

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2015

Carta nº: 7645673

A/C: ENILDO SILVA DE COUTO

Sinistro: 3150730218
Vitima: ENILDO SILVA DE COUTO
Data Acidente: 30/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovante de residência faltando página
- Certidão de inexistência de IML faltando página
- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2016

Carta nº 8667573

a/c: ENILDO SILVA DE COUTO

Sinistro: 3150730218
Vitima: ENILDO SILVA DE COUTO
Data Acidente: 30/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora

DOCUMENTO 1 71%



FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, EDILDO SILVA DE COUTOPORTADOR(A) DO RG Nº 1.522.606 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 28 / 11 / 1999CPF 570508804-34 / CNPJ: _____, PROFISSÃO VIGILANTE

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

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVA1 Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2009-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 874952-3

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

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

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

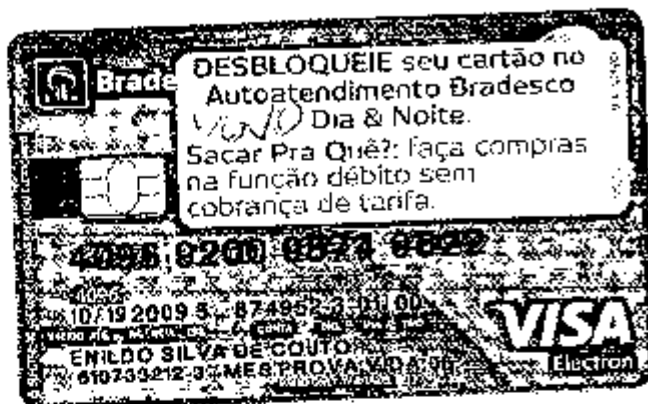
Mamanguape 29 de agosto de 2016
LOCAL E DATA

Edildo Silva de Couto
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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

Para acompanhar o processo de análise de pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradorstransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Natureza: acidente de trânsito Em: Guarabira/PB

Certidão nº 2.294/2014

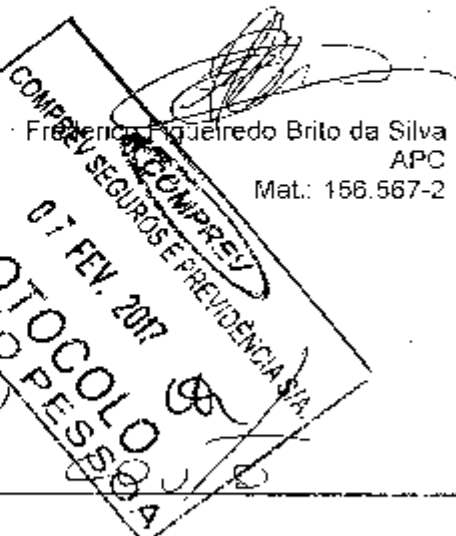
CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 07/2014, Ocorrência Policial 2.294/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos dez (10) dias do mês de outubro (10) do ano de dois mil e quatorze (2014), nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. THIAGO AUGUSTO CAVALCANTI DOS ANJOS, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado, às 12:23 h, compareceu: ENILDO SILVA DE COUTO, brasileiro, casado, 45 anos de idade, nascido(a) em: 12/07/1969, natural de Rio Tinto-PB, filho(a) de Antônio Barbosa de Couto e de Antônio Silva de Couto, vigilante, RG.: 1.522.606 SSP/PB, CPF.: 570.508.804-34, Residente no(a): Travessa Rodrigues de Carvalho, nº 25, Centro, Mamanguape/PB, telefone: (83) 9115-8509. O(a) qual fez o seguinte registro: QUE no dia 30 de agosto de 2014, por volta das 6h estava em direção a cidade de Mamanguape-PB, perto do povoado Pipiri na cidade de Guarabira, quando um veículo caminhão fechou sua passagem nesta localidade e o noticiante pilotando uma motocicleta caiu no asfalto nesta estrada sofrendo assim acidente de trânsito, QUE o caminhoneiro de nome ZEZO, parou e levantou o noticiante, mas logo se evadiu do local, QUE o noticiante não sabe informar nada mais sobre o condutor do caminhão, QUE o noticiante não possui Carteira Nacional de Habilitação - CNH, QUE a motocicleta tem as seguintes características marca/modelo: HONDA CG 150 TITAN MIXES, de placa: NPX-0999/PB, ano: 2009, cor: preta, chassi: 9C2KC16209R027314, QUE esta motocicleta está em nome de: JOSELIA DA SILVA SEBASTIÃO, QUE este foi socorrido por um motorista de veículo particular e levado a um Hospital de Guarabira/PB e encaminhado ao Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa-PB, também em carro particular, uma vez que o Hospital não forneceu ambulância, QUE vítima de acidente de trânsito sofreu diversas escoriações e fratura no punho esquerdo, e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2014. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 14 de outubro de 2014.

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC).
Mamanguape/PB-27/06/2016
Selo Digital:ADN17124-467Z
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Notificante: Enildo Silva de Couto

DOCUMENTO 1 *T195*



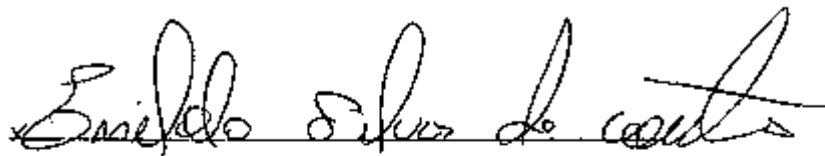
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ENILDO SILVA DE COUTO, portador da carteira de identidade nº 1522606 e inscrito no CPF/IME sob o nº _____, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/N, PLANALTO, Cidade MAMANGUAPE, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mamanguape / PB, 29/08/2016

Local e data

DOCUMENTO 3 "T34"



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

(ATO DECLARATÓRIO)

DECLARAÇÃO

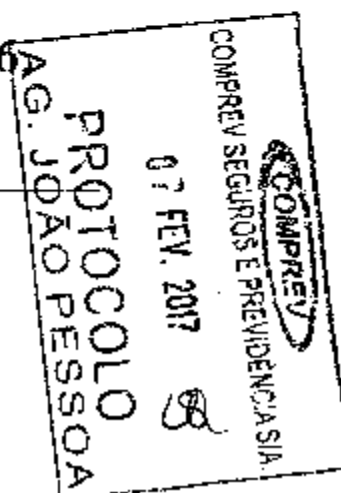
DOCUMENTO 2 "T29"



Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente ENILDO SILVA DE COUTO, vigilante, brasileiro, portador do RG: 1.522.606 SSP-PB, residente e domiciliado à rua Projetada s/n, bairro Planalto, município de Mamanguape-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 30/08/2014, tendo como diagnóstico Fratura do Rádio esquerdo CID 10 S52.3, com quadro clínico exame realizado raios x do punho esquerdo e imobilização tipo tala gessada membro superior, encaminhado para Hospital de Trauma (Senador Humberto Lucena), para procedimento cirúrgico, conforme ficha de atendimento ambulatorial Nº 319.710/2014, em nossos arquivos.

Guarabira, 31 de agosto de 2016

Pronto Socorro de Fraturas
Guarabira - Paraíba



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ENILDO SILVA DE COUTO

RG nº 1 522 606, data de expedição 28 / 11 / 1989

Órgão SSP-PB, CPF nº 570.508.804-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>PLANALTO</u>
Cidade	<u>MAMANGUAPE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58280-000</u>
Telefone de contato	<u>83 99682.5221 / 99188.8844</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

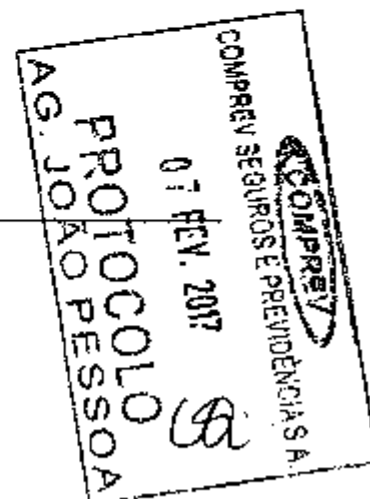
DOCUMENTO 2 *T2*



Local e Data: MAMANGUAPE / PB, 29 / 08 / 2016

Enildo Silva de Couto

Assinatura do Declarante





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68523670

REFERENCIA

DEZ/2015

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

LINDALVA SOUSA DE OLIVEIRA
TV RODRIGUES DE CARVALHO 25

CENTRO 58250-000
MAMANGUAPE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
802 02 200 0419	0	1	0	0	0	68523670
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A01X012697	18/01/2006	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
966	974	8	29	16/01/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
JUN/2015	8	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
JUL/2015	8	0	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. *CONFORMES	
AGO/2015	8	2	COLIFORMES	46 48 48
SET/2015	8	7	COLIFORMES	0 0 0
OUT/2015	9	8	COR	10 12 12
NOV/2015	9	2	TURBIDEZ	46 48 48
MÉDIA(M)	8	DADOS REFERENTES A: OUT/2015		

DATA DA LEITURA: 17/12/2015	HORA-DA LEITURA: 13:56:59
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 26,93 R\$26,93
047-JUROS DE MORA	R\$0,29
050-ACRESCIMOS MES(ES) ANT.	R\$0,55

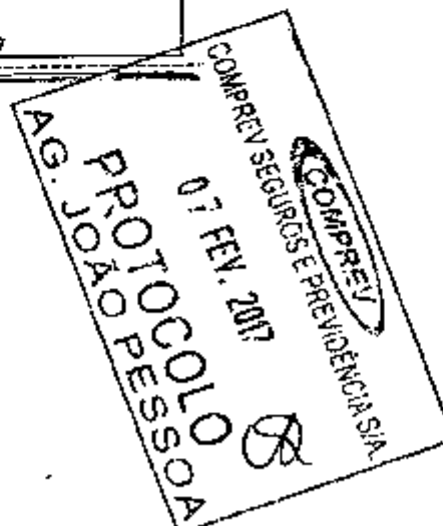
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 40,85 E COFINS IPT 12.741/12

VENCIMENTO:

20/12/2015

Total a Pagar:

R\$27,77



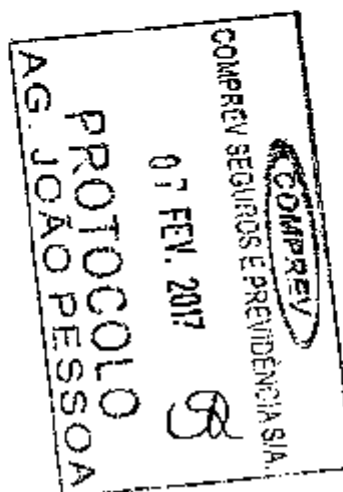
DOCUMENTO 1 *T196*



Beneficiário CONDOMÍNIO VILLA EMPRESARIAL - 00.773.947/0001-35					Ag/Cód. Beneficiário 0036.870.00000169-2
Data do Documento 25/07/2016	Nº do documento 11335710	Espécie Doc. DM	Assin N	Data do Processamento 25/07/2016	Mostra Número 8211335710-3
Uso do bônus	Categoria SR	Espécie moeda R\$	Outra moeda	Valor	(=) Valor do Documento 342,52
Instruções - (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) Até 10/09/2016, desconto de R\$ 34,25 Após 10/09/2016, multa de R\$ 6,85 + 0,03% de juros ao dia Não receber após 09/09/2016 Não pode ser substituído por Ordem de pagamento, DOC ou Depósito Bancário. Este recibo só será válido com Autenticação Mecânica/Comprovante de Pagto.					(-) Desconto
					(+) Juros
					(+) Alíq/Multa/Juros
					(+) Correção Monetária
					(=) Valor Cobrado
** TÍTULO SUJEITO A PROTESTO. ** Pagador: ROBERTA ONOFRE RAMOS Condo: 249 - CONDOMÍNIO VILLA EMPRESARIAL AVENIDA ALMIRANTE BARROSO, 500 Unid: 0903 - P 58013-123 - CENTRO - JOAO PESSOA - PB Recibo: 11335710 Emissão: 67412 N/C: CPF: 045.914.701-69					

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

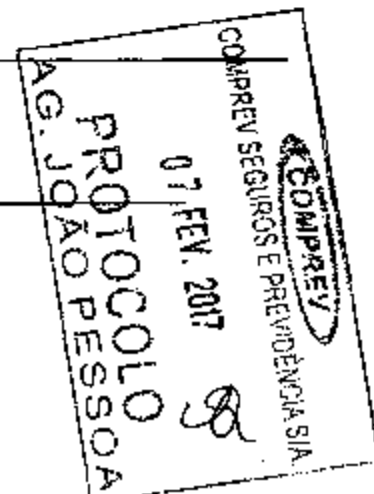
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTA ONOFRE RAMOS, portador(a) do RG nº 13425, expedido por OAB/PB, em 18 / 12 / 2014, CPF/CNPJ nº 045.914.204-69, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) EDNILDO SILVA DE COUTO do sinistro de DPVAT da natureza da vítima EDNILDO DA SILVA DE COUTO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Roberta Onofre Ramos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Eu, Joselia de silva sebastião
RG nº 1870113, data de expedição 28/04/1993
Órgão _____, portador do CPF nº 001.774.394-08, com
domicílio na cidade de Marechal, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Aldeia Jacaré São Domingos, nº S/N,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ENILDO SILVA DE LOUTO cujo o condutor era
ENILDO SILVA DE LOUTO.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIXES
Ano: 2009
Placa: NPY 0999/PS
Chassi: 4C2KC16209R027314
Data do Acidente: 30-08-2014
Local e Data: GUARABIRA - 30-08-2014

Isolida dasilva sebastião
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Emilio Silva de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Avondale Adams 1 day Rm. 878 - CENTRO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSEIA DA SILVA SEBASTIÃO
Dou. fé. Maracão/PB - 22/01/2016
Notário: MARTA MARIA BARRETO DOS SANTOS
Nota Digital: ACN71458-G722
Acesse o site <https://selodigital.trib.jus.br>

Maria M^a Barreto dos Santos
Oficial

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rúa R. Prog. J. Pessoa 47 Montevideo, 47 - Centro

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
ENILDO SILVA DE COUTO
 Dou fé. Mamanguape/PB - 02/02/2016
 Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
 Selo Digital: ACU34106-DIN7
 Acesso o site <https://selodigital.ti.pb.jus.br>

STO

CARTORIO BUSTORRE
2ª OFÍCIO
3292-2297
MANANGUAPE-PB

Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

DOCUMENTO 5 *T5%*



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente ENILDO SILVA DE COUTO, vigilante, brasileiro, portador do RG: 1.522.606 SSP-PB, residente e domiciliado à rua Projetada s/n, bairro Planalto, município de Mamanguape-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 30/08/2014, tendo como diagnóstico Fratura do Rádio esquerdo CID 10 S52.3, com quadro clínico exame realizado raios x do punho esquerdo e imobilização tipo tala gessada membro superior, encaminhado para Hospital de Trauma (Senador Humberto Lucena), para procedimento cirúrgico, conforme ficha de atendimento ambulatorial Nº 319.710/2014, em nossos arquivos.

Guarabira, 31 de agosto de 2016.

Pronto Socorro de Fraturas
Guarabira - Paraíba

COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	07.FEV.2017
	PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA



LAUDO MEDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ENILDO SILVA DE COUTO
DATA DE NASCIMENTO	12/07/69
NOME DA MÃE	ANTONIA SILVA DE COUTO

DADOS EXTRAIDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	788.938
PRONTUÁRIO N.º	82.969
DATA DO ATENDIMENTO	20/10/14
HORA DO ATENDIMENTO	14:16H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	RETORNO ORTOPEDIA
DIAGNÓSTICO(S)	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE DE PUNHO ESQUERDO
CID 10	S52.5.0 + Z47.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ ± 02 MESES, RETORNA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE EM FRATURA-LUXAÇÃO DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, CONSOLIDADA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

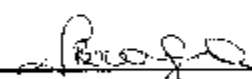
RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL CONSOLIDADA.
ECG + RISCO CIRÚRGICO.
EXAMES LABORATORIAIS.

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO POR COT PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE SEM INTERCORRÊNCIA. MEDICADO OPERADO POR DR. RICARDO RAMOS.

ALTA HOSPITALAR: 23/10/14 COM RETORNO AGENDADO

DATA DA EMISSÃO: 16/02/2015

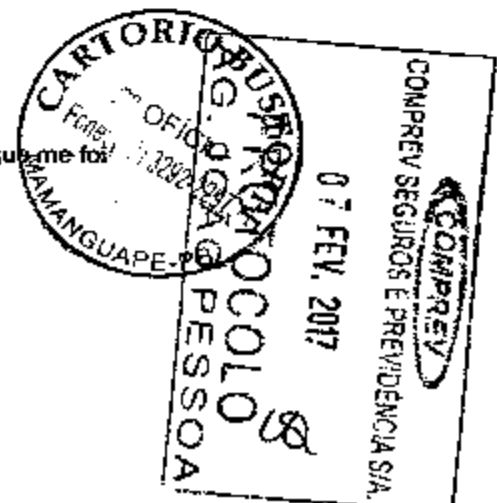

Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pires. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).
Mamanguape/PB-02/02/2016
Selo Digital:ACU02748-4E10
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA
RECEITUÁRIO CONTROLÉ ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: DR. PAULO S. F. PAIVA

Endereço: Av. ...

Cidade: João Pessoa UF: PB

Telefone: ...

CRM: ...

Endereço: ...

Cidade: João Pessoa UF: PB

Telefone: ...

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Diagnóstico
2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. Paulina S. F. Paiva

Médica

CRM: 7853

DEMEPE 19596

Centro de Emergência

Paciente: Enrique Silva de Castro

Endereço: R. Pedagogos de Carvalho 35

Prescrição: 1000 mg

1) Levodopa 500mg - 40cp

Tomar 01 cp 3x 615h por

30 dias

Data: 13/09/14

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUÍVEL

Nome Completo: AG. JOÃO PESSOA

CRM: ... UF: ... Nº: ...

Endereço: ...

Cidade: ... UF: ...

Telefone: ...

Protocolo: 07 FEB. 2017

Data: ...

Assinatura de Formulário



SECRETARIA

Receituário Médico

SECRETARIA

Enrique S. Castro

Uso Med.

1) Levodopa 500mg - 40cp

Tomar 01 cp 3x 615h por

22/10/14

Data: ...

Médico - CRM

CARTÓRIO BUSTORFF 2º DEPARTAMENTO DE NOTAS E PROTESTO

R. Pass. J. Pessoa 47 Maranguape

Autenticação

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi

exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)

Maranguape/PB-02/02/2016

Selo Digital: ACU02750-26V

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.pb.jus.br>



RNG/CL002-1



RIO TINTO

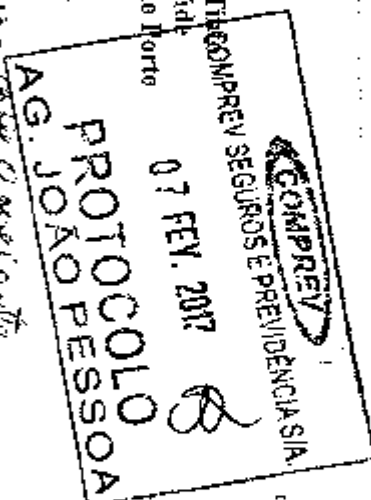
Estado da Paraíba

Prefeitura Municipal de Rio Tinto

Secretaria Municipal de Saúde

Hospital Municipal Dr. Francisco Porto

Receituário Médico



Receituário Médico

Emílio Silva Couto

Dr. Renato

Receita para os devidos fins para o paciente Emílio Silva do Couto, com Sequela de Fratura de pulso esquerdo, apresentando dor aos movimentos do pulso esquerdo. Bem como limitação da amplitude dos movimentos (flexão e extensão, prono e supinatório), no momento sem fratura - neste momento.

Receita com Prescrição de
No do paciente do nome Emílio Silva
Médico do Hospital. Receita com
prescrição de medicação de
uso no tratamento da
do paciente.

Data: 23/08/15

Médico - CRM

Rio Tinto, 24/05/2015.

Dr. Luciano de Albuquerque Alves
Fisioterapeuta
CPF: 21.748.411-00

CARTÓRIO BUSTORREZ 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Prof. J. Pessoa 47 Mangueira

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)
Mangueira/PB-02/02/2016
Selo Digital: ACU02749-1XGV
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



FNQ/CC/02-1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1522606 DATA DE EMISSÃO 28 NOV 1989

NOME ENILDO SILVA DE COUTO

PAZADO Antonio Barbosa de Couto

PAZADO Antonia Silva de Couto

Rio Tinto-PB 12-07-1969

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.Nº.91.988.Fls.81v.Liv.A-745

Cart.de Rio Tinto-PB

CPF 570 508 804 34

João Pessoa - PB

BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P65

Emildo Silva de Couto

SINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

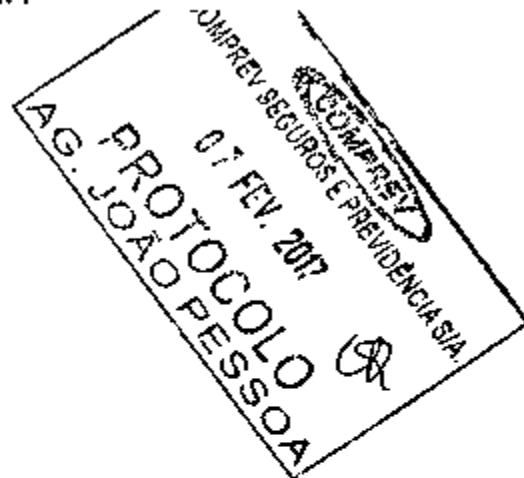
CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).
Mamanguape/PB-02/02/2016
Selo Digital:ACU02747-ETRZ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



DOCUMENTO 6 *T66*



13425



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARADIBA-
IDENTIDADE DE ABOGADO

2005

ROBERTA OTOFRE RANOS

04392712

ROSEANE MATHA LIMA OROSRE

Application

2080 PRESS QUARTER

DATA DEBATE PROJECT

2061271.882

5

257-0826 SSP/EG

055814, 204-68

CP3

GRADE 01 PRODUCT E RECIDDB

EXPEDIENTE N.º 7114

516

PRÉSIDENTE

DOCUMENTO 3 "73%"



USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



Robert Charles Foster



TEM-PE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL. 00155



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
07 FEV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Conrado Silva de Couto

DATA DO ACIDENTE 30/08/2014 CPF DA VITIMA 530.508.804-34

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Tv Rodrigues de Carvalho

Nº 25 COMPLEMENTO BAIRRO Centro

CIDADE Maranguape UF RS CEP 58880-000

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO ~~BRASIL~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INIL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COPIA DO REGISTRO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

☒ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

Procuração / Susce Contas bancárias

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ OBR REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISITA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVATTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

1310112017

1.582.606

SINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

DOCUMENTO 7

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Enildo Silva de Couto
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** casado
PROFISSÃO: trabalhador **Nº DO RG:** 1.522.606 SSP-PB
ORGÃO EMISSOR: SSPPB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1
Nº CPF: 045.914.204-69 **ENDEREÇO:** Rua Retirada,
517, Planalto, Mamanguape

OUTORGADO: Rafael Gede Ramos
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** casado
PROFISSÃO: advogado **Nº DO RG:** 2670826
ORGÃO EMISSOR: SSPPB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1
Nº CPF: 045.914.204-69 **ENDEREÇO:** Po Pimento
Barroa, 600, Blo 903, Centro, 50000-000 PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Enildo Silva de Couto, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Mamanguape 06 de Fevereiro de 20 2016

Enildo Silva de Couto
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape-PB

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

ENILDO SILVA DE COUTO

Dou fe. Mamanguape/PB - 06/09/2016

Escritor: ERIVALDO ARAÚJO CAVALCANTI

Expo: R\$ 8,49, FARPEN R\$ 0,25, MP R\$ 0,14, FEPJ R\$ 1,56

Selo Digital ADW77568-SNGP

Acesso: o site <https://selodigital.tpb.jus.br>

