

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL GONSALVES DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180028754**

Vitima: **MANOEL GONSALVES DE LIMA**

Data do Acidente: **29/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180028754**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12248514



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL GONSALVES DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180028754**

Vítima: **MANOEL GONSALVES DE LIMA**

Data do Acidente: **29/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180028754**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o prazo de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

146.391.494 - 68

Nome completo da vítima

Manoel Gonçalves de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Manoel Gonçalves de Lima</u>		CPF titular da conta <u>146.391.494 - 68</u>	Profissão <u>Sapateiro</u>
Endereço <u>Rua Porfirio da Costa</u>		Número <u>98</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Santo Antonio</u>	Cidade <u>Patos</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58701-040</u>
Email <u>emmanoela@hotmail.com.br</u>		Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9630-1656 (83) 9 9655-9484 (83) 9 9999-9970	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>4982</u> DV <u>00014861</u> DV <u>2</u> (Informar dígito se existir)		BANCO <u>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</u> NRO. <u>0001</u> AGÊNCIA NRO. <u>0001</u> DV <u>0001</u> CONTA NRO. <u>0001</u> DV <u>0001</u> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

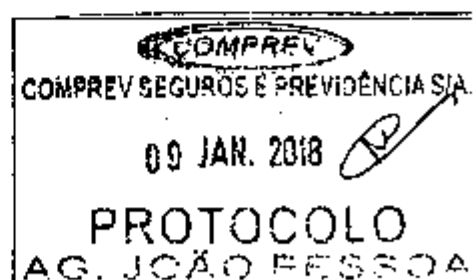
Patos - PB, 12 de Dezembro de 2017
Local e Data

Manoel Gonçalves de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Autorização de pagamento





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

09 JAN. 2018

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

PROTOCOLO

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Manoel Gonçalves de Lima

CPF da Vítima

146.391.994 - 68

Data do Acidente

29/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

emmanoela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (83) 3421-8003
(83) 9 8655-9484
(83) 9 8698-8876

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



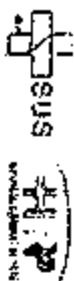
Patos - PB, 12 de Dezembro de 2017

Local e Data

Manoel Gonçalves de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.776.368/002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUPHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: URGENCIA

Paciente: MANOEL CONSALVES DE LIMA

Mae: MARIA GONCALVES DE LIMA

Nascimento: 10/08/1945 Idade: 72 Cor: PARDA

Profissão: APOSENTADO(A)

Endereço: PORFIRIO DA COSTA

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS: 636-0038-6084-7752

Identidade: 2401556

Reg. Nasc.: Recepcionista: KATIA

Data / Hora: 29/08/2017 12:40:57

Ficha Número: 220160

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMÁRIO)

Manoel de Jesus B. da Silva
Paciente masculino
Aposentado

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
AUA na avaliação com

RESULTADOS



Qualificação de op. cadastramento

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Diclonato 5 mg 2400
Miltina 40 mg 2400

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
- ☐ 02 - URGENCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA
PROCEDIMENTO Descrição

05 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DIAGNÓSTICO EM 21/10/2017

ENFERMAGEM

MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	RESIDÊNCIA	INTERNAÇÃO
☐ 1. PRESCRITA	☐	☐	☐
☐ 2. APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	04	08	02	01	64

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos
Ass. do Técnico de Enfermagem - carimbo

CUNCELO PEREIRA MOREIRA - 2021 - 206.7301-1034-0006

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbos

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Polígrafo digital

CBO

REMETENTE



Você, sem fronteiras.

Fatura
Número da Fatura: 1300330032
Tua Caixa S.A.
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 3100 - St. G. João Pass
CURT - RJ 20410-000 - SSI - I.E. 16.143.899-0

DESTINATÁRIO



01090651

CID RECIFE PE 51161-10

EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 02884808401

R TITICO GOMES, 405

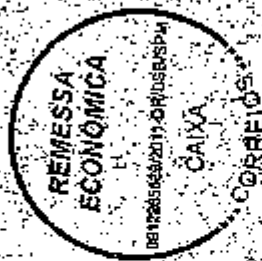
BELA VISTA

58704-450 - PATOS - PB

Comprovante de residência



de telecomunicações



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
09 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PASSA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204 ou 0800-221236 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

09 JAN. 2018

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:

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu EMMANUELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Gonçalves de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 146.391.494 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Manoel Gonçalves de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 146.391.494 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ 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 TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELA VISTA	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58706-460
Email emmanuela@hotmail.com.br		Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484

Patos - PB, 12 de Dezembro de 2017
Local e Data

Emmanuela S.P.V. de Souza Araújo
Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flavio Nobrega Gonçalves.

RG nº 2685348, data de expedição 10/08/1999

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 043.960.034-04, com domicílio na cidade de Patos, no Estado de

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

Rua Porfirio da Costa - Santo Antonio, nº 98,

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

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

vítima Manoel Gonçalves de Lima, cujo o condutor era

Manoel Gonçalves de Lima.

Veículo: MOTO

Modelo: I/PASHAN JONNV HYPE 50

Ano: 2010/2010

Placa: REF2218/PB

Chassi: LHTXCBLD0AB203637

Data do Acidente: 29/08/2017

Local e Data: Patos - PB; 11/Dezembro/2017

Flavio Nobrega Gonçalves

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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

(Sem reconhecimento de firma)

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
FLAVIO NOBREGA GONCALVES.....

Em test. da verdade, Patos-PB 11/12/2017 10:19:29
ZULEYKA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
C2017-026551 IDENT:RS 19,23 FASEN:RS 0,27 FEPJ:RS 1,18 ISS:RS 0,00
SELO DIGITAL: A6E25074-7LYS
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

09 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

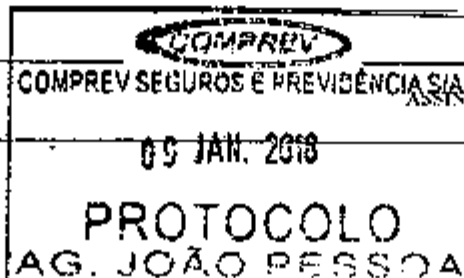
H.R.P.
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
CETIVAM JANDUHY CARNEIRO

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>MARCELO LIMA</u>	
DA CLÍNICA <u>ORTO PÉDIA</u>	ENFERMARIA
A CLÍNICA	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA:	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E ENUNCIAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>Trauma em ombro D</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:	
Hs: Fecho Uniflex Proximidade cs: R x ombro D de Uniflex Tipos de fratura Até o nível de fratura	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

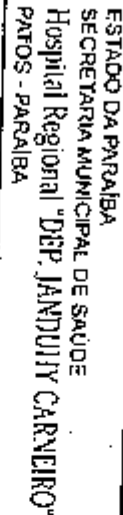
23/08/2018

DATA



José R. Sussana Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

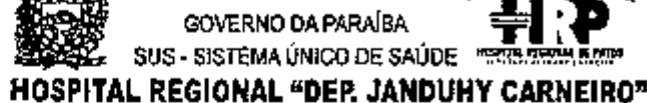
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

NOME:		Maurice Special 24 Jp	
ENDEREÇO:	DATA NASC:		FL.
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:		Bairro:	1
EXAME(S) SOLICITADO(S)		NOME DA MÃO: E. D. 1438	
CÓDIGO		EXAME(S) SOLICITADO(S)	
CÓDIGO		CÓDIGO	
PROCS. SOLICITANTES		UNID. SOLICITANTE:	
SISTEMA DE REGISTRO		CNPES:	
DATA: 25/10/17		AUTORIZAÇÃO DATA: 1/1/17	
REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:		UNID. PRESTADORA	
DATA: 1/1/17		HORA: 17:00	
MÉDICO:		ENDEREÇO:	
SENHA DA CENTRAL DE MARCAÇÃO:		CÓDIGO:	
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESTADOR		ASSINATURA DO USUÁRIO	
POTEGAR DIREITO (AVUL PARETO)			

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
09 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Around March
Saw several of them
Saw the same one
quite a few

29/08/12 P. Vankar

Cartoon a extremes.

La proximal de nous

Drunk, see who-
h

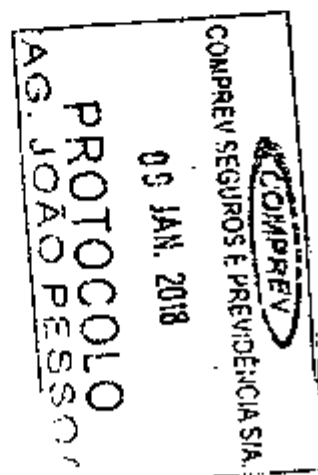
avec l'astuce le par

60 (Session) / Nov

Stênio GUY W. ARAÚJO
CRM 1275 - CBO 223145
OBSTETRIA - GINECOLOGIA
CNS 206199107710000

94-09-17

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



Lendo ORTOPEDIA

MANOEL GONCALVES DE MORAIS

Coordenador de Saúde

e Francisco de Almeida D.

(Unidade de Saúde 27/08/12)

Respeito e Gratidão

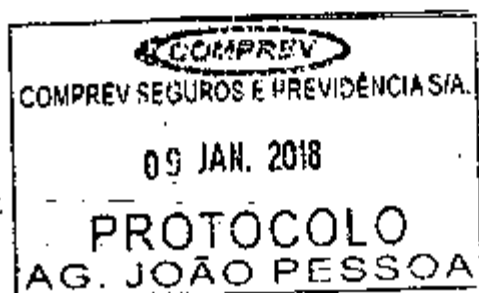
Manoel G.

Coordenador

18/10/12

Stênio Guy W. Araújo
CPEA 1325 - CBO 223146
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CNS 206790107-710000

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARÁIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA LEGAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF

Francisco Gonçalves de Lima

CAMPELA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

201596

MANOEL GONÇALVES DE LIMA

Francisco Gonçalves de Lima

Maria do Carmo de Lima

Patos-PB

10.08.1945

Cert. Cas. 11.625. E18.255.11v. E-5

Cart. Patos

Cart. Patos

ASSISTENTE SOCIAL DO TRABALHO
CASA DE APOIO AO TRABALHADOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

123.456.789-00

Nome

MANOEL GONÇALVES DE LIMA

Residência

12345-678

CAIXA DE PESSOAS FÍSICAS

Cartão de identificação pessoal e profissional

Leve este documento junto com seu documento de identidade

CPF

123.456.789-00

Entidade

CPF/2010

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JAN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

02R46



Phormosoma Saturnina P. U. 65

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.064-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975



REPÚBLICA REPRESENTATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DO EXERCÍCIO CIVIL DAS PESSOAS NATIVAS E DE
INTERVENIENTES E TUTELAS
FORUM JUDICIAL VEREADOR DO MUNICÍPIO
MUNICÍPIO DE TAMBORA
ESTADO DO PERNAMBUCO
CECILIA DOLARES DE SOUZA / PRIMEIROS MACIELADO - TUTELAR
MATEUSA SOARES DO NASCIMENTO - SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, em 4 de 1974, às 17h, da Manhã do, da Regência do

Cartório Civil, verificando-se quanto que em dia 13 de dezembro de 1969, às 16h, no Cartório do

Cartório do, das CECILIA DOLARES DE SOUZA e EMERSONEIA SATURNINO

PEREIRA VASCONCELOS DO SOUZA, Casados perante o Dr. Álvaro Duarte da Costa

Claro, Juiz de Direito, Substituto em virtude da morte do Cônjuge, e as intervenientes

verificadas nos autos.

ELA, solteira, natural de Tatuá - PE, nascida em 18 de outubro de 1934,

matrícula, casando com o Sr. JACQUES BATISTA DE ALMEIDA,

de nacionalidade brasileira e da SEMINÁRIA MARIA DE QUEIROZ, nascida por volta

ELA, divorciada, natural de Tatuá - PE, nascida em 26 de outubro de 1974,

matrícula dos autos, nascida nos autos, filha de ANTONIO XAVIER DE SOUZA e

de MARIA AMÉLIA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA, nascida nos autos.

Portanto, apresentando-se os documentos a que se refere o Art. 1.513, IV, e VI, do

Código Civil Brasileiro.

A testemunha natural e Casamento passou a ser: EMERSONEIA SATURNINO

PEREIRA VASCONCELOS DO SOUZA ALMEIDA

CECILIA DOLARES DE SOUZA ALMEIDA, Casando perante o Dr. Álvaro Duarte da Costa

o Exercicio e Vigência de 1974

VÁLIDO E CONFORME COM O ART. 1.513, IV, e VI, do

TAMBORA (PE), 11 DE DEZEMBRO DE 1969.



1969


1969

CARTA ECONOMICA FEDERAL			
Nome do titular		UTA DO TRABALHADOR	
Nome do beneficiário		MANGELA SATURNINA PEREIRA	
Nome do cônjuge		ELA PEREIRA V SOUZ	
Nome do titular	Nome do beneficiário	Nome do cônjuge	Nome do beneficiário
104-1433-8	010594600006	104-1433-8	104-1433-8
Nome do titular		Nome do beneficiário	
DOLDA		104	
Nome do titular		Nome do beneficiário	
10001-00		17/03/1997	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
09 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Documentos de identificación



REPUBLICA DE GUATEMALA
GOBIERNO DE GUATEMALA
MINISTERIO DE DEFENSA
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
CARTERA DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

106946 00005

Emmanuel S. P. de Sosa
ABASTECIDA DOPTADOR

1971

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012711033300
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 VIA - ODD - RENA - RPT - 2016000021672 - 1000
 0107448000-2 007000000000 2016

NOME: **PLAVIO NOBREGA GONCALVES**

CPF / CNPJ: **04396003404**

PLACA: **QF02218/PB**

PLACA ANT / UF: **NOVO PB**

CLASS: **LHJXCBLDQAB203637**

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC: **PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC**

COMBUSTIVEL: **GASOLINA**

MARCA / MODELO: **T/DAQUAN / CORR. HIFE 500**

ANO FAB. / ANO MOD.: **2010 / 2010**

CAP / POT / CL: **2 P/49 / CL**

CATEGORIA: **PARTIC**

COR PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA UNICA: **IPVA ISENTO**

VENO. COTA UNICA: **00/00/0000**

VENO. COTAS: **1**

FAIXA IPVA: *********

PARCELAMENTO / COTAS: **0**

2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *********

IOF (R\$): **SEGURO**

PRÊMIO TOTAL (R\$): **16/08/2016**

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES: **SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

ESTADO: **PB**

LOCAL: **LOCAL**

DATA: **22/08/2016**

36838

41033

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

PB Nº 012711033300 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2016** DATA EMISSÃO: **22/08/2016**

VIA: **04396003404** PLACA: **QF02218/PB**

RENAVAM: **01377101000** MARCA / MODELO: **T/DAQUAN / CORR. HIFE 500**

ANO FAB. / DATA INSC. / ANO MOD.: **2010 / 9 / LHJXCBLDQAB203637**

PRÊMIO TARIFÁRIO: *********

CUSTO DO SEGURO (R\$): *********

CUSTO DO BILHETE (R\$): *********

IOF (R\$): **SEGURO**

DATA DE OUTUBRO: **16/08/2016**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

SEGURO: **SEGURO**

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 09 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180028754 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL GONSALVES DE LIMA **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de úmero proximal esquerdo, já consolidada

Resultados terapêuticos: Sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180028754 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL GONSALVES DE LIMA **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de úmero proximal esquerdo, já consolidada

Resultados terapêuticos: Sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

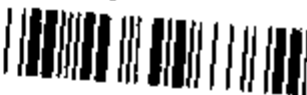
IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Manoel Gonçalves de Lima
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Sapateiro
 Identidade: 2401596 CPF: 346.391.494-68
 Endereço: Rua Periquito da Costa N° 98 Centro, Patos - PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
 CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Manoel Gonçalves de Lima

Patos - PB; 11 / Dezembro / 2017

Local e data



Manoel Gonçalves de Lima

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

DINAMÉRICO WANDERLEY
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 Rua ... Patos - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: MANOEL GONÇALVES DE LIMA

Em test. da verdade, Patos-PB 11/12/2017 10:18:50
 ZULEYKA MEDEIROS DE LUDOW - ESCRIVENTE
 [2017-026550]EML-RS 19,23 FARMEN-RS 0,27 FEPJ-RS 0,25 ISS-RS 0,28
 SELO DIGITAL: AQE25073-JTTS
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

