

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10191938

A/C: ELIZABETE MARTINS NOBREGA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160290704 ASL-0869693/16
Vitima: ELIZABETE MARTINS NOBREGA
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº 11139105

a/c: ELIZABETE MARTINS NOBREGA

Sinistro: 3160290704 ASL-0869693/16
Vítima: ELIZABETE MARTINS NOBREGA
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

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.seguradoralider.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



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2016

Carta nº: 9076457

A/C: ELIZABETE MARTINS NOBREGA

Sinistro: 3160290704 ASL-0869693/16
Vítima: ELIZABETE MARTINS NOBREGA
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2016

Carta nº: 9079268

A/C: ELIZABETE MARTINS NOBREGA

Sinistro: 3160290704 ASL-0869693/16
Vitima: ELIZABETE MARTINS NOBREGA
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.
incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS 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, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9580128

A/C: ELIZABETE MARTINS NOBREGA

Sinistro: 3160290704 ASL-0869693/16
Vitima: ELIZABETE MARTINS NOBREGA
Data Acidente: 21/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório 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 ARUANA SEGUROS 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



DOCUMENTO 1 "T1 %"



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este documento 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, Elizabeth Martins Nogueira
PORTADOR(A) DO RG Nº 01005918333 EXPEDIDO POR Detran - PB EM 03/02/14 E
CPF 025076837-98 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Benfeiteira
E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.000,00 PARA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A mesma Acima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0729 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00006815-8

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.

Praia Grande, 21 de março de 2016 Elizabeth Martins Nogueira
LOCAL E DATA 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 11.943/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARUANA SEGUROS

04 MAI 2016



ARUANA SEGUROS
04 MAI 2016



Secretaria de
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00741.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00741.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 12 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **FABIANA DE LIMA BEZERRA**, AGENTE DE INVESTIGACAO, às 15:17 horas, compareceu **ELIZABETE MARTINS NOBREGA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão COZINHEIRA, naturalidade Natuba, data de nascimento 24 de Outubro de 1973, idade 42, filiação JOSEFA RODRIGUES NOBREGA e SEVERINO MARTINS NOBREGA, Documento - CPF: 025.046.834-48, residente RUA SÃO LUIZ, 401, Valentina de Figueiredo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98621-8034

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 21.02.2016, por volta das 03h40, retornava do trabalho, conduzindo sua motocicleta de marca HONDA/CG 150 TITAN, COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA OFH7278/PB, CHASSI 9C2KC1650CR541362, DE SUA PROPRIEDADE, quando passava numa avenida principal do bairro Mangabeira, próximo ao Complexo Hospitalar da Mangabeira, foi surpreendida por um cachorro que passou à sua frente, não conseguindo desviar e com isso, atropelando o animal, causando sua queda da motocicleta; Que devido ao fato veio a ter fratura do 3º e 4º metatarsos do pé direito, sendo socorrida por um conhecido de nome Marconi em veículo particular e conduzida ao Hospital Geral da Paraíba, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por esse motivo noticiou o fato.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 12 de Abril de 2016

Elizabete Martins Nobrega

ELIZABETE MARTINS NOBREGA

Noticiante

Fabiana de Lima Bezerra

FABIANA DE LIMA BEZERRA

AGENTE DE INVESTIGACAO



ARUANA SEGUROS

04 MAI 2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Elizabeth Martins Nobrega, portador da carteira de identidade nº 2.199.936 e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.046.834-48 residente e domiciliado na R. S. Luiz, 201, P. 3ª andar, CEP: 58.065-021, Cidade João Pessoa Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) 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.

DOCUMENTO 3 "T36"

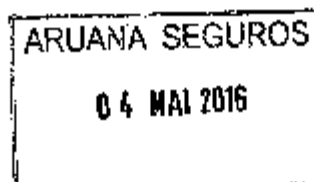


Elizabeth Martins Nobrega

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 21 de março de 2016.

Local e data





HOSPITAL DE
PARARÁIBA

Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários - (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

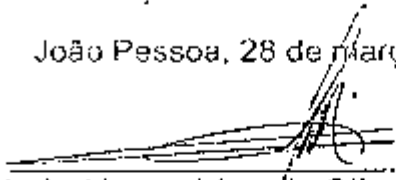
DOCUMENTO 2 *T2%*



D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que a paciente **ELIZABETE MARTINS NOBREGA**, foi atendida neste Hospital no dia 21.02.2016, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme atendimento nº 34423132.

João Pessoa, 28 de março de 2016.


Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor do Faturamento

Clinica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda
Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor de Faturamento



ARUANA SEGUROS

04 MAI 2016



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

28/03/2016 09:23

Paciente: ELIZABETE MARTINS NOBREGA	Atendimento: 34423132	Prontuário: 4754439	Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional: ARAD SANTOS DE ALENCAR CRM 1967	Nº: 03341099	21/02/2016 às 04:55	Idade: 118224
ANAMNESE			
Queixa Principal	QUEIDA DE MOTO COM DOR EM PERNA DIREITA + MALUXO DIFICULDADE DE DEAMBULAR RX		
CID10	S801 CONTUSAO DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PERNA		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta Após Medicação e Cuidados		Alta após cuidados e/ou medicação	

Clínica Ortopédica e Traumatológica de João Pessoa Ltda
 Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
 Supervisor de Faturamento



ARUANA SEGUROS

06 DEZ 2016

ARUANA SEGUROS

06 DEZ 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elizabete Martins Nobrega

RG nº 01005918333 data de expedição 03/02/14, Órgão Detran - PB

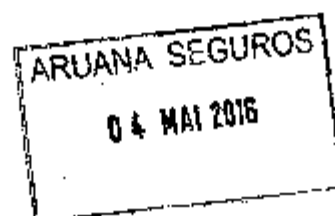
CPF nº 025.046.834-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. S. Luiz</u>
Número	<u>401</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>P. Esperança</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.065 - 021</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98621-8034 / 98854-6832</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 21 de março de 2016.

Assinatura do Declarante: Elizabete Martins Nobrega



1 DO125059645BR 0004102005 26A
ELIZABETE M NOBREGA
R S LUIZ 401
P ESPERANCA
JOAO PESSOA PB
CEP 58065-021 00000028

**Você está recebendo este cartão
por um dos motivos abaixo:**

- solicitação de 2ª via do cartão;
- inclusão de adicional ou troca de produto;
- data de validade próxima ao vencimento;
- alteração na data de validade do seu cartão;
- substituição do cartão anterior conforme contato prévio.

BCE

ARUANA SEGUROS
04 MAI 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SIMONE CRISTINA RICARDO HARA,

RG nº 048.032.523-15, data de expedição 27/02/2014, Órgão DETRAN/PR,

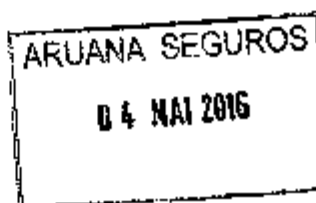
CPF nº 075.400.659-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA NEVADA
Número	670
Apto / Complemento	
Bairro	QUEBEC
Cidade	LONDRINA
Estado	PARANÁ
CEP	86060-238
Telefone de Contato	(43) 3031-2323 / (43) 3031-2327
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Londrina, 25 de Abril de 2016

Assinatura do Declarante: Simone C.R. HARA



**COPEL**

COPEL TELECOMUNICAÇÕES S.A.
RUA JOSE MIGUEL BIALETTI, 158 - MORGANTINI
CNPJ: 06.368.341/0001-68 - IE 0023307828 - IN 0236729

REYNOLDS CANTON LTA
R NEVADA, 870
QUEREC
36080238 LONDRINA-PR
CNPJ: 03.034.134/0001-67
R: RSENTO 34
Cidade Veloso, 1200 Residencial

Período de Referência

01/01/2015 a 31/03/2015

Vencimento

01/01/2015

www.copel.com
0800 414131

Nº da Identificação

314999-4

VALOR

R\$ 1.482,38

DOCUMENTO DE COBRANÇA Nº 14768518

Emitido em 18/10/2015

Descrição dos Produtos

Serviço de Onda - Garantia de 100%
Transporte de Acesso a Serviços Estendidos

Débito R\$	Crédito R\$
877,43	0,00
394,95	0,00

VALOR A PAGAR

001-9 | 001994858540000000006 14768518218 J 85990000148238 1.482,38

Saldo de pagamento
OS VENCIMENTO PAGAVEL SOMENTE EM AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL

COPEL TELECOMUNICAÇÕES S.A.
4 do Documento
10/2015

Nº do Documento 00000014768518					Nº do Documento 00000014768518		Estado do Documento 21		Acervo 1		Data de Processamento 18/10/2015	
Valor		Carência 75		Exatidão 85		Quantidade				Valor 1.482,38		

Vencimento	01/01/2015
Agência/Cod. Cedente	3082-5/11800-0
Nosso Número	00000000014768518
(*) Valor de Documento	

NOTAS:
Este boleto é emitido em nome do usuário e não da concessionária.
Receber por depósito em nome próprio (sem cobrança) no endereço acima.

(*) Outros Acréscimos
(*) Descontos em nome
(*) Outros Deduções
(*) Marcas
(*) Valor Cobrado
1.482,38

REYNOLDS CANTON LTA
RUA NEVADA, 870
QUEREC LONDRINA-PR
36080238



Assinatura / Ficha de Compensação

ARUANA SEGUROS
04 MAI 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SIMONE CRISTINA RICARDO HARA,

RG nº 048.032.523-15, data de expedição 27/02/2014, Órgão DETRAN/PR,

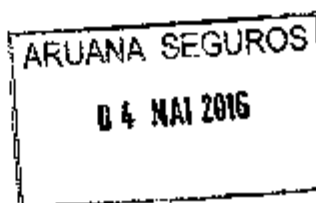
CPF nº 075.400.659-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA NEVADA
Número	670
Apto / Complemento	
Bairro	QUEBEC
Cidade	LONDRINA
Estado	PARANÁ
CEP	86060-238
Telefone de Contato	(43) 3031-2323 / (43) 3031-2327
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Londrina, 25 de Abril de 2016

Assinatura do Declarante: Simone C.R. HARA





COPEL

COPEL TELECOMUNICAÇÕES S.A.
RUA JOSE MIGUEL BIALETTI, 158 - MORRANGUE
CNPJ: 06.368.341/0001-68 - IE 0023307828 - IN 0236729

REYNOLDS CANTON L.TDA
R NEVADA, 870
QUEREC
36080238 LONDRINA-PR
CNPJ: 03.034.134/0001-67
R: SEBASTIÃO
Cidade Veloso, 1200 Residencial

Período de Referência

01/01/2015 a 31/03/2015

Vencimento

01/01/2015

www.copel.com
0800 414131

Nº da Identificação

314999-4

VALOR

R\$ 1.482,38

DOCUMENTO DE COBRANÇA Nº 14768518

Emitido em 18/06/2015

Descrição dos Produtos

Serviço de Onda - Garantia de 100%
Transporte de Acesso a Serviços Externos

Débito R\$	Crédito R\$
877,43	0,00
394,95	0,00

VALOR A PAGAR

001-9 | 001994858540000000006 14768518218 J 85990000148238 1.482,38

Saldo de pagamento
OS VENCIMENTO PAGAVEL SOMENTE EM AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL

COPEL TELECOMUNICAÇÕES S.A.

Dados do Documento		Dados do Documento		Dados do Documento		Dados do Documento	
4 do Documento	00000014768518	1º de Documento	00000014768518	2º de Documento	0000000000000000	3º de Documento	0000000000000000
4 do Documento	00000014768518	1º de Documento	00000014768518	2º de Documento	0000000000000000	3º de Documento	0000000000000000

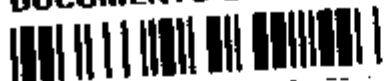
NOTAS:
Este boleto é emitido em nome do usuário e não do estabelecimento.
Reserva por prazo no pagamento (para cobrança) no endereço acima.

REYNOLDS CANTON L.TDA
RUA NEVADA, 870
QUEREC LONDRINA-PR
36080238



Assinatura / Ficha de Compensação

ARUANA SEGUROS
04 MAI 2016



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 SIMONE CRISTINA RICARDO HARA, portador(a) do RG nº 048.032.523-15, expedido por DETRAN-PR, em 27/02/2014, CPF/CNPJ nº 075.400.659-07, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Glizabete Mantovani Uchegua do sinistro de DPVAT da natureza Furtividade da vítima Glizabete Mantovani Uchegua, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Auxiliar Administrativo

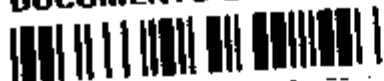
Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: _____

Simone C.R. HARA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS

04 MAI 2016



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 9.613/96.

Pelo exposto, eu SIMONE CRISTINA RICARDO HARA, portador(a) do RG nº 048.032.523-15, expedido por DETRAN-PR, em 27/02/2014, CPF/CNPJ nº 075.400.659-07, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Elizabete Mantovani Uchegua do sinistro de DPVAT da natureza Furtividade da vítima Elizabete Mantovani Uchegua, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Auxiliar Administrativo

Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: _____

Simone C.R. HARA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS

04 MAI 2016



**HOSPITAL GERAL
DA PARAIBA**

Inscrição no CNPJ: 09.114.696/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários - (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

DOCUMENTO 4 "T40/n"



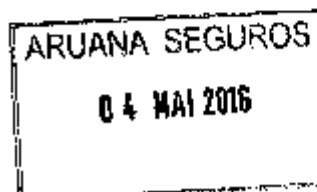
D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que a paciente **ELIZABETE MARTINS NOBREGA**, foi atendida neste Hospital no dia 21.02.2016, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme atendimento nº 34423132.

João Pessoa, 28 de março de 2016.

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor do Faturamento

Clínica Ortopédica e Traumat. de João Pessoa Ltda
Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor de Faturamento



Arão S. de Almeida
Alvíce
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 1907 / 1907 / 1907 / 1907



Laudo médico

Paciente Elizabeth Martins Pacheco,
vítima do acidente de moto (sic)
no dia 21/02/16, sendo deduzido por
minha rede sempre, desequilibrada fratura
do 3º e 4º metatarsos do pé D, do
Tratamento conservador, fez uso de imobilização
gipsada e hoje encontra-se sem imobilização
e em tratamento fisioterapêutico, recontando
data de suas atividades laborais por mais
30 dias a partir desta data.

02/04/16 Cio: S.923

Hapvida

Av. 24 de Abril, 1500 - Centro, São Paulo - SP, 01048-000
Fones: (11) 3215.7500
Parabéns (61) 3220.5050
Rio de Janeiro (21) 3215.7500
Belo Horizonte (31) 3215.7500
Curitiba (41) 3215.7500
Fortaleza (85) 3215.7500
Goiânia (62) 3215.7500
Manaus (67) 3215.7500
Marília (13) 3215.7500
Maringá (41) 3215.7500
Mato Grosso do Sul (51) 3215.7500
Mogi das Cruzes (19) 3215.7500
Niterói (21) 3215.7500
Palmas (68) 3215.7500
Parnaíba (66) 3215.7500
Recife (51) 3215.7500
Ribeirão Preto (16) 3215.7500
Rio Branco (68) 3215.7500
Rio de Janeiro (21) 3215.7500
Rio Grande (51) 3215.7500
Roraima (68) 3215.7500
Salvador (71) 3215.7500
Sorocaba (13) 3215.7500
Teresina (66) 3215.7500
Vitória (51) 3215.7500
www.hapvida.com.br



28/03/2016 09:46:29

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
4754439	ELIZABETE MARTINS NOBREGA	F	24/10/1973	42
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2199936 SSPPB PB	2504683448		2-SOLTEIRO	
Endereço				
AV RUI CARNEIRO, 643 - TAMBAU, JOAO PESSOA (PB) CEP 52032100				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
98621 8034				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	
1822 HAPYIDA JOAO PESSOA	1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO
Carteira	Validade
98298003003005011	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
113151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
21/02/2016	04:44		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2266359 ARÃO SANTOS DE ALENCAR			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARRIGO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA NETO





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

20/02/2016 09:23

Paciente: ELIZABETE MARTINS NOBREGA

Atendimento: 34423132

Prontuário: 4754439

Convênio: MAPVIDA JOAO

Profissional(is): ARAO SANTOS DE ALENCAR CRM 7967

Nº: 03341403

21/02/2016

às 07:20

Idade: 118224

ANAMNESE

Queixa Principal

RX COM FRATURA DA BASE DO 3 METATARSO
CO-AINES - TALA BOTA - RETORNO SABADO - ORIENTACOES

CID10

S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO

Clinica Ortopedia e Trauma Dr. João Pessoa Lida
Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Responsável de Faturamento

25/03/2016 09:23

Paciente:	ELIZABETE MARTINS NOBREGA	Atendimento:	34423132	Prontuário:	4754439	Convênio:	HAPVIDA JOAO
Profissional(es):	ARÃO SANTOS DE ALENCAR CRM 7967	Nº:	03341089	21/02/2016	às 04:55	leito:	118224
ANAMNESE							
Queixa Principal	QUEDA DE MOTO COM DOR EM PERNÁ DIREITA + HALUX O DIFICILIDADE DE DEAMBULAR RX						
CID10	S601 CONTUSAO DE OUTR PARTES E DE PARTES DE PERNA						
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO							
CONDIÇÕES DE ALTA							
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação						

(Assinatura)
Clínica Ortopédica e Traumatologia do São Pessoa Ltda
Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor de Faturamento

ARUANA SEGUROS
04 MAI 2016

28/03/2016 09:23

Paciente: ELIZABETE MARTINS NOBREGA	Atendimento: 34423132	Prontuário: 4764439	Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional(s): ANÃO SANTOS DE ALENCAR CRM 7967	Nº: 03341403	21/02/2016 às 07:20	Idade: 118224

ANAMNESE	
Queixa Principal	RX COM FRATURA DA BASE DO 3 METATARSO
	CD: AINES + TALA BOTA + RETORNO SABADO + ORIENTAÇÕES
CID10	S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO

Clínica Ortopedia e Trauma de João Pessoa Ltda
Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor de Faturamento

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 28/03/2016 09:22:50

Nº Prescrição: 8777841	Atendimento: 34423132	Prontuário: 4754439	Data: 21/03/2016	Hora: 06:15
Paciente: ELIZABETE MARTINS NOBREGA	Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP JOAO PE	Peso: kg	Leito: 118224/13
1. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C:100MG) Agora	EV	
- Soro Fisiológico 0,9%	100 ml			
2. DAPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C:500MG) Agora	EV	
- Água Destilada	18 ml			
3. FILATIL (40.00mg)	40 mg	(AMPL C:40MG) Agora	EV	
4. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR	1	24/24h		

Luiz Alexandre de Oliveira Lima
 Luiz Alexandre de Oliveira Lima Neto
 Supervisor de Faturamento

EP1581

LUIZ ALEXANDRE DE OLIVEIRA LIMA 28/03/2016 09:22

192.254.36

ARUANA SEGUROS
 04 MAI 2016

28/3/2016

Paciente: ELIZABETE MARTINS NOBREGA

Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Prontuário: 4754439

Atendimento: 34423132



Profissional: ARÃO SANTOS DE ALENCAR CRM 7967

Nº: 03341099

21/02/2013

As 04:55

Idade:

ANAMNESE

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO COM DOR EM PERNÁ DIREITA + HALUX D
DIFICULDADE DE DEAMBJLAR
RX

CID10

S801 CONTUSAO DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PERN

CONDIÇÕES DE ALTA

Alta Após Medicação E Cuidados

Alta após cuidados e/ou medicação

EXAMES/PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

32040105- Rx Pe Ou Pododactilos

32040083- Rx Perna (Membros Inferio

PRESCRIÇÃO MÉDICA Nº

8777841

Peso Registrado:

KG

1- TRAMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiologico 0,9%

100mg

2ML
100 ml

Agora EV

CRM-7967

2- DAPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2ML
18 ml

Agora EV

CRM-7967

3- TILATIL (40.00mg)

40mg

Agora EV

CRM-7967

Arão S. de Alencar
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7967 / TERT 12047

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

20/03/2016 09:23

Paciente: ELIZABETE MARTINS NOBREGA	Atendimento: 34423132	Prontuário: 4754439	Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional(is): ARAO SANTOS DE ALENCAR CRM 7967	Nº: 03341099	21/02/2016 às 04:55	Idade: 119224
ANAMNESE			
Queixa Principal	QUEDA DE MOTO COM COR EM PERNA DIREITA + HALUX O DIFICULDADE DE DEAMBULAR RX		
CID10	S801 CONTUSÃO DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PERN		
PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO			
CONDIÇÕES DE ALTA			
Alta Após Medicação E Cuidados	Alta após cuidados e/ou medicação		

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Clínica Ortopédica e Traumatológica de João Pessoa Ltda
Supervisor de Faturamento

DOCUMENTO 1 *T1%*



ARDUANA SEGUROS
16 AGO 2016

28/03/2016 09:23

Paciente: ELIZABETE MARTINS NOBREGA	Atendimento: 34423132	Prontuário: 4754439	Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional(s): ARAO SANTOS DE ALENCAR CRM 79672	Nº: 03341403	21/02/2016	As: 07:20
			Idade: 118224
ANAMNESE			
Queixa Principal	RX COM FRATURA DA BASE DO 3 METATARSO		
	CD: AINES + TALA BOTA + RETORNO SABADO + ORIENTACOES		
CID-10	S923 FRAT DE OSSOS DO METATARSO		

Clinica Ortopedica e Trauma de João Pessoa Ltda
Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
Supervisor de Faturamento

ARUANA SEGUROS
 16 AGO 2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 28/03/2016 09:22:50

Nº Prescrição: 8777641		Atendimento: 34423132		Prontuário: 4754439		Data: 21/02/2016		Hora: 05:13	
Paciente: ELIZABETE MARTINS NOBREGA				Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA		Posto: POSTO EMERGENCIA-ADT - HOSP JOAO PE			
						Peso: kg		Leito: 118224/15	
1. TRAMAL (50.00mg/ml)		100 mg	2 ML	(AMPL C/100MG) Agora		EV			
Soro Fisiológico 0,9%			100 ml						
2. DIFIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg	2 ML	(AMPL C/500MG) Agora		EV			
Água Destilada			18 ml						
3. TILATIL (40.00mg)		40 mg		(AMPL C/40MG) Agora		EV			
4. CALHA OU TALA MEMBRO INFERIOR		1	24/24h						

Luiz Alexandrino de Oliveira Lima Neto
 Clínica Cirúrgica e Traumatologia de João Pessoa Ltda
 Supervisor de Faturamento

SP1541

LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 28/03/2016 09:22

100.004.30

ARUANA SEGUROS
 16 AGO 2016

28/3/2016

DOCUMENTO 5 *T546*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

Nome: ELIZABETE MARTINS NOBREGA

DOC. CONTRATO / Data Emissao de: 21/09/2014

CPF: 025.046.894-48 Data Nascimento: 24/10/1979

FILIAÇÃO: SEVERINO MARTINS NOBREGA JOSEFA RODRIGUES NOBREGA

ESTADO: GOIAS

REGRISTRO: 01005918333

VALIDADE: 07/10/2018

VALIDACAO: 20/12/1999

Observacoes:

JOAO PESSOA - PD

03/02/2014

5653865641

98027249216

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

ARUANA SEGUROS

04 MAI 2016



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **025.046.834-48**

Nome da Pessoa Física: **ELIZABETE MARTINS NOBREGA**

Data de Nascimento: **24/10/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

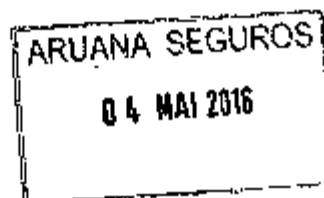
Data da Inscrição: **06/07/1995**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:08:07** do dia **21/03/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E3E8.7C6D.58C3.7902**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
8220553-5 SESP PR

CPF
075.400.659-07

DATA NASCIMENTO
03/10/1990

FILIAÇÃO
SERGIO TOMIO HARA
ROSELI RICARDO HARA

PERMISSÃO
VEICULOS

ACC
B

CAT. HAB.
B

1ª HABILITAÇÃO
09/11/2009

VALIDADE
26/02/2019

Nº REGISTRO
04803252315

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
856069372



PROIBIDO PLASTIFICAR
856069372

OBSERVAÇÕES

A

Simone C.R. Hara

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
LONDRINA, PR

DATA EMISSÃO
27/02/2014

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

58323046960
PR906974269

DETRAN-PR (PARANÁ)

ARQUIVADO
04 MAI 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - 0048204864
CARGA - 2015000087977
C.R.E. - 0048204864
2015

ELIZABETE MARTINS NOBREGA

02504683448

NOVO

PAS/MOTOCICLETA/NAO AUTOMOTIVA

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2 P/149 /C1

10/08/2015

10/08/2015

10/08/2015

10/08/2015

10/08/2015

10/08/2015

10/08/2015

10/08/2015

DETRAN

CONTRAN

ARUANA SEGUROS
04 MAI 2016

DOCUMENTO 6 "T6%"



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

RB Nº 012030817378 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 78/PB
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURODOTRANSPITO.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

02504683448

0048204864

2015

31/08/2015

02504683448

0048204864

2015

31/08/2015

02504683448

0048204864

2015

31/08/2015

02504683448

0048204864

2015

31/08/2015

02504683448

0048204864

2015

31/08/2015

SEGURODPVAT

CHUJ 03.244.524.001-04
www.segurodpvatt6.com.br

74462-1124478-20150831

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160290704 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZABETE MARTINS NOBREGA **Data do acidente:** 21/02/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: fratura em pé

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

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: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Elizabeth Martins Nobrega, brasileiro(a)
estado civil Solteira, profissão Cozinheira
Documento de Identificação CNH, nº 01005918333, data de
expedição 03/02/2014, CPF/MF nº 025.046.834-48, residente e domiciliado(a)
à Rua S. Luiz, 401, P. Esperança, Cidade de João Pessoa
Estado Paraíba, CEP: 58.065-021, Telefone: 43 3031-2323, 43 3031-2327

OUTORGADO: MARCIO RODRIGO CANTONI, CPF sob o nº 017.358.559-01 e RG sob o nº 7.041.403-1, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR,

OUTORGADO: JOÃO CARLOS THEODOROWICZ, CPF sob o nº 787.533.259-15 e RG sob o nº 5.859.889-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA, CPF sob o nº 075.400.659-07 e RG sob o nº 8.220.553-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: DAVID JUNIOR BRAS DOS REIS, CPF sob o nº 005.829.209-81 e RG sob o nº 8.236.406-4, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: FLAVIA FERREIRA DUARTE, CPF sob o nº 066.889.459-83 e RG sob o nº 10.111.047-8, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar e entregar documentos referente a pedidos de indenizações do Seguro DPVAT junto as Seguradoras credenciadas à Líder em todas as naturezas (INVALIDEZ, ÓBITO e DAMS), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações junto à Líder e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 21 de Março de 20 16

ARTÓRIO
A BATISTA

Elizabeth Waters Wagner
OUTORGANTE

DOCUMENTO 4 "T40/b"



SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRIAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / BAP, Rosângela Vieira Batista - Substítua
Rua São Paulo de Veneza, 41 - Mangueira/Paraná - CEP 81245-140 - Fone/Fax: 3238-6888 / 3238-6899

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ELIZABETE MARTINS NOBREGA
Em test. da verdade. João Pessoa - 21/03/2014 (14:44:39)
Ribeley Alcides de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO
[2014-014880]TEND:R\$ 48,49 FAFEN:R\$ 0,25 FEPT:R\$ 1,40 ISS:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: ADM96231-6YYY - TCC
Firma(s) autêntica(s) em test. da verdade. João Pessoa - 21/03/2014 (14:44:39)

ARUANA SEGUROS

04 MAI 2016