

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA**

Nº Sinistro: **3180371002**

Vitima: **MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA**

Data do Acidente: **22/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCOIS MARQUES AMORIM**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180371002**.

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 13236453





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

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180371002

Vítima: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCOIS MARQUES AMORIM

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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)

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 banco 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

068.617.704-50

Nome completo da vítima

Miriam Ramos do Nascimento Moura

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Miriam Ramos do Nascimento Moura		CPF titular da conta	068.617.704-50	Profissão	Agricultora
Endereço	Fazenda São José		Número	51N	Complemento	
Bairro	Lona Rural	Cidade	Juarez Távora	Estado	PB	CEP
Email						58387-000
						Telefone (DDD)

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
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO	DIV	CONTA NRO	DIV
0908	3	15.789	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO	DIV
CONTA NRO	DIV
(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.

E. Grande, 31 de julho de 2018

Local e Data

Miriam Ramos do Nascimento Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POUPANÇA
VAR. 51

ARVILE CORREÇÃO
11 ABO. 2018
TEL.: (83) 3321-5930

Selo Digital: AHF17782-66W9
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>

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)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu 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 Adriam Ramos do Nascimento Moura CPF da Vítima 068.617.704-50 Data do Acidente 22/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

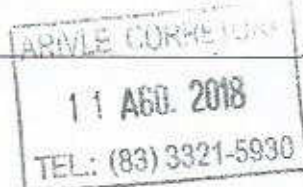
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



C. Grande 31 de Julho de 2018
Local e Data

Adriam Ramos do Nascimento Moura
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal




GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua: Francisco Luiz N.º s/n

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Senhora **MIDIAN RAMOS DO NASCIMENTO MOURA**, casada, brasileira, agricultora, portadora do RG: 3.257.947 SSP/PB, CPF: 068.617.704-50, residente na Fazenda São José, Zona Rural, na cidade de Juarez Távora, foi vítima de acidente de moto na data 22.04.2018, no sítio Riachão da Benta, zona rural desta cidade, sendo socorrida pela ambulância tipo I, Fiat Fiorino, placa OXO - 9929, deste município para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, da cidade de Campina Grande.

Cientes das cominações legais àqueles que atestam declarações falsas como verdadeiras, dato e assino o presente para que surta seus efeitos legais.

Juarez Távora-PB, 08 de agosto de 2018.


João Batista Almeida da Cunha
Secretário Municipal de Saúde

João Batista Almeida da Cunha
Secretário Municipal de Saúde



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00908-3

CONTA: 000010015789-0

Nr. da Autenticação 2F19F2A0ACB5FE7B

Emisao: 20/07/2018 Referencia: Jul/2018
 ClasseSubst: RURAL/AGROPECUARIA RURAL MONOF
 Rotero: 11-41-878-1818 Nº medidor 90009625004



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Crote Redentor - Joas Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.085.183/0001-40 - Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº009-322-911
Cód. para Déb. Automática: 00017296443

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	20/07/2018	21/08/2018	686.177.045-0 Insc. Est.
UC (Unidade Consumidora):			5/1729544-5
Canal de contato			

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/05/18	5483	20/07/18	5821	†	138	21
Demonstrativo						
CGI	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Alq.	Impo(R\$)
			Tarifa Total(R\$)	ICMS(15)	ICMS	Base Calc.
						Pto(R\$)
						Confin(R\$)
0801	Consumo em kWh	138,000	0,388630	50,87	0,00	0
0801	Adic. B. Vermelha			7,34	0,00	0
0810	Subsídio			21,80	0,00	0
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0806	Devolução Subsídio			-20,48	0,00	0

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	59,53	0,00	0,00	60,01	0,86	3,39
-------------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
153	27/07/2018	R\$ 59,53

Histórico de Consumo (kWh)

136	145	128	134	158	182	175	152	183	155	181	174
Jul17	Aug17	Sep17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18

RESERVADO AGRISCO

c25b.d797.b3ec.d50e.fc82.0e61.4416.fdfc

Indicadores de Qualidade		5/2018 - Registro	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	11,59	0,00	NOMINAL
DIG TRIMESTRAL	22,18		
DIG ANUAL	46,26		
FIC MENSAL	7,57	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR
FIC TRIMESTRAL	15,14		
FIC ANUAL	30,29		
DMC	8,29	0,00	
DICI	16,50		

Discriminação:	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PE	19,01	31,93
Compra de Energia	27,49	46,19
Serviço de Transmissão	2,81	4,68
Encargos Selos e	5,27	8,85
Impostos Cíveis e Encargos	4,85	8,15
Outros Serviços	0,90	1,50
Total	60,33	100,00

Valor do FUSD (Ref. 5/2018): R\$ 29,87

ARRIVE CORRECTION

11 ABB. 2018

TEL: (83) 3321-5930

ATENÇÃO

• **REATIVOS DO CANCELAMENTO:** Caso não tenha(s) sido(s) razoável(s) e permanente(s) em termos o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/08/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento do(s) fator(s) acima, desconsiderar essa mensagem.

Exclusão da garantia de continuidade de prestação do crédito no caso de inadimplência

Suspenção DEC 7.991/13 RSR 20.48

transmissão SMS conforme Decreto Declaração emitida em 27.05

Faturas em atraso

Jun/18	74.86
--------	-------



www.energiaemercosur.com.ar

Caixa Postal 100, 91201-970, Rio de Janeiro, RJ, Brazil
E-mail: carla.siqueira@ufrj.br

CNP 105-226-596/001-3-35, 1301, 251, 76 000, 639-1

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

Nota Fiscal/Carta de Entrega Elétrica 27/09/2015 15:15:55

Cod. para Dib. Automático: 00002754.757

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abril 2018	27/04/2018	29/05/2018	58472673472 P.O. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/275675-7

Canal de contato

Declaração do Quebra-Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei nº 2.007 de 29 de junho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos, registros, requisições de energia elétrica e desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração subscreve, para o consumidor, o cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Eu, _____, titular do CNPJ nº _____, pelo que se aproxima, Liquirente, sou o responsável por esta Empresa e por ela assumo por inteiro a total

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/01/2011	0	10/01/2011	0	1	5	15

Demonstrativo

Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Valor Base (R\$)	Alíq. Imposto (%)	Base Calc. PIS (R\$)	Cota PIS (%)	Cota PIS (R\$)
			Tribuna Total (R\$)	CMR (R\$)	CMR	Período (R\$)	0,7649% (R\$ 223,98)
0001	Consumo de kWh	51.600	7.034,60	35,97	35,97	0,23	1,20

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	35,97	15,97	2,90	35,97	0,27	1,25
-------------------------------------	-------	-------	-------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO 07/05/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 35,97
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)

908d.7fba.84b3.1b51.08c0.5e05.0e0a.67be.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
EM MÉDIA			NOMINAL
EM TRIMESTRAL			
EM ANUAL			
EM MENSAL			CONTRATADA
EM TRIMESTRAL			LIMITE INFERIOR
EM ANUAL			LIMITE SUPERIOR
EM MENSAL			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia AED	1.71	21,43
Compra de Energia	12,81	25,00
Serviço de Transmissão	1,87	3,57
Energia Relativos	1,26	2,50
Impostos Difertos e Encargos	10,57	20,25
Outros Serviços	9,30	18,00
Total	35,97	100,00

22/11/2019 14:30:00

ATENÇÃO

- Fendas do Romão: 14/09/11
- Letura confirmada

Faturas em atraso

BOBBOREMA
Teléfono: 17-401-920-8488
Matrícula: 275675-2018-04-9

VENCIMENTO
07/05/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 35,97

83640000000-3 35970147000-7 02756752018-7 04900401019-2



ARRIVE CORRE
11 A60. 2018
TEL.: (83) 3321-5930

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

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)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Marques Amara inscrito (a) no CPF/CNPJ 119.840.458 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miriam Ramos do Nascimento Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.617.704 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Miriam Ramos do Nascimento Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.617.704 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Prof. Antônio de Carvalho Sousa</u>		Número	<u>450</u>	Complemento	<u>32 1105</u>
Bairro	<u>Estação Velha</u>	Cidade	<u>Campina Grande</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(83) 99928-9443</u>		

Campina Grande, 31 de Julho de 2018
Local e Data

Francisco Marques Amara
Assinatura do Declarante



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.257.947 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2014

NOME MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA

FILIAÇÃO JOSIVAL CARLOS DO NASCIMENTO
LUCIENE RAMOS DO NASCIMENTO

NATURALIDADE ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 20/04/1987

DOC ORIGEM CASAM N.5499 FLS.70 LIV.B 18
CARTORIO ALAGOA GRANDE-PB

068.617.704-50

LEI N. 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-073



Midiam Ramos do Nascimento Moura

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARVILE CORRETORA
1º ABR. 2018
TEL: (83) 3921-5930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
FRANCOIS MARQUES AMORIM

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
32471014 SSP/SP

CNPJ
119.840.458-22

DATA NASCIMENTO
30/03/1973

FUNÇÃO
FRANCISCO DE ASSIS AMORIM
MARIA DAS DORES MARQUES AMORIM

PERMISSÃO
AUX
CAT. HAB.
AB

NR. REGISTRO
00802532661

VALIDADE
19/12/2021

1ª HABILITACAO
22/09/1994

VALIDADE EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS
1377461370

ASSINATURAS

ASSINATURA DO PORTADOR
Francis Amorim

DATA EMISSAO
21/12/2016

LOCAL
ARACATUBA, SP

75505100283
SPB3B445535

DETRAN SP (SAO PAULO)

PESSOAS PLASTIFICAR
1377461370

ARIVLE CORREIO
11 AGL. 2018
TEL.: (83) 3321-5930

Selo Digital: AHF17802-5M11
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.lpbjus.br>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929629924

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0108129769-4 00/000000000 2018

GERALDO PEREIRA DE OLIVEIRA

64825728715 OGFO823/PB

NOVO 902JB0100GR117212

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC CONSUMTIVEL

HONDA/POP 110I GASOLINA

2 P/109 /CI 2016 2016

VERMELHA

00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 13/03/2018

PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000 13/03/2018

PARCELAMENTO / GOTAS 0

PARCELAMENTO / GOTAS 0

PARCELAMENTO / GOTAS 0

PARCELAMENTO / GOTAS 0

PARCELAMENTO / GOTAS 0

PARCELAMENTO / GOTAS 0

CARTÃO DO
REGISTRO CIVIL
Juarez Alves de Melo e Melo
2148, dt. 25/05/1949
J. Távora 30/07/2018

Juarez Távora - PB

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

PB Nº 013929629924 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 64825728715

01081297694 HONDA/POP 110I

ANO FAB. 2016 9 9C2JB0100GR117212

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

ARVILE CORRETORA
1. AGO. 2018
TEL: (83) 3321-5030

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.696/0001-04

14460-1104388-20180313

14460

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371002 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371002 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371002 **Cidade:** Juarez Távara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Midiam Ramos do Nascimento Moura
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
 Profissão: Agricultora Identidade: 3.257.947
 CPF: 068.617.404-50 Endereço: faz. São José
S/N, Zona Rural, Juarez Távora / PB.

OUTORGADO:

Nome: François Marques Amáximo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Advogado Jurídico Identidade: 32.971.014
 CPF: 119.840.458-22 Endereço: Rua Prez. Antônio
de Carvalho Sousa, 450, SL 1105, Estação Velha, Campina Grande / 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, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, 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

Campina Grande / PB, 31 de julho de 2018
 Local e data

ARVILE CORREÇÃO
 11 A60. 2018
 TEL.: (83) 3321-5930
 DOCUMENTO ORIGINAL



Midiam Ramos do Nascimento Moura

Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

Selo Digital: AHF76376-RABS
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tipb.us.br>

<p>CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL</p> <p>Ivone Alves de Melo e Melo</p> <p>ESCRIVÃ</p> <p>Juarez Távora-PB</p>	<p>Reconheço a letra e firma de <u>Midiam Ramos do Nascimento Moura</u> Brasileira.</p> <p>Em test. <u>20/07/2018</u> dou fé.</p> <p>J. Távora, <u>30/07/2018</u></p> <p><u>François Marques Amáximo</u></p> <p>Ivone Alves de Melo e Melo</p> <p>ESCRIVÃ</p>
---	---

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293549/18

Número do Sinistro: 3180371002

Vítima: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOUR

CPF: 068.617.704-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

Titular do CPF: MIDIAM RAMOS DO
NASCIMENTO MOURA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019
Nome: FRANCOIS MARQUES AMORIM
CPF: 119.840.458-22

FRANCOIS MARQUES AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO