ☐ ARMA DE FOGO ☐ ARMA BRANCA ☐ OUTROS OBJETOS:	
LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA (NOME, ENDEREÇO, CIDADE)		LOCAL DO CADÁVER (NOME, ENDEREÇO, CIDADE)	
NÚMERO	COMPLEMENTO (APT., SUÍTA, ANEXO, ETC.)	BARRIO	MUNICÍPIO / UF
LOCALIDADE / CONTINUIDADE		LATITUDE	LONGITUDE
PONTO DE REFERÊNCIA		APELIDO	CONDIÇÃO
NOME	MAE	IDADE ATUAL	IDENTIDADE
SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO ☐ CASADO	DATA NASCIMENTO	IDADE ATUAL	IDENTIDADE
CPF	COR DA PELE / ETNIA ☐ PRETA ☐ PARDIA	BRANCA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA	INDÍGENA
RESPONSÁVEL PELO EMPENHAMENTO		DELEGADO DE POLÍCIA (NOME):	
INSCRIÇÃO		INSCRIÇÃO Nº	
ÓRGÃO ☐ GREGUIM / NUCLEO ☐ PG ☐ UNIDADE DE SAÚDE ☐ SVD ☐ OUTRO	ASSINATURA	ASSINATURA	
ASSINATURA		ASSINATURA	
Nº 20165478		Nº 20165478	





 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1259655-7

CADASTRE SUA FATURA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0001200556

	VALOR DA FATURA		VERIFICAR
	R\$ 12,65		26/10/2020
	DEPARTAMENTO		CONSUMO
	Out / 2020		1kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS		FATURAS EM ATRASO 06/10/20 R\$10,55 09/10/20 R\$12,15	

[illegible]

	TOTAL	12.95	0.00	0.00	18.63	0.00	0.00
CCF Outgoing Checkings de depen							
Fund's Investment - ANS SOUTH AMERICA							
RESERVATION AS FUND							

4796 8473.8163.0681.7642.6228.7cb5-103b.

	Unit US\$	Valor (R\$)	%
Importações	2.400	14,71	
Exportações	2.400	14,71	
Saldo	0	0,00	
Total	4.800	29,42	
Saldo	0	0,00	
Total	4.800	29,42	

PRÓXIMA LETURA
18/11/2020

[illegible]

ATTENÇÃO

- [illegible]

2000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-096




Jéssica Ariadne Dantas Silva
ASSINATURA IDENTIFICADA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.902.918 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/10/2019
NOME	JÉSSICA ARIADNE DANTAS SILVA		
FILIAÇÃO	JOSÉ VITÓRIO DE CASTRO SILVA JOSIANE ALICE DANTAS SILVA		
NATURALIDADE	PICUI-PB	DATA DE NASCIMENTO	05/07/2001
DOC. ORIGEM	NASC.N.19429 FLS.215V LIV.A20 CARTÓRIO PICUI-PB		
123.541.164-89		O +	

ASSINATURA DO DIRETOR
12/11/2019 09:08:03
Chefe do DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





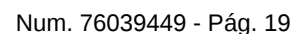
CHAMADA (Telefônica)	Nº	00000000000000000000	DATA	05/02/2022	HORA	12h 00min
Médico(s) Registrado(a) Dr. (s)	La Viana					
MOTIVO:	☒ SOCORRO	☐ TRANSPORTE	INFORMAÇÃO*		☐ OUTRO	Tempo At. até 15 min
Município de Origem: <u>Nova Friburgo</u>						
Yssabere:						
SOCORRO	TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE				
☒ TRAUMÁTICO	☒ CASO CLÍNICO	<u>Acidente moto</u>				
☐ OBSTÉTRICO	☐ PSIQUIÁTRICO					
PACIENTE	Nome Completo	<u>Antonio Xavier dos Santos</u>				
	Endereço atual ou endereço antigo (Paciente Juiz, N.º Apt., Salão, Fim de linha de referência)	<u>Rua Norte 1000, Jd. Eldorado, N.º 1</u>				
	N.º do Documento	<u>101.2022.6423.2278</u>				
ESTADO DE CONSCIENTIA		RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR/AGUIA	
☐ Consciente	☐ Espontânea	☒ RIM	☒ Oquido	☐ Abundante	☐ Abdominal	
☐ Orientado	☒ Superficial	☒ Normal	☒ Nítido/Bom	☐ Cefálica	☐ Cervical	
☐ Desconhecido	☐ Irregular	☐ Leve	☒ Vegetal	☐ Torácica ou	☐ Torácica ou	
☐ Inconsciente	☐ Não Respira	☐ Irregular	☒ Hemi-inerte	☐ Hemorágica	☐ Hemorágica	
☐ Outros	☐ Não Sabo	☐ Sem pulso	☐ Outros	☐ Outros	☐ Outros	
TRABALHO DE PARTO		TRAUMA				
☐ Ut. Contráção / 10 min.	☒ Anestesiado	☐ Queda da própria altura				
☐ 1-3 Contráção / 10 min.	☐ Anestesia Cefálica	☐ Queda de altura inf. a 4 m				
☐ 3-5 Contráção / 10 min.	☐ Admissão de material	☐ Queda de altura sup. a 4 m				
☐ Não Sabo	☐ Anestesia Anestesiado	☐ Experiência				
☐ Baixa Rota	☐ Outros	☐ Outros				
☐ Sangramento						
☐ Nascimento						
GRANDADE PRESUMIDA	☐ ILESO	☐ PEQUENA MORTE	☐ UT	☐ RÁPIDO	☐ MÉDIA	☐ INDETERMINADA
☐ MEIOS	☐ USA	☒ USB	☐ UT	☐ RÁPIDO	☐ MÉDIA	☐ INDETERMINADA
HORÁRIOS	16:00	16:20	16:40	17:00	17:20	17:40
EQUIPE	16:00	16:20	16:40	17:00	17:20	17:40
APROVADO	16:00	16:20	16:40	17:00	17:20	17:40
INDETERTE	16:00	16:20	16:40	17:00	17:20	17:40

Two human silhouettes are shown. The left silhouette is labeled "normal" and "normal body temperature". The right silhouette is labeled "Cystic fibrosis" and "Low body temperature".

Copyright © 2003

habe p/ o Hospital local após avaliação
de outros local, o mesmo foi selecionado
opção de USA.

ESCALA DE COMA GLASGOW		
ADULTOS	MEMORES DE 5 ANOS	ESCALA
Abre os olhos espontaneamente	Abre espontaneamente	4
Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos	3
Com Estímulos Visuais	Com Estímulos Visuais	2
Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos	1
Orientado	Sabedoria	5
Confuso	Choro Inzbal	4
Falhas Inapropriadas	Choro a dor	3
Som ou Gestos	Gestões a dor	2
Nenhum	Nenhum	1
Obediência Satisfatória	Movimentos Espontâneos	6
Localizar Dor	Resposta Tônica	5
Flexão Normais	Reflexo a dor	4
Flexão Anormais	Reflexo Abnormal	3
Extensão a Dor	Reflexo Anormal	2
Nenhum	Nenhum	1

[illegible]

Vitima de atropelamento na Av. São João, próximo ao SAMU

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº 2098636

CLASS. DE RISCO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 06.772.258/0018-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campinas Grande - PB, CEP: 58432-909 Data: 03/02/2020
Buleirão de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

Idade: 59

Nascimento: 30/05/1928

Sexo: M

Telefone: 558092322

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: Nova Horta

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Nome da Mãe: ADILINA MARIA DA CONCEIÇÃO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Responsável: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Estado Civil: Casado(a)

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59

Endereço: CENTRO

Endereço: RUA FELIPE FLORENTINO

Idade: 59



HTOG - Parece Administrativo
Data da Impressão: 15/07/2023 09:58:06
Data da Impressão: 09/07/2023 09:58:06
Módulo: 444 - Parece - Parece Administrativo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:
Nome do Paciente: ANTONIO NAVEIRO DOS SANTOS
Data de Nascimento: 30/05/1928
Idade: 95
Sexo: M
Endereço: Rua da República, 100 - Centro - João Pessoa - PB

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL, HIPOSSODICA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - EV. 60-90 ml	12 18 24 06
3	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
4	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
5	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
6	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
7	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
8	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
9	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
10	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
11	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
12	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
13	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
14	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
15	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
16	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
17	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
18	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
19	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
20	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06

15/07/2023 09:58:06
Data da Impressão: 09/07/2023 09:58:06

HTOG - Parece Administrativo
Data da Impressão: 14/07/2023 09:58:06
Data da Impressão: 09/07/2023 09:58:06
Módulo: 444 - Parece - Parece Administrativo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:
Nome do Paciente: ANTONIO NAVEIRO DOS SANTOS
Data de Nascimento: 30/05/1928
Idade: 95
Sexo: M
Endereço: Rua da República, 100 - Centro - João Pessoa - PB

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA POR SONDA NASOENTERAL, HIPOSSODICA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - EV. 60-90 ml	12 18 24 06
3	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
4	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
5	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
6	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
7	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
8	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
9	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
10	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
11	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
12	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
13	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
14	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
15	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
16	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
17	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
18	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
19	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06
20	DIETONA SODICA 500 MG/ML 2 ML - EV. TAMPOLA 40 ml	12 18 24 06

14/07/2023 09:58:06
Data da Impressão: 09/07/2023 09:58:06

[illegible]



13/07/2023

FTOG - Fone! Administrativo

CNPJ: 10.948.190/0001-55
Data: 13/07/2023
Folha: 09 de 39
Médico: José Sidney Oliveira De Andrade



EVOLUÇÃO MÉDICA

13/07/2023

Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 60
Nome do Médico: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - II

Indicação: TERAPIA INTENSIVA Diagnóstico: POLITRAUMA + TCE + CONTUSÃO
HEMATÓRAGICA + PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE DERMATOMA INTRACRANIAL Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 15/02/2020 HORA: 06:25:27

10ª DIH ÁREA LARANJA

91a SENO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICAS

DISPOSITIVOS: TOT + VNI

ACVASCED

SVD

CONTROLES: PAS 136 - 224 MMHG

PAD 64 - 42 MMHG

FC 85 - 111 MMHG

TAX 36 - 28,5 %

HGT 158 - 258 MG/DL

DURESE 1750 ML/24 HS DI 981

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SIGUE EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO EM TOT + VNI, SOB SA, SEM DVA, COMATOSO, ACIANÓTICO, ANÉTRICO, EDEMAS MMBE + 4+ CÍFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE, COM 3 EPISÓDIOS FEBRIS NAS ÚLTIMAS 24H, SEM DENSIFICAÇÕES, SEM DISCRITIVIDADES, DURESE CLARA E SEM GRUÍOS

ACVRCR 21 ENFS

AR MV - ARIOS HTX, RÍNCOS BILATERAIS

ACI ABDOME SEMI GLOBOSO, DISTENSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

EX - RASS - 4 PPR, REFLEXOS DE TRONCO PRESERVADOS

CONDIÇÕES: SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO

AJUSTES DE EX

MANUTENÇÃO SEM SA

APM

ASSINATURA + CARIMBO
José Sidney Oliveira De Andrade

Doa 11.23h pelo médico com P.O. realizado R.C. P.O. 11.23h
Assinado eletronicamente em 13.07.23

4 - CG-Fone! Administrativo

CNPJ: 10.948.190/0001-55
Data: 13/07/2023
Folha: 08 de 140
Médico: José Sidney Oliveira De Andrade



EVOLUÇÃO MÉDICA

13/07/2023

Paciente: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS Idade: 60
Nome do Médico: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Admissão: 04/02/2020 DIH - II

Indicação: TERAPIA INTENSIVA Diagnóstico: POLITRAUMA + TCE + CONTUSÃO
HEMATÓRAGICA + PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE DERMATOMA INTRACRANIAL Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 14/02/2020 HORA: 06:39:34

9ª DIH ÁREA LARANJA

91a SENO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICAS

DISPOSITIVOS: TOT + VNI

ACVASCED

SVD

CONTROLES: PAS 136 - 224 MMHG

PAD 64 - 42 MMHG

FC 85 - 111 MMHG

TAX 36 - 28,5 %

HGT 158 - 258 MG/DL

DURESE 1750 ML/24 HS DI 981

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SIGUE EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO EM TOT + VNI, SOB SA, SEM DVA, COMATOSO, ACIANÓTICO, ANÉTRICO, EDEMAS MMBE + 4+ CÍFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE, COM 3 EPISÓDIOS FEBRIS NAS ÚLTIMAS 24H, SEM DENSIFICAÇÕES, SEM DISCRITIVIDADES, DURESE CLARA E SEM GRUÍOS

ACVRCR 21 ENFS

AR MV - ARIOS HTX, RÍNCOS BILATERAIS

ACI ABDOME SEMI GLOBOSO, DISTENSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

EX - RASS - 4 PPR, REFLEXOS DE TRONCO PRESEVADOS

CONDIÇÕES: SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO

AJUSTES DE EX

MANUTENÇÃO SEM SA

APM

ASSINATURA + CARIMBO
José Sidney Oliveira De Andrade



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

: JLN 24 203 400 SCH 500

Package: **NETSIO WATER PANS SYSTEMS**
[add: 00]

[illegible]

$\text{Droptail}(\alpha, \beta, \gamma) = \frac{\alpha}{\beta + \gamma} \left(\frac{\beta}{\beta + \gamma} + \frac{\gamma}{\beta + \gamma} \right)$

INSTRUMENTOS DE TRABAJO PARA LA INVESTIGACIÓN EN LA PSICOLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN

15:41:24: 3.65

11-01
11-02
11-03
11-04
11-05
11-06
11-07
11-08
11-09
11-10
11-11
11-12
11-13
11-14
11-15
11-16
11-17
11-18
11-19
11-20
11-21
11-22
11-23
11-24
11-25
11-26
11-27
11-28
11-29
11-30
12-01
12-02
12-03
12-04
12-05
12-06
12-07
12-08
12-09
12-10
12-11
12-12
12-13
12-14
12-15
12-16
12-17
12-18
12-19
12-20
12-21
12-22
12-23
12-24
12-25
12-26
12-27
12-28
12-29
12-30
12-31

DIE TA POR SONDAS NASCIMENTAL HIPERINSULINICA
SABOZ FISIOLÓGICO 100% SUSPENSÃO EM GEL
DIPIROVA SODICA 500 MG/CM², T.E.V. LABORATORIA, Lda
CONDANSISTRON S.A. C/PRATA 72 MOGIMI - SP, E.V. LABORATORIA, Lda

ed. C. SARTI
M. VIGOREN
GRANIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 3 ML. E. N. 90287
TRISMAPOL CLORIDRATO 400 MG/2 ML. E. N. 141051A. 2008

1. 100% CEMENTUM 330
 2. CLONAZEPAM 2MG
 3. CLONAZEPAM 1.5MG
 4. CLONAZEPAM 1.5MG/ML
 5. 100% CEMENTUM 330

10. **РЕЗУЛТАТИ НА СЪПРАВНОСТИ ВЪЗНОВИТЕЛНИ**
ПОЛИТИКИ - 79000, 80000, 61130, 51150
4-ИНТЕРНА СЪОБЩАВАЩА СЪОБЩАВАЩА 50000, 50000
30000 - 30000, 80000

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN
JOURNAL OF THE HISTORY OF MATHEMATICS
VOLUME 10, NUMBER 1, SPRING 1979

CLASIFICACIÓN
CÓDIGO DE CLASIFICACIÓN
NOMBRE DEL PRODUCTO
NOMBRE DEL FABRICANTE
NOMBRE DEL LABORATORIO

15. L. M. PIERRE-LA MANSIA
16. DIEGUEITO ELVADEO
POURTO ELVADEO A. M. G. PAULS
17. C. LUDOVIC GERARD-SINANS VILAIN

18. GILBERTIA CAMPILABYCRITERIO 60/60
CURRERE I CONSIGLI. PROTETTORE



16/02/2020

P-125-Processo Administrativo

CNPJ: 07.848.190/0001-55
Data: 16/02/2020
Folha: 164/655
Módulo: 011 Dm-Adm - Terceira Circulação Criminal dos Santos

EVOLUÇÃO MÉDICA

AS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2008776 Paciente: ANTONIO NATHAN DOS SANTOS Idade: 601
Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 20/05/1958 Sexo: M
Clínica/Terapia: INTENSIVA Enfermidade: LARANHA Lado: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 09/02/2020 HORA: 19:27:23

EVOLUÇÃO ÁREA LARANHA

S/DH EM ÁREA LARANHA

ID = TC

ORIENTAÇÃO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL TEMPORAL DIREITO

EM USO = SINTOMÁTICO

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ÁREA LARANHA, COM URGENTE EM FOT. SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA, SEM ADAPTADO, SEM DESCONFORTO, SEM DISTÚRBIO ACAD. NÍVEIS PRESSÓRICOS TENDO A DIFERENÇA NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS DENTRO DA NORMALIDADE, DUREZA CLARA E SEM GRÁFICO, EM USO DE SEDO-ANALGÉSIA COM ELEVAÇÃO DAS ESCORIAS NITROGENADAS.

AP = MV + SIMETRICO SRA

ACV = RCT, BNF SS

NEURO = GJT, OD-DE-REF +

EXT = PULSO + SIMETRICO

CTDADOS INTENSIVOS

ID = YPA

COMPARANDO COM NCR

ASSINATURA + CARIMBO
Terceira Circulação Criminal dos Santos

203

16/02/2020

P-125-Processo Administrativo

CNPJ: 07.848.190/0001-55
Data: 16/02/2020
Folha: 08/25/19
Módulo: 011 Dm-Adm - Terceira Circulação Criminal dos Santos

EVOLUÇÃO MÉDICA

AS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2008776 Paciente: ANTONIO NATHAN DOS SANTOS Idade: 601
Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 20/05/1958 Sexo: M
Clínica/Terapia: INTENSIVA Enfermidade: LARANHA Lado: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada:

EVOLUÇÃO

DATA: 09/02/2020 HORA: 08:33:30

EVOLUÇÃO ÁREA LARANHA

S/DH EM ÁREA LARANHA

ID = TC

ORIENTAÇÃO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL TEMPORAL DIREITO

EM USO = SINTOMÁTICO

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ÁREA LARANHA EM VM + TOT. SEM ADAPTADO, SEM DESCONFORTO, SEM DISTÚRBIO ACAD. NÍVEIS PRESSÓRICOS TENDO A DIFERENÇA NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS DENTRO DA NORMALIDADE, DUREZA CLARA E SEM GRÁFICO, SEM SEDO-ANALGÉSIA.

AP = MV + SIMETRICO SRA

ACV = RCT, BNF SS

NEURO = GJT, OD-DE-REF +

EXT = PULSO + SIMETRICO

CTDADOS INTENSIVOS

ID = YPA

COMPARANDO COM NCR

ASSINATURA + CARIMBO
Terceira Circulação Criminal dos Santos



23/07/2020

HTCC - Par. Adm. Administrativo

CNPJ: 10.583.891/0001-55
Data: 07/07/2020
Hora: 11:56:41
Módulo: 101 Direção: José Sidney Oliveira De Andrade



EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de protocolo: 2008776 Paciente: ANTONIO NAYER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Ass: 0002/2020 1011 - 3

Clinica: TERAPIA INTENSIVA Unidade: LARÂNJA Leito: 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada

EVOLUÇÃO

DATA: 07/07/2020 HORA: 11:53:53

4 EXAMENÇÃO ÁREA LARÂNJA

4.2 TUBO EM ÁREA LARÂNJA

4.2 HD = YCE

DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACEREBRAL TEMPORAL DIREITO

4.2 EM USO = SINTOMÁTICO

PACIENTE SIGUE EM LEITO DE ÁREA LARÂNJA EM VM + TOT, BEM ADAPTADO, SEM DESCOMFORTO, SEM QUESULACAO, NÍVEIS PRESSÓRICOS TÉCNICOS E GLICÊMICOS DENTRO DA NORMALIDADE, DIURESE LARÁ SEM GRUNDOS, EM SEIO ANALGESIA.

AP - VIV + SIMÉTRICO SRA

ACV - ROR EL. BNF NS

NEURO - GEL. CID = GE. REVI -

EXT - PULSO - SIMÉTRICO

CD - YPM
SUSPENDO SEIO ANALGESIA

Jose Sidney Oliveira De Andrade
Ass: 0002/2020 1011 - 3

ASSINATURA - CARIMBO
Jose Sidney Oliveira De Andrade

23/07/2020

HTCC - Par. Adm. Administrativo

Data de Impressão: 07/07/2020
Data da Impressão: 07/07/2020
Módulo: 101 Direção: José Sidney Oliveira De Andrade



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº de protocolo: 2008776 Paciente: ANTONIO NAYER DOS SANTOS Idade: 091

Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M

Ass: 0002/2020 1011 - 3 Diagnóstico: Cirurgia Realizada

07/07/2020

Prescrição

DIETA POR SONDAS NASOENTERAL HIDROSSÓDICA

2 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML E.V. 06:00h

3 DIFURONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06:00h

4 RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 06:00h

5 ONDA SUSTENTADA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06:00h

6 NECESSARIO

7 SINUSITIS

8 CLONAZEPAM 2 MG

9 P-SNG 1 X DIA

10 DIAZEPAM 10 MG 2 ML

11 AMP - ADAL - SECT SE CTIVAU SIVA

12 PENICILINA SÓDICA 50 MG/ML 5 ML

13 VAL - ADAL 8 MG

14 PENTANA CLORIDRATO 100 MG/ML 10 ML

15 VAL - 200 ML SORO E.V. 06:00h

16 MIDAZOLAM 5 MG/ML 10 ML

17 VAL - 200 ML SORO E.V. 06:00h

18 PAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06:00h

19 DOME - S - LENO - NSU

20 GLICOLIA 30% 10 ML E.V. LAMPOLLA 06:00h

21 S-LITO-SODICU

22 LOSARTANA POTASSIO 50 MG COMP

23 ICP-SNG 1 X DIA

24 CUBADIS GERAS - SINUSITIS

25 DECTUBO ELIVADO

26 DECTUBO ELIVADO A 10 GRAMAS

27 GLICERINA CAPILAR A CRITÉRIO 4ml

28 CORRER CONTINUAMENTE PROTUDO

Jose Sidney Oliveira De Andrade
Ass: 0002/2020 1011 - 3

SFO, J. - 1000 mg EV 06:00h
SFO, J. - 1000 mg EV 06:00h



HT03-Panel Administrativo
Data da Impressão: 09/07/2023
Hora da Impressão: 09:58:06
Módulo: 01 - Diários - José Saldy - Ilustração De Acordo



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ILUSTR. DO PACIENTE:
Nº do paciente: 200876 Paciente: ANTONIO NABER DOS SANTOS Idade: 191
Nome do XE: ADRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M
Módulo: 01 - Diários - José Saldy - Ilustração De Acordo

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA POR SONDA NASCENTERAI HIPONATRICA	OK
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 06h	OK
3	DIFENIDRAMINA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06h	OK
4	ONDASSETRINA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06h	OK
5	SE NECESSARIO	OK
6	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
7	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06h	OK
8	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
9	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
10	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
11	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
12	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
13	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
14	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
15	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
16	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK

José Saldy - Ilustração De Acordo
Data da Impressão: 09/07/2023
Hora da Impressão: 09:58:06

SFO, 9/1 - 1500 de EV abate 1x10

13/07/2023



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ILUSTR. DO PACIENTE:
Nº do paciente: 200876 Paciente: ANTONIO NABER DOS SANTOS Idade: 191
Nome do XE: ADRIANA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M
Módulo: 01 - Diários - José Saldy - Ilustração De Acordo

Item	Prescrição	Aprovação
1	DIETA POR SONDA NASCENTERAI HIPONATRICA	OK
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 06h	OK
3	DIFENIDRAMINA 500 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06h	OK
4	ONDASSETRINA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06h	OK
5	SE NECESSARIO	OK
6	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
7	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. LAMPOLLA 06h	OK
8	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
9	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
10	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
11	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
12	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
13	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
14	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
15	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK
16	TRANSFUSÃO DE SANGUE 30 MG/ML 2 ML E.V. 06h	OK

José Saldy - Ilustração De Acordo
Data da Impressão: 09/07/2023
Hora da Impressão: 09:58:06

SFO, 9/1 - 1500 de EV abate 1x10



Date: 05/02/2021
 Time: 12:57:17
 Address: 1007-7-16; A1106

PRESCRIÇÃO MÉDICA

D. V. DONG AND P. A. CULLEN JR.

55-15-23

Address: JAHNKE DRIVE -

[illegible]

DOI: 10.1002/for

1111 N. 4150th St., Suite 101, Scottsdale, AZ 85261

Nome	Prestito	Apresentação
1. KITA TESTE PARA GLEICEMIA CAPILAR	TURAS,	
2. GLUCIMETRA DE 600H		
3. SORO FISIOLOGICO 0,9% 300ML	E.V. 1FR.VCCL 250ML	
4. QUINIFRAGIL 150+40MG	1FR.AM 2400+40 (ATERNAS 60)	
5. Diluente em 10ML DILUENTE PROPRIO		
6. GONDASSERONIA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML	E.V. 2AMPOLA 1FAZER 50	
7. NITROSSERPIO		
8. SE NAUSEAS OU VOMITOS, ATE 800H		
9. PRATASOLIN CIPRATO 0,05 MG/ML 10 ML	E.V. 2FRG AMR	
10. 2 AMPOLAS 1 SINAL DE SICO 0,01V - RIC		
11. SINDAZOLAN 50 MG/ML 10 ML	U.V. 2 Ampolh,	
12. 2 AMPOLAS - SINAL DE SICO 0,01V - RIC		
13. TRAZADOL CLORIDRATO 100 MG/50ML 2 ML	E.V. 2AMPOLA 800H	
14. AMBOLLA + 10MG/50, DO SE 300H REPRADAXIA		
15. GELACOSE A 50% 10 ML	E.V. 2AMPOLA 2, FAZER SE NEM ENCARTE	
16. ATILIN-CHAMCZEL		
17. DOLICOM		

VOLUME 49

5T5:112:0220040
15C15A:12:23:20

11/21/2011 12:41 PM

GRUPO DE CRANIOECTOMIA PARA DRENAR GENIO DE EUP

ATTORNEY GENERAL

ATTORNEY GENERAL

AGASSINATERRA + CARRASCO
Alfredo Daniel Suarez Neto

$\frac{1}{100} \times 100 = 1\%$
 $\frac{1}{100} \times 100 = 1\%$
 $\frac{1}{100} \times 100 = 1\%$

1000

Num. 76039449 - Pág. 28

Número do documento: 23071309580515800000071628016



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	<u>JOÃO DA SILVA</u>	Idade:	<u>60</u>
Convênio:	<u>UNIVISA</u>	Data:	<u>10/08/2017</u>
Procedimento:	<u>RESECTOMIA DE COLÔNIA SIGMOIDEA</u>	Anestesiista:	<u>DR. CARLOS ALBERTO</u>
Cirurgião:	<u>DR. JOÃO DA SILVA</u>	Auxiliar:	<u>DR. ROBERTO</u>
Telado:	<u>10/08/2017</u>	Tirafundo:	<u>DR. CARLOS ALBERTO</u>
<u>ANESTESIA GERAL</u>			

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motors	Confidência
07:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
07:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
07:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
07:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
07:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
07:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
08:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
08:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
08:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
08:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
08:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
08:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
09:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
09:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
09:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
09:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
09:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
09:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
10:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
10:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
10:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
10:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
10:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
10:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
11:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
11:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
11:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
11:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
11:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
11:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
12:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
12:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
12:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
12:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
12:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
12:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
13:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
13:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
13:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
13:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
13:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
13:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
14:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
14:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
14:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
14:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
14:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
14:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
15:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
15:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
15:25	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
15:35	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
15:45	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
15:55	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
16:05	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.
16:15	28 x 28	60	100%	Alana	-	100% conf.

[illegible][illegible]

Assurance Anestesia

Relatório de Operação

[illegible]

பின்வருமாறு

Comité de Pontingate, 1845
N.A.A. N.A. C.R. L. H. L. H. S. O. 2126

Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, 2009; 62(1): 1-10

Number of Publications by Author(s)

UTM: 2007-04-24

ආදායම් ප්‍රතිපත්ති

Diagnostico Psicopedagogico: ICE CRAYE - IMP TEMPORAL A DIRETTA

Diagnosticus Pils-Operativus: 41311024 TRALAMEN, N° CIRITICO DE HEMATOMA
N° TRACERERIAL.

Thurgut:ACINA

Equipe
Técnicas: ALVARO DANTEL DE SOUSA NETO

100% 90% 80%

Ins(t)umental: **ILIAGO AUGUSTO MAFION BRAGA**
 A new(ist)ic: **ILIAGO AUGUSTO MAFION BRAGA**

Unio de Angliano: C.F.R.A.L.

Relatório Final do Trabalho:

Copyright Clearance Center, Inc.

Acidente Batare Operative VDN

Descrição da Operação: 1-DECUBITO DORSAL.

2-ASSESSIA FANTASIA DO PACIENTE

3-APOSIÇÃO NOS CAMPOS OPERATIVOS

J-INCL(40) LINFAR TEMPLAR, A MIREVA

DISSECCAO E CANTO

EXPERIMENTAL DESIGN

MEMÓRIA RIGOROSA COM SURGICEL

7-DURÓN, FLA COM GALEA APNEURTI

12-ETHANESULFONIC ACID

CURATIVO CIRCUITO

05/02/2020 14:04

«*Судебная палата*»

1948-1949



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 09:58:06

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071309580515800000071628016>

Número do documento: 23071309580515800000071628016

Num. 76039449 - Pág. 31

Data de Impressão: 12/02/2020
Folha de Impressão: 000017
Mostrar no Menu: Chancela F.R. Vieira

HTCC-Tribunal Administrativo

12/02/2020



Santa Tereza
PARAIBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE: Nº do Promotor: 2005706 Paciente: ANTONIO NAVEIRO DOS SANTOS Idade: 491
Nome do Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30.05.1928 Sexo: M
Clínica/TERAPIA INTENSIVA Endereço: LARANJEIA Eixo: 3 Diagnóstico: POLIPLAQUIA + TCE + CONTEUSAD
TERMO DE ALTA - 70 GRANDES TUMOR COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACRANIAL

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	DIETA POR SONDAS NASOENTERAL HIPOSSODICA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIFENIDRAMINA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLIA 6h/6h	
4	CONTOSSINTECA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLIA 6h/6h	
5	SE VOMITOS	
6	RANTIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLIA 8h/8h	
8	CLONAZEPAM 2MG	
9	CLONAZEPAM 2MG	
10	CLONAZEPAM 2MG	
11	CLONAZEPAM 2MG	
12	CLONAZEPAM 2MG	
13	CLONAZEPAM 2MG	
14	CLONAZEPAM 2MG	
15	CLONAZEPAM 2MG	
16	CLONAZEPAM 2MG	
17	CLONAZEPAM 2MG	
18	CLONAZEPAM 2MG	

SUELIO MOREIRA TORRES
13/07/2023 09:58:06
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 09:58:06

12/02/2020



Santa Tereza
PARAIBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE: Nº do Promotor: 2005706 Paciente: ANTONIO NAVEIRO DOS SANTOS Idade: 491
Nome do Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 30.05.1928 Sexo: M
Clínica/TERAPIA INTENSIVA Endereço: LARANJEIA Eixo: 3 Diagnóstico:
HTCC-Tribunal Administrativo

Item	Prescrição	Aproximadamente
1	DIETA POR SONDAS NASOENTERAL HIPOSSODICA	
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIFENIDRAMINA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLIA 6h/6h	
4	CONTOSSINTECA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLIA 6h/6h	
5	SE VOMITOS	
6	RANTIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 8h/8h	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLIA 8h/8h	
8	CLONAZEPAM 2MG	
9	CLONAZEPAM 2MG	
10	CLONAZEPAM 2MG	
11	CLONAZEPAM 2MG	
12	CLONAZEPAM 2MG	
13	CLONAZEPAM 2MG	
14	CLONAZEPAM 2MG	
15	CLONAZEPAM 2MG	
16	CLONAZEPAM 2MG	
17	CLONAZEPAM 2MG	
18	CLONAZEPAM 2MG	

SUELIO MOREIRA TORRES
13/07/2023 09:58:06
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 09:58:06



PRESCRIÇÃO MÉDICA

173465 DOUGLAS, J. E. 1973. p. 11.

Nº de inscrição: 3026770	Professores: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS	Linha: 001
Nome da Mãe: ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO	Tipo de Nascimento: 30/05/1926	Sexo: M

Public: TROPICAL NUTRITION
 Programme: LARONIA
 Line: 1
 Department: 1

1102547

[illegible]

Dr. Antônio de Lima
15332
GCM



EVOLUÇÃO MÉDICA

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

Nº de protocolo: 208376 Paciente: NTHN) NAVIER DOS SANTOS [idade: 40]

© 1997 ALBERT EINSTEIN FOUNDATION
Date of Submission: 30/05/1978
No.: 34

DOI: 10.1002/2477-1476

- **GRUPA INTELIGENŢĂ** - Enforcards LARANSA - Locul 3 - Magnifico - POLITRAUMA - TFC + CONTESAO
 - **GRUPA INTELIGENŢĂ** - POLICRISTOALACTON PRENAGET DE HEMATOXIA INTRAC - JACERIAL - Cîmşia Realizată

05711650

13. T. A. = 13,977,424

821444 ART: A F.../ZANES

ON THE ORDER OF 316

SEATTLE'S FINEST

 $\text{log}_{10}[\text{cell count}] = \text{log}_{10}[\text{cell count}] + \delta \cdot \text{log}_{10}[\text{cell count}]$

1500

64.55

2010年10月1日 - 10月10日

20160518-2874

014 8877 - 151 5010

Journal of Management Education

PARAQUE CLÍNICO: PACIENTE SÓBIL EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRISENTAÇÃO DO ESTADO GERAL. CURVAS VENTILATÓRIAS EM TÍTULO SÓBILAS - SEM CURVAS COMOTÓRIAS, AUSTICRICO, EDIMAS MENOS 44, CUFAS TENSIONAIS DENTRO DOS PARÂMETROS DE NORMALIDADE, COM 3 EPISTÓTOS FEBRIS NAS ULTIMAS 24H, SEM DRESSATURACÕES, SEM INGLAULACÕES, PUURSE DE AR COM SEM GRUPOS.

2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 26

SOON AFTER THE END OF THE "BROWN" REIGN, THE "BLACK" REIGN BEGAN.

COLLEGE OF THE SOUTHERN CROSS

2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2792 2793 2794 2795 2796 2797 2798 2799 2800 2801 2802 2803 2804 2805 2806 2807 2808 2809 2810 2811 2812 2813 2814 2815 2816 2817 2818 2819 2820 2821 2822

—

ASSIN VILRA + CARLIMO
Low Stairs, Oliveira De Andrade



EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº da prescrição: 2098776 Paciente: ANTONIO SANTOS DOS SANTOS Idade: 691
Nome da Mãe: ADRIANA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M
Admissão: 04/02/2026 DIU - 8

Indicação: TERAPIA INTENSIVA Informar: LARANJA Letido: 3 Diagnóstico: POLIPLASMIA - TCE - CONTINUAÇÃO
MORBAGIA - PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACRANIAL - Cirurgia Realizada:

1 C 50

DATA: 12/02/2026 HORA: 04:42:38

7º DIA ÁREA LARANJA

91a SEXO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICOS

DISPOSITIVOS: TOT + VMI

ACVASCUL

SVB

CONTROLES: PAS 106 - 153 MMHG

PAD 62 - 116 MMHG

FC 74 - 94 MMHG

TA 36 - 78 °C

ACT 144 - 953 MIC/DL

GL RUSE 1580 ML/24 HS DI 672

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SEGUIE EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO, EM USO DE TOT + VMI, SOB SA, SEM DVA, COMATOSSO, ACANOTICO, ANÉTICO, EDEMAS MMII + 4-; CÍFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE SOBRIALIDADE, SEM DISTÚRBIOS, SEM DESATURACÕES, SEM DISGLICEMIAS.

ACV RCT RNF SN

AR MV - AMBOS PUX, RONCOS RU ATERAIS

ACH ABDOME SEM GLOBOSO, DISTENSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

EN: RASS + DPER, REFLEXOS DE TRONCO PRESERVADOS

CONDIÇÕES: SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO

ALISTES DE EN

MAN TENSÃO SEM SA

VPM

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 1621-39

ASSINATURA + CARIMBO
Anamir Rodrigues Da Silva

EVOLUÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº da prescrição: 2098776 Paciente: ANTONIO SANTOS DOS SANTOS Idade: 691
Nome da Mãe: ADRIANA MARIA DA CONCEICAO Data de Nascimento: 30/05/1928 Sexo: M
Admissão: 04/02/2026 DIU - 7

Indicação: TERAPIA INTENSIVA Informar: LARANJA Letido: 3 Diagnóstico: POLIPLASMIA - TCE - CONTINUAÇÃO
MORBAGIA - PO CRANIECTOMIA COM DRENAGEM DE HEMATOMA INTRACRANIAL - Cirurgia Realizada:

1 C 50

DATA: 11/02/2026 HORA: 12:46:07

6º DIA ÁREA LARANJA

91a SEXO MASCULINO

EM USO: SINTOMÁTICOS

DISPOSITIVOS: TOT + VMI

ACVASCUL

SVB

CONTROLES: PAS 106 - 153 MMHG

PAD 50 - 72 MMHG

FC 70 - 95 MMHG

TA 37 - 78 °C

ACT 138 - 107 MIC/DL

GL RUSE 800 ML/24 HS

EXAME CLÍNICO: PACIENTE SEGUIE EM LEITO DE ÁREA LARANJA, APRESENTANDO ESTADO GERAL GRAVÍSSIMO, EM USO DE TOT + VMI, SOB SA, SEM DVA, COMATOSSO, ACANOTICO, ANÉTICO, EDEMAS MMII + 4-; CÍFRAS TENSIONAIS DENTRO DOS PADRÕES DE SOBRIALIDADE, SEM DISTÚRBIOS, SEM DESATURACÕES, SEM DISGLICEMIAS, APRESENTA EPU CUCUTOSE EM ASCENÇÃO.

ACV RCT RNF SN

AR MV - RONCOS GROSSOS RU ATERAIS

ACH ABDOME SEM GLOBOSO, DISTENSÍVEL, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

EN: RASS + DPER, REFLEXOS DE TRONCO PRESERVADOS

CONDIÇÕES: SUPORTE CLÍNICO INTENSIVO

ALISTES DE EN

DESMARDE DE SEDACALMAGEM

VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Anamir Rodrigues Da Silva

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 1621-39

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS, brasileiro(a),
VÍDUA, APOSENTADA, portador(a) do RG nº.
1.046.431 expedido por SS05 / PB em 09 / 02 / 2015 e do CPF nº.
021.143.974-67, residente na (o)
RUA SANTOS DOMONI
CENTRO, município de NOVA FLORESTA - PB, CEP 58138-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui - PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vilimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, ocorrido em
03 / 02 / 2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza MORTE a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

RECONHEÇO NOVA FLORESTA - PB, 11 de março de 2020
Josefa do Nascimento
outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Fierantini, 60
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço a(s) _____ (assinado e rubricado) por autenticidade
de Josefa do Nascimento AJW33289 - J9HX
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Do(a) _____ da cidade de _____
NOVA FLORESTA - PB 11 de março de 2020
Eliana Clementino Pereira
Escrivente Substituta

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escrivã Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuité - PB



PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCA MYRA DA SILVA, brasileiro(a),
CASADA, AGRICULTORA, portador(a) do RG nº.
3 063 912 expedido por SSP/PB em 21/07/2017 e do CPF nº.
049.559.304-41, residente na (o)
Rua JOSEFINO CLEMENTINO DE MELO, 234, Centro
ANAMA, município de ANAMA - PA, CEP 58187-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, ocorrido em 03/02/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo de natureza MORTE a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ANAMA - 15.07 de 10 de 2020

SUELIO MOREIRA TORRES
outorgante



CARTÓRIO DO REGISTRO CÍVIL DE ARARA
Rua Nelson de Lucena, 49, Centro, Arara - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

FRANCISCA MARIA XAVIER

Doc. Id. Arara/PB - 29/10/2020

Notário: MARIA DO SOCORRO REIS CALDEIRA

Seio Digital: AKQ13731-5NPK

Consulte a autenticidade em <https://selnidigital.tpb.jus.br>

E-mail: R\$9,91 (tarifa) R\$0,28 (M) R\$0,16 (M) R\$0,16 (M)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
ARARA - PARÁIBA
M. do Socorro Reis Caldeira
OFICIAL



PROCURAÇÃO

Outorgante: MAMA DAS GRACAS XAVIER, brasileiro(a),
SOLTEIRA, PENSIONISTA, portador(a) do RG nº.
3049927 expedido por SSDPB em 18/05/2016 e do CPF nº.
014595694-66, residente na (o) Rua Santos Dumont, S/n, Centro
_____, município de NOVA FLORESTA-PA, CEP 58178-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

A ROGO: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS, brasileiro(a),
VIUVA, APOSENTADA, portador(a) do RG nº.
1046431 expedido por SSDPB em 09/02/2015 e do CPF nº.
021143374-67, residente na (o) Rua Santos Dumont, S/n, Centro
_____ município de NOVA FLORESTA-PA, CEP 58178-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de **requerer e encaminhar junto à SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT referente ao acidente de trânsito que vitimou o(a) Sr.(a) ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, ocorrido em 03/02/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo de natureza MORTE a ser pleiteado.**

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos



PROCURAÇÃO

Outorgante: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS, brasileiro(a),
SOLTEIRO, AGRICULTOR, portador(a) do RG nº.
29.764.361-7 expedido por SSP / PB em 02 / 02 / 1993 e do CPF nº.
105.212.318-09, residente na (o)
RUA ANTONIO CONSTANTINO DANTAS S/N
MARIA FAUSTINO município de NOVA FLORESTA - PB, CEP 58478-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui - PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, ocorrido em
02 / 02 / 2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza MORTE a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

NOVA FLORESTA - PB, 05 de NOVEMBRO de 2020.

Suelio Moreira Torres
outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Falcão Florêncio, 908
Centro - Tel: (83) 3274-1414
NOVA FLORESTA - PB

Assinatura (s) e rubrica (s) por autenticidade

de Severino Xavier dos Santos

AKS60269 - ZR7A

Consulte a autenticidade em: <https://saledigital.tjpb.jus.br>

Do: fe. Test. 05 de novembro de 2020 da verdade.

Nova Floresta - PB

Eliziane Clementino Perelra

Emprego: Substituta

Deleg. G. M.
Rua Prof. Falcão
Centro - Tel: (83) 3274-1414
NOVA FLORESTA - PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095083/21

Vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

CPF: 479.191.834-72

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 03/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Certidão de óbito
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS : 021.143.974-67

Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

FRANCISCA MARIA XAVIER : 049.559.304-41

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

MARIA DAS GRACAS XAVIER : 014.595.694-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

SEVERINO XAVIER DOS SANTOS : 105.212.318-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber cada um.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/04/2021
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/04/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210114123

Vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: MORTE

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA MARIA XAVIER

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: FRANCISCA MARIA XAVIER

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000058676-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00197/00198 - carta_12 - MORTE

00010099





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210114123

Vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/02/2020

Cobertura: MORTE

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO XAVIER DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 0000014670-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00929/00930 - carta_12 - MORTE

00010465



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: 439 101 834-72 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: SUELIANO XAVIER DOS SANTOS 6 - CPF: 105 212 318-09
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: Rua ANTONIO CONSTANTINO DIAS
9 - Número: 56 10 - Complemento: 609
11 - Bairro: MARIA FAUSTINA 12 - Cidade: NOVA FLORESTA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58178-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 3371-2274

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 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4316 CONTA: 14670 3 AGÊNCIA: CONTA:

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 o dano, 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 (assinale 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 decorrentes do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado(a) Civil ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 15/02/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO 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: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente 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 293 do Código Penal.

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
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: JESSICA ARIADNE DANTAS SILVA
CPF: 123.541.164-89
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: FRANCISCO SERGIO DA COSTA MARANHÃO
CPF: 018.696.734-00
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Piau-PB, 05/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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 AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

439 191 834-72 ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - e-mail: 16 - Insc. (INID):

MANIA DOS OLIVEIRAS XAVIER 014 595 694-66 PRECATORISTA RUA SANTOS DUMONT S/N 58 178-000 CANTO NOVA FULCOSA PB 16 - Insc. (INID): (83) 3371-2274 nilotdantas@hotmail.com

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: ☒ R\$ CUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Indicar os bancos) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4916 CONTA: 909725452 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no 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 (assinale uma das opções):

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

Por meio, e 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 decorrentes do acidente e do laudo, com o art. 6º, § 1º, da Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica e 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) ☐ Univerbiado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 15/02/2020 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: FILHA 28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascuro (a) nascido(a)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a provarem sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração inverdadeira poderá gerar a suspensão ou ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 021 143 934-67

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 021 143 934-67

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS

38 - 1ª Nome: JESSICA ARIDONE D. SILVA

CPF: 123.541.164-89

Assinatura da testemunha: JESSICA ARIDONE D. SILVA

39 - 2ª Nome: FARMACIA S. DA C. MOREIRA

CPF: 021 626 234-00

Assinatura da testemunha: FARMACIA S. DA C. MOREIRA

40 - Local e Data: PUC - PB, 06/04/2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

IPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

499 191 834 -72

4 - Nome completo da vítima:

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

FRANCISCA MARIA DA SILVA

6 - CPF:

099.559.304-11

7 - Profissão:

AGRICULTORA

8 - Endereço:

RUA SEVERINA CLEMENTINO DE MORAES

9 - Número:

239

10 - Complemento:

019

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

AMARA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58396-000

15 - e-mail:

nlldantas@hotmail.com

15 - Telefone:

(83) 3371-2274

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\$1.000,00 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 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0038

CONTA:

58676

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a ativação 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.

Fato motivo assinalado, solicito o amparo do direito de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não signifi- ca renúncia ou comutação de qualquer ação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu resultado.

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:

15/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO

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: 10

Falecidos: 00

30 - Vítima deixou

herdeiros?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, a nós, de que quem 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

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

Assinatura

do(a) de

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 - 1º Nome: JESSICA ARIADNE DANTAS SILVA

CPF: 123.344.164-89

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: FRANCISCO SEBASTIÃO DA COSTA AMARAL

CPF: 021.636.734-00

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife - PE, 05/04/2021

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 09:58:06

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071309580515800000071628016

Número do documento: 23071309580515800000071628016

Num. 76039449 - Pág. 44

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:

479191834-72

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS 6 - CPF: 021143874-67
7 - Profissão: APOSENADA 8 - Endereço: RUA SANTOS QUMANT 9 - Número: 510 10 - Complemento: 69A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: NOVA FLORESTA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58178-000
15 - E-mail: niloidantas@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 3371-2274

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine o único opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0659 2 CONTA: 5412 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a ativação 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo acima arto, 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 do Segurado Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 22, §1º, declarando que esta autorização não signifi- ca prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde da avaliação feita.

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: 15/02/2020

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: VIÚVA

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, esta não sendo, ainda, o que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ou reembolso, além da responsabilidade criminal por infração do art. 289 do Código Penal.

31 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 35 - Nome legível de quem assina a rogua pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogua pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogua pedido

38 - 1ª Nome: JESSICA ARIADNE DANTAS SILVA CPF: 123.341.164-89 JESSICA ARIADNE D. SILVA Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: FRANCISCO JERONIMO DA COSTA MACHADO CPF: 021.656.334-00 FRANCISCO J. DA C. MACHADO Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2020



GOV:RNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Raimundo Nonato de Araújo S/Nº Calolê – Campina Grande - PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre: a tipificar

Hora e data do fato: Às 15:00, do dia 3 de fevereiro de 2020.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 19:27, do dia 15 de fevereiro de 2020.

Local do Ocorrido: RUA FELINTO FLORENTINO, CENTRO, NA CIDADE DE NOVA FLORESTA

COMUNICANTE: ADRIANA RITA ABREU, do sexo feminino, nascida no dia 28/11/1974, com 45 anos de idade, ID: 2701146, CPF: 04059886483, AGRICULTORA, filha de ANTONIO XAVIER DE ABREU e de RITA MARIA DA CONCEIÇÃO. escolaridade: FUND. COMPLETO. natural de ARARA. BRASILEIRA, residente na SITIO CAJAZEIRAS DE ARARA, bairro ZONA RURAL, na cidade de ARARA, celular Nº 986038556

VÍTIMA: ANTONIO XAVIER DOS SANTOS, do sexo masculino, nascido no dia 30/05/1928, com 91 anos de idade, ID: 872043, CPF: 479191834, APOSENTADO, filho de SANTINO XAVIER DE ABREL e de ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO. escolaridade: FUND. COMPLETO, CASADO, natural de AREIA, BRASILEIRA, residente na RUA SANTOS DUMONT/SN, bairro CENTRO, na cidade de NOVA FLORESTA

TESTEMUNHAS: A APRESENTAR.

HISTÓRICO: Que no dia 03 de fevereiro de 2020, o senhor Antônio Xavier dos Santos, seguia em uma bicicleta na Rua Felinto Florentino, centro, na cidade de Nova Floresta, quando, sem perceber, atravessou a pista e foi atropelado por uma motocicleta, conduzida por uma mulher que não foi identificada, vindo a falecer no Hospital de Trauma de Campina Grande, por volta do meio dia. Que a mulher que o atropelou prestou socorro, porém não foi identificada no momento.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

AUTORIDADE

MAIRAM MOURA CASADO

COMUNICANTE

ADRIANA RITA ABREU *Adriana Rita de Abreu*

ESCRIVÃO AD HOC

RICARDO ALLYSSON *Ricardo Allysson*



ESTADO DA

Paraná

COMARCA DE

Solânea



MUNICÍPIO DE

Solânea

DISTRITO DE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL



Antônio de Medeiros Santa

Escrivão do Registro Civil das Pessoas Naturais

Certidão de Casamento Religioso

Efeitos Jurídicos a contar de momento da Celebração

LIVRO Baur-3 FOLHAS 27-V TERMO No. 1.054CERTIFICO que em Trinta e um de março de mil novecentos e oitenta (1980) foi registrado o casamento religiososo de Antonio Xavier dos Santoscom Josefa Santana do Nascimentocelebrado no dia vinte e nove de março de mil novecentos e oitenta (1980) às 15:00 horas, na Igreja Nossa Senhorada Piedade Arara - PBpelo Padre Leoberto de Jesus

em presença das testemunhas constantes do termo,

Ele, nascido em Iguarias Arara - PB aos 30de maio de 1928, profissão agricultordomiciliado e residente em Santa Fé - Solânea - PBfilho de Santiana Xavier de Ararae de dona Adelina Maria da ConceiçãoEla, nascida em Barro do Salgado - Sericana - PB aos 22de Setembro de 1941 Profissão Domésticadomiciliada e residente em Santa Fé - Solânea - PBfilha de Manoel Luis de Santianae de dona Maria Ribeiro do NascimentoEm virtude do casamento a mulher passou a ter o nome de Josefa do NascimentoSantos

Foram apresentados os documentos exigidos pelo Código Civil Brasileiro.

Observações: Casaram-se sob o regime de comunhão parcial de bens

O referido é verdade e dou fé.

Solânea - PB, 31 de março de 1980Antônio de Medeiros Santa
p/ Escrivão

ESTADO DA

Paraná

COMARCA DE

Solânea



MUNICÍPIO DE

Solânea

DISTRITO DE

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL



Antônio de Medeiros Santos

Escrivão do Registro Civil das Pessoas Naturais

Certidão de Casamento Religioso

Efeitos Jurídicos a contar de momento da Celebração

LIVRO Baur-3 FOLHAS 27-V TERMO No. 1.054CERTIFICO que em Trinta e um de março de mil novecentos e oitenta (1980) foi registrado o casamento religiososo de Antônio Xavier dos Santoscom Josefa Santana do Nascimentocelebrado no dia Trinta e um de março de mil novecentos e oitenta (1980) às 15:00 horas, na Igreja Messa Solâneada Piedade Arara - PBpelo Padre Humberto de Jesus

em presença das testemunhas constantes do termo,

Ele, nascido em Iguarias Arara - PB aos 30de maio de 1928, profissão agricultordomiciliado e residente em Santa Fé - Solânea - PBfilho de Santiana Xavier de Ararae de dona Adelina Maria da ConceiçãoEla, nascida em Barro do Salgado Sericana - PB aos 22de Setembro de 1941 Profissão Domésticadomiciliada e residente em Santa Fé - Solânea - PBfilha de Manoel Luis de Santianae de dona Maria Ribeiro do NascimentoEm virtude do casamento a mulher passou a ter o nome de Josefa do NascimentoSantos

Foram apresentados os documentos exigidos pelo Código Civil Brasileiro.

Observações: Casaram-se sob o regime de Comunhão Parcial de Bens

O referido é verdade e dou fé.

Solânea - PB, 31 de março de 1980Antônio de Medeiros Santos
p/ Escrivão

República dos Estados Unidos do Brasil

TALÃO Nº. 24

REGISTRO CIVIL

ESTADO *Paraná*

MUNICÍPIO DE *Nova Floresta*

DISTRITO DE *Nova Floresta*

FIS. 59
Bezerra Montenegro

Escritório Distrital

Oficial do Registro

Civil

NOVA FLORESTA - GOIÁS

NASCIMENTO N. 2358

João Bezerra Montenegro, Oficial Efetivo do Registro Civil de Nascimentos, Casamentos e Óbitos desta cidade, na forma da lei, etc.

Certifico que à fls. *190* do livro n. *3-A* de registros de nascimentos deste Cartório foi lavrado hoje o nascimento de *Francisca Maria Xavier* nascida no dia *três* de *junho* de mil *novecentos e cinquenta e sete* (*3-6-1957*)

no *Lugar São João do Meio* neste Município. do sexo *feminino* cor *morena* filha *legítima* de *Antônio Xavier agricultor* e de *Leila Maria da Conceição doméstica*

sendo avós paternos *Antônio Xavier de Alencar* e *Adelina Maria da Conceição* e maternos *Justino dos Santos* e *Josefa Maria da Conceição (falecida)*

Foi declarante *João da Registração* e serviram de testemunhas *Bartholomeu Ferreira Soares* e *Antônio José Paulino* *juizes* e residentes neste Município.

OBSERVAÇÕES: Isenta de selos esta certidão do talão conforme determina o artigo 51 do Decreto Federal 4857 de 9 de Novembro de 1939.

Cartório-Pedro
Av. Miguel Couto, 14
ROSA 1848
João Dantas
Darribá

O referido é verdade e dou fé.

Nova Floresta *4* de *junho* de *1963*
João Bezerra Montenegro
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

LAVRADA PESSOAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

CPF

479.191.834-72

MATRÍCULA:

0718860155 2020 4 00005 087 0003400 84

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 91 anos

NATURALIDADE

Arara-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG: 872.043; Órgão: Outros; UF: PB;
Data emissão: 09/02/2015

ELEITOR

SIM - Nº 003904241244, Zona: 24 -
PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

SANTINO XAVIER DE ABREU e ADELINA MARIA DA CONCEIÇÃO. Residência: Rua Santos Dumont, SN, Centro, CEP: 58178-000, no município de Nova Floresta-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

quinze de fevereiro de dois mil vinte - 12:03

DIA

15

MÊS

02

ANO

2020

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, 58432-809 no município de Campina Grande-PB

CAUSA DA MORTE

Traumatismo Cranioencefálico

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério Público no município de Nova Floresta-PB

DECLARANTE

ADRIANA RITA DE ABREU, Agricultora, CPF nº 040.598.864-83, RG nº 270146 Outros-PB, residente e domiciliada: Sítio Cajazeiras de Arara, Zona Rural, CEP: 58396-000, Arara-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Ericsson A. Marques. CRM 4770

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 18/02/2020, no Livro C-00005, Nº 3400, folha 07. O falecido era casado com JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 291952577. Deixa dez filhos e não deixa bens a inventariar.

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 6º
Centro - Tel: (83) 3374.1414
NOVA FLORESTA-PB

CARTÓRIO ÚNICO DE NOVA FLORESTA

ELIANA CLEMENTINO PEREIRA

Nova Floresta-PB

RUA PREFEITO FELINTO FLORENTINO Nº 606 Nova Floresta-PB - CEP
58178-000 Fone: 3374-1414 E-mail:
cartoriodenovafloresta@rioocart.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Nova Floresta-PB, 18 de fevereiro de 2020

ADRIANA DA SILVA COSTA OLIVEIRA
Escrevente

Selo Digital: AIC55292-SJPW

Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos e taxas: R\$ 0,00



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 012855 C





I	1 Tipo de óbito ☐ Feliz ☒ Não Feliz		2 Data do óbito 15/02/2020	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Mogi das Cruzes / SP
	5 Nome do falecido Miguel Xavier de Almeida		6 Nome do pai Miguel Xavier de Almeida		
II	7 Nome da mãe Miguel Xavier de Almeida		8 Data de nascimento 30/05/1928		
	9 Idade 91		10 Sexo ☐ M - Masc. ☒ F - Fem.		
III	11 Raza/Cor ☒ Branca ☐ Preta ☐ Amarela		12 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúva		
	13 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª série) ☐ Médio (antigo 2º grau) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Aposentado		
IV	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua João Vitorino		16 CEP 13000-000		
	17 Bairro/Distrito Centro		18 Município de residência Mogi das Cruzes		
V	19 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Outros estabelecimento ☐ Via pública ☐ Aldeia indígena		20 Estabelecimento Hospital de Mogi das Cruzes		
	21 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Rua João Vitorino		22 CEP 13000-000		
VI	23 Bairro/Distrito Centro		24 Município de ocorrência Mogi das Cruzes		
	25 UF SP		26 UF SP		
VII	27 Idade (anos) 91		28 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª série) ☐ Médio (antigo 2º grau) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo		
	29 Número de filhos vivos 1		30 Tipo de gravidez ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais		
VIII	31 Tipo de parto ☐ Vaginal ☐ Cesáreo		32 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorado		
	33 Peso ao nascer 3.500g		34 Número da Declaração de Nascimento 13000-000		
IX	35 Óbito de mulher em idade fértil ☐ Na gravidez ☐ No parto ☐ No puerpério		36 Assistência médica ☐ Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado		
	37 Diagnóstico confirmado por: ☐ Necropsia ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado		38 Causas da morte ☐ Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte ☐ Causas antecedentes ☐ Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não se encaixam, porém, na cadeia causal		
X	39 Nome do médico Ericsson A. Marques		40 CRM 13000-000		
	41 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 13000-000		42 Data do atestado 16/02/2020		
XI	43 Assinatura Ericsson A. Marques		44 Assinatura PERITO MÉDICO LEGAL		
	45 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico) ☐ Tipo ☐ Acidente ☐ Suicídio ☐ Homicídio ☐ Outras		46 Fonte da informação ☐ Ocorrência Pericial ☐ Hospital ☐ Família ☐ Outros		
XII	47 Descrição sumária do evento Morte de Miguel Xavier de Almeida		48 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência ☐ Via pública ☐ Estabelecimento especializado ☐ Endereço de residência ☐ Outros ☐ Ignorado		
	49 Endereço do local do acidente ou violência Rua João Vitorino		50 CEP 13000-000		
XIII	51 Bairro/Distrito Centro		52 Município de ocorrência Mogi das Cruzes		
	53 UF SP		54 UF SP		

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011412302
VALOR TOTAL:	675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA MARIA XAVIER

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00038
CONTA: 000000058676

Número da Autenticação

EF FE230A9F83DDBE



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011412301
VALOR TOTAL:	675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO XAVIER DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04916
CONTA: 000000014670

Número da Autenticação

E5FAF5EA696BD90A



ANTONIO XAVIER DOS SANTOS
RUA SANTO ANTONIO, 100 - CENTRO
NOVA FLORESTA/PA CEP: 68110-000 (A3, 10)



Local: FORTALEÇA
Cidade: FORTALEÇA - FORTALEÇA
Bairro: 7 - 105 - CIL - 4010
Medida: 100/270/17

ENERGISA PARÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
End: Km 20 - Qd. Rodovia João Pessoa/PB - CEP: 55074-000
Fone: (33) 3333-3333 - Fax: (33) 3333-3333

Medida e Unidade de Medida: kWh
Cód. para Débito Automático: 00014105628

Assessoria ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RAI:

Fev / 2020

11/02/2020

12/03/2020

479.191.834-72

UC (Unidade Consumidora):

5/1440952-8

Canal de contato

Contato: 24h, 7 dias por semana, 24h por dia, 24h por dia.
E-mail: atendimento@energisa.com.br
Site: www.energisa.com.br
Atendimento: 0800 083 0196
Atendimento: 0800 083 0196

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/01/20	5921	11/02/20	5921		00	00
Demonstrativa						
001	Consumo: Total: 0,00 kWh					
002	Consumo: Total: 0,00 kWh					
003	Consumo: Total: 0,00 kWh					
004	Consumo: Total: 0,00 kWh					
005	Consumo: Total: 0,00 kWh					
006	Consumo: Total: 0,00 kWh					
007	Consumo: Total: 0,00 kWh					
008	Consumo: Total: 0,00 kWh					
009	Consumo: Total: 0,00 kWh					
010	Consumo: Total: 0,00 kWh					

Cód. Débito do Cliente: 00014105628
Data de Débito: 18/02/2020

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
00	18/02/2020	R\$ 67,60

Histórico de Consumo (kWh):

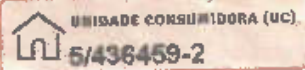
RESERVADO AO FISCO
cb2c.21b0.ed10.1dec f665.b4d0.d843.cae6.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	11,35	28,00
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	21,48	31,12
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	2,58	3,77
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	2,58	3,77
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	24,61	35,90
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	1,00	1,47
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	0,00	0,00
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	0,00	0,00
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	0,00	0,00
DEMONSTRA	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia	0,00	0,00

ATENÇÃO: Faturas em atraso



Gruppo CONVEGNO NAZIONALE Sull'Ecologia
Linceo REINICB Produzione RAKKAPEDIA
Ligato MINICAPALU
Rotolo D-45, 62h-RAL Immediato 9960333333



PAGUE TIRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00004384582

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00000000000000000000

 VALOR DA FATURA R\$ 67,76	 VENCIMENTO 22/10/2020
 REFERÊNCIA Out / 2020	 CONSUMO 103kWh

S. 63 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DISCUSSION

CC	Descrição	Capex	Tipologia	Valor Base Case (R\$ Mil)	RR	Valor Base Case (R\$ Mil)	RR	Valor Base Case (R\$ Mil)	RR
0001	Edifício de 200 m²	200	Imóvel	2.000	27	2.115	0,05	0,06	0,06
0002	Edifício de 100 m²	100	Imóvel	1.000	27	1.058	0,05	0,06	0,06
0003	Edifício de 50 m²	50	Imóvel	500	27	529	0,05	0,06	0,06
0004	Edifício de 25 m²	25	Imóvel	250	27	265	0,05	0,06	0,06
0005	Edifício de 12,5 m²	12,5	Imóvel	125	27	132	0,05	0,06	0,06
0006	Edifício de 6,25 m²	6,25	Imóvel	62,5	27	66,25	0,05	0,06	0,06
0007	Edifício de 3,125 m²	3,125	Imóvel	31,25	27	33,125	0,05	0,06	0,06
0008	Edifício de 1,5625 m²	1,5625	Imóvel	15,625	27	16,5625	0,05	0,06	0,06
0009	Edifício de 0,78125 m²	0,78125	Imóvel	7,8125	27	8,28125	0,05	0,06	0,06
0010	Edifício de 0,390625 m²	0,390625	Imóvel	3,90625	27	4,140625	0,05	0,06	0,06
0011	Edifício de 0,1953125 m²	0,1953125	Imóvel	1,953125	27	2,0703125	0,05	0,06	0,06
0012	Edifício de 0,09765625 m²	0,09765625	Imóvel	0,9765625	27	1,03515625	0,05	0,06	0,06
0013	Edifício de 0,048828125 m²	0,048828125	Imóvel	0,48828125	27	0,517578125	0,05	0,06	0,06
0014	Edifício de 0,0244140625 m²	0,0244140625	Imóvel	0,244140625	27	0,2587890625	0,05	0,06	0,06
0015	Edifício de 0,01220703125 m²	0,01220703125	Imóvel	0,1220703125	27	0,12939453125	0,05	0,06	0,06
0016	Edifício de 0,006103515625 m²	0,006103515625	Imóvel	0,06103515625	27	0,064697265625	0,05	0,06	0,06
0017	Edifício de 0,0030517578125 m²	0,0030517578125	Imóvel	0,030517578125	27	0,0323486328125	0,05	0,06	0,06
0018	Edifício de 0,00152587890625 m²	0,00152587890625	Imóvel	0,0152587890625	27	0,01617431640625	0,05	0,06	0,06
0019	Edifício de 0,000762939453125 m²	0,000762939453125	Imóvel	0,00762939453125	27	0,008087158203125	0,05	0,06	0,06
0020	Edifício de 0,0003814697265625 m²	0,0003814697265625	Imóvel	0,003814697265625	27	0,0040435791015625	0,05	0,06	0,06
0021	Edifício de 0,00019073486328125 m²	0,00019073486328125	Imóvel	0,0019073486328125	27	0,00202178955078125	0,05	0,06	0,06
0022	Edifício de 0,000095367431640625 m²	0,000095367431640625	Imóvel	0,00095367431640625	27	0,001010894775390625	0,05	0,06	0,06
0023	Edifício de 0,0000476837158203125 m²	0,0000476837158203125	Imóvel	0,000476837158203125	27	0,0005054473876953125	0,05	0,06	0,06
0024	Edifício de 0,00002384185791015625 m²	0,00002384185791015625	Imóvel	0,0002384185791015625	27	0,00025272369384765625	0,05	0,06	0,06
0025	Edifício de 0,000011920928955078125 m²	0,000011920928955078125	Imóvel	0,00011920928955078125	27	0,000126361846923828125	0,05	0,06	0,06
0026	Edifício de 0,0000059604644775390625 m²	0,0000059604644775390625	Imóvel	0,000059604644775390625	27	0,0000631809234619140625	0,05	0,06	0,06
0027	Edifício de 0,00000298023223876953125 m²	0,00000298023223876953125	Imóvel	0,0000298023223876953125	27	0,00003159046173095703125	0,05	0,06	0,06
0028	Edifício de 0,000001490116119384765625 m²	0,000001490116119384765625	Imóvel	0,00001490116119384765625	27	0,000015795230869140625	0,05	0,06	0,06
0029	Edifício de 0,0000007450580596923828125 m²	0,0000007450580596923828125	Imóvel	0,000007450580596923828125	27	0,0000078976154345703125	0,05	0,06	0,06
0030	Edifício de 0,00000037252902984619140625 m²	0,00000037252902984619140625	Imóvel	0,0000037252902984619140625	27	0,00000394880771728515625	0,05	0,06	0,06
0031	Edifício de 0,000000186264514923095703125 m²	0,000000186264514923095703125	Imóvel	0,00000186264514923095703125	27	0,000001974403858642578125	0,05	0,06	0,06
0032	Edifício de 0,0000000931322574615478515625 m²	0,0000000931322574615478515625	Imóvel	0,000000931322574615478515625	27	0,0000009872019293212890625	0,05	0,06	0,06
0033	Edifício de 0,00000004656612873077392578125 m²	0,00000004656612873077392578125	Imóvel	0,0000004656612873077392578125	27	0,00000049360096466064453125	0,05	0,06	0,06
0034	Edifício de 0,000000023283064365386962890625 m²	0,000000023283064365386962890625	Imóvel	0,00000023283064365386962890625	27	0,000000246800482330322265625	0,05	0,06	0,06
0035	Edifício de 0,0000000116415321826934814453125 m²	0,0000000116415321826934814453125	Imóvel	0,000000116415321826934814453125	27	0,0000001234002411651611328125	0,05	0,06	0,06
0036	Edifício de 0,00000000582076609134674072265625 m²	0,00000000582076609134674072265625	Imóvel	0,0000000582076609134674072265625	27	0,00000006170012058258056640625	0,05	0,06	0,06
0037	Edifício de 0,000000002910383045673370361328125 m²	0,000000002910383045673370361328125	Imóvel	0,00000002910383045673370361328125	27	0,000000030850060291290283203125	0,05	0,06	0,06
0038	Edifício de 0,0000000014551915228366851806640625 m²	0,0000000014551915228366851806640625	Imóvel	0,000000014551915228366851806640625	27	0,0000000154250301456451416015625	0,05	0,06	0,06
0039	Edifício de 0,00000000072759576141834259033203125 m²	0,00000000072759576141834259033203125	Imóvel	0,0000000072759576141834259033203125	27	0,00000000771251507282257080078125	0,05	0,06	0,06
0040	Edifício de 0,000000000363797880709171295166015625 m²	0,000000000363797880709171295166015625	Imóvel	0,00000000363797880709171295166015625	27	0,000000003856257536411285400390625	0,05	0,06	0,06
0041	Edifício de 0,0000000001818989403545856475830078125 m²	0,0000000001818989403545856475830078125	Imóvel	0,000000001818989403545856475830078125	27	0,0000000019281287682056427001953125	0,05	0,06	0,06
0042	Edifício de 0,00000000009094947017729282379150390625 m²	0,00000000009094947017729282379150390625	Imóvel	0,0000000009094947017729282379150390625	27	0,00000000096406438410282135009765625	0,05	0,06	0,06
0043	Edifício de 0,000000000045474735088646411895751953125 m²	0,000000000045474735088646411895751953125	Imóvel	0,00000000045474735088646411895751953125	27	0,000000000482032192051410675048828125	0,05	0,06	0,06
0044	Edifício de 0,0000000000227373675443232059478759765625 m²	0,0000000000227373675443232059478759765625	Imóvel	0,000000000227373675443232059478759765625	27	0,0000000002410160960257053375244140625	0,05	0,06	0,06
0045	Edifício de 0,00000000001136868377216160297393798828125 m²	0,00000000001136868377216160297393798828125	Imóvel	0,0000000001136868377216160297393798828125	27	0,00000000012050804801285266876220703125	0,05	0,06	0,06
0046	Edifício de 0,000000000005684341886080801486968994140625 m²	0,000000000005684341886080801486968994140625	Imóvel	0,00000000005684341886080801486968994140625	27	0,000000000060254024006426334381103515625	0,05	0,06	0,06
0047	Edifício de 0,0000000000028421709430404007434844970703125 m²	0,0000000000028421709430404007434844970703125	Imóvel	0,000000000028421709430404007434844970703125	27	0,0000000000301270120032131671905517578125	0,05	0,06	0,06
0048	Edifício de 0,00000000000142108547152020037174224853515625 m²	0,00000000000142108547152020037174224853515625	Imóvel	0,0000000000142108547152020037174224853515625	27	0,00000000001506350600160658359527587890625	0,05	0,06	0,06
0049	Edifício de 0,000000000000710542735760100185871124267578125 m²	0,000000000000710542735760100185871124267578125	Imóvel	0,00000000000710542735760100185871124267578125	27	0,000000000007531753000803291797637939453125	0,05	0,06	0,06
0050	Edifício de 0,0000000000003552713678800500929355621337890625 m²	0,0000000000003552713678800500929355621337890625	Imóvel	0,000000000003552713678800500929355621337890625	27	0,0000000000037658765004016458988189697265625	0,05	0,06	0,06
0051	Edifício de 0,0000000000001776356839400250464677810668953125 m²	0,0000000000001776356839400250464677810668953125	Imóvel	0,000000000001776356839400250464677810668953125	27	0,00000000000188293825020082294940948486328125	0,05	0,06	0,06
0052	Edifício de 0,0000000000000888178419700125232338905334453125 m²	0,0000000000000888178419700125232338905334453125	Imóvel	0,000000000000888178419700125232338905334453125	27	0,000000000000941469125100411474704742431640625	0,05	0,06	0,06
0053	Edifício de 0,00000000000004440892098500626161694526672265625 m²	0,00000000000004440892098500626161694526672265625	Imóvel	0,0000000000004440892098500626161694526672265625	27	0,00000000000047073456255020573735237121875000			

	TOTAL	67,78	74,37	77,92	78,34	0,62	2,43
CCI - Centro de Cálculo e Registro do IPI							
Tabela de Tributos: AN 70/94h AN 62/90 AN 100/96h 6.620.270 AN 280/96h 11.480.400							

RESERVADO AO FISCO

HISTÓRICO DE CONSUMO (4WS)

Consumo	4WS
0,319	56
Nov19	54
Dez19	46
Jan20	46
Fev20	39
Mar20	105
Abr20	102
Mai20	114
Jun20	56
Jul20	55
Ago20	50
Set20	50
Out20	56

COMPARAÇÃO DO CONSUMO

	Consumo	Var. (2020)	%
LEITURAS			
Atualiza	15/09/20	852	
Atual	15/10/20	865	
Consumo	10 dias		
Período	30 dias		
Consumo da mesma data			
PRÓXIMA LEITURA			
16/11/2020			
Comparação			
Consumo de Del. do mesmo PE	12,07	17,83	
Consumo de Energia	12,82	18,66	
Consumo de Transmissão	2,38	3,36	
Consumo de Distribuição	9,41	13,70	
Consumo de Outros	29,28	58,49	
Consumo de Serviços	0,00	0,00	
Total	67,76	100,00	

Elaborado pelo usuário e assinado pelo usuário (assinatura) em 15/10/2020

INDICADORES DE QUALIDADE		PERÍODO DE 2010 A 2012			LIMITE DE TOLERÂNCIA	
ÍNDICE	UNIDADE	2010	2011	2012	2010	2011
1. Índice de satisfação dos clientes - ISC	%	85,0	88,0	90,0	80,0	90,0
2. Índice de qualidade dos serviços - IQS	%	85,0	88,0	90,0	80,0	90,0
3. Índice de satisfação dos funcionários - ISF	%	85,0	88,0	90,0	80,0	90,0
4. Índice de satisfação dos fornecedores - ISF	%	85,0	88,0	90,0	80,0	90,0
5. Índice de satisfação dos parceiros - ISP	%	85,0	88,0	90,0	80,0	90,0
6. Índice de satisfação dos colaboradores - ISC	%	85,0	88,0	90,0	80,0	90,0

ATENCÃO

[illegible]



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 226 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-070
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20210217421799

ESCRITÓRIO

PICUI

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
01742179.9

VENCIMENTO
15/02/2021

MATRÍCULA 01742179.9
CLIENTE NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF/CNPJ: 047.XXX.XXX-XX

INSCRIÇÃO 028.001.020.0304.000
ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA ROLDÃO Z DE MACEDO, 145 - JK PICUI PB 58187-000
FATURA 02/2021

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA
ÁGUA LIGADO
ESGOTO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA		CONSUMO		CONSUMO/DIA	
				ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)	
01/2021 -	8-FL	12/2020 -	8-FL						
11/2020 -	8-FL	10/2020 -	8-FL	1	9	8	28	0,29	
09/2020 -	8-FL	08/2020 -	8-FL	04/01/2021	01/02/2021	M³Hm:	A08A017737		
ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR									
1	8		H FL5288						

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	40,64

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 6,12

TOTAL R\$ 40,64

SR. USUARIO: EM 31/01/2021, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 01/2021

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		F.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TERM 00110020 AGENTE 110020 AJTE TERA
COBAN:057545 LQJA:0001 PIV:110020
01/03/2021 BANCO DO BRASIL 10:06:43
240154501 CORRESPONDENTE BANCARIO 1492
COMPROVANTE PAGAMENTOS COM CDD.BARRA
CONVENIO: CAGEPA RECEBIMENTO
026000000000 00640010020 01742179901
NR. DOCUMENTO 18.029
NR. CONVENIO 05.001-6
DATA DO PAGAMENTO 01/03/2021
VLR DO PAGAMENTO 40.64
NR.AUTENTICACAO 5.C70.637.555.384.471





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/DUCORIGINAIS.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 COAF¹.

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 ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ: 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSEFA DO NASCIMENTO SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.143.974 / 67

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 433.151.834 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Roldão Zacarias de Macedo</u>	Número: <u>145</u>	Complemento:
Bairro: <u>JK</u>	Cidade: <u>Picuí</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>nilotdantas@hotmail.com</u>		CEP: <u>58187-000</u>
		Tel.(DDD): <u>(83) 99912-5490 / 3371-2274</u>

Local e Data: Picuí/PB, de _____ de 20____

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCA MARIA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 049.559.304 / 41

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima ANTONIO RAQUEL DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o nº 474.191.834 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Roldão Zacarias de Macedo</u>	Número: <u>145</u>	Complemento:
Bairro: <u>JK</u>	Cidade: <u>Picuí</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>nilotdantas@hotmail.com</u>	CEP: <u>58187-000</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 99912-5490 / 3371-2274</u>

Local e Data: Picuí/PB de 06 de Abril de 20 21

Nilô Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante

DLDR-001 V001/2017





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: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | 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/BIBLIOTECABEB/OOCORIGINAL.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 COAF¹.

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANNA DAS GOMAS XAVIER inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.595.694-66

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da vítima ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 473.191.834 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Roldão Zacarias de Macedo</u>	Número: <u>145</u>	Complemento:
Bairro: <u>JK</u>	Cidade: <u>Picuí</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>nilotdantas@hotmail.com</u>	CEP: <u>58187-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99912-5490 / 3371-2274</u>

Local e Data: Picuí/PB 06 de ABRIL de 2021

Nilo Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017





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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DDCORIGINAL.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 CQAF².

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 - CQAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SEVERIANO XAVIER DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 105212318,09

do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima ANTONIO XAVIER DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 479.191.834 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo

Número: 145

Complemento: _____

Bairro: JK

Cidade: Picui

Estado: PB

CEP: 58187-000

E-mail: nilotdantas@hotmail.com

Telefone (DDD): (83) 99912-5490 / 3371-2274

Local e Data: Picui/PB, 06 de Abril de 2021

Nilo Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE CUITE/PB

Processo: 08006329820238150161

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSEFA DO NASCIMENTO SANTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CUITE, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 09:58:07
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071309580715800000071628018>
Número do documento: 23071309580715800000071628018

Num. 76039451 - Pág. 2