

---

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**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:** MIDLAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA

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

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** FRANCOIS MARQUES AMORIM

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MIDLAM 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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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.

**E 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

Midiam Ramos do Nascimento Moura

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Midiam Ramos do Nascimento	CPF titular da conta	068-617-704-50	Profissão	Agricultora
Endereço	Fazenda São José	Número	S/N	Complemento	
Bairro	Terra Rural	Cidade	Juarez Távora	Estado	PB
Email				CEP	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**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0908    DIV. 3    CONTA NRO. 15.789    D/V 9  
 (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ DIV. \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
 (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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande, 31 de julho de 2018

Local e Data

Midiam Ramos do Nascimento Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

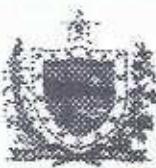
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Poupança  
VAR. 51



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
8ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Alagoa Grande



# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 049/2018

### NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO( DPVAT)

LOCAL: Sítio Riachão da Benta, próximo ao Parque Progresso. Juarez Távora-PB.

DATA E HORÁRIO DO FATO: 22/04/2018 às 08h30min.



**NOTICIANTE.** MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA ; ALCUNHA; MIDIAM. Sexo: FEMININO; nacionalidade Brasileiro; naturalidade:Alagoa Grande-PB; estado civil: casada; escolaridade: Ensino fundamental incompleto; ocupação: agricultora; filiação: Josival Carlos do Nascimento e Luciene Ramos do Nascimento ; data de nascimento: 20.04.1987; idade: 31 anos; Doc. Identificação: RG nº 3.257.947-2º via-SSP/PB; CPF. 068.617.704-50, Telefone para contato: (83) 9.88360695; endereço residencial: fazenda Jose s/n, (loteamento São Paulo ,(próximo ao parque progresso) zona rural de Juarez Távora /PB

**VÍTIMA:**

**TESTEMUNHAS:** \*\*\*\*\*

**NOTICIADO:** \*\*\*\*\*

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:** QUE, no dia 22.04.2018, por volta das 08h30min, conduzia a motocicleta POP/110 I, Ano e Modelo 2018, cor, Vermelha, de PLACA-OGF-0823-PB,de Categoria Particular e CHASSI 9C2JB0100GR117212, licenciada em nome de GERALDO PEREIRA DE OLIVEIRA e nas proximidades do parque progresso( Riachão da Benta) e no sentido Juarez Távora/Riachão da Benta,zona rural desta cidade. QUE; havia chovido e ao tentar desviar um buraco na estrada caiu da motocicleta.QUE; foi socorrida pela ambulância de Juarez Távora para o hospital de Trauma de Campina Grande.QUE; ficou internada por 19 (dezenove dias) e passou por cirurgia no joelho direito conforme apresentação do PRONTUARIO, de Nº 1639767.Nada mais havendo a tratar, e advertido das implicações do art. 299 do CPB, encerro o presente registro de ocorrência, que vai devidamente assinado.

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS:** Registrado o BO e entregue uma via ao noticiante



Juarez Távora, 25 de julho de 2018

DOCUMENTO  
ORIGINAL

*Midiom Ramos do Nascimento Moura*  
ASSINATURA NOTICIANTE

Antonio de Pádua de Lima Souza  
Mat. 87.552-0  
Policial Civil

CARTÓRIU DO REGISTRO CIVIL	Autentico esta fotocópia reproduzida fiel do original, deu fôr. Dec. Lel nº 2148, dt. 25/05/1949. Juarez Távora, 25.07.2018 <i>[Signature]</i>
Ivone Alves de Melo e Melo ESCRIVA	Ivone Alves de Melo e Melo ESCRIVA
Juarez Távora - PB	Liane Alves de Melo e Melo ESCRIVA

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 interditada 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Midiam Rômes do Nascimento Moura</i>	<i>068.617.704-50</i>	<i>22/04/2018</i>

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

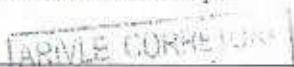
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

##### 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 51º 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.

  
*11 AGO. 2018*  
TEL: (83) 3321-5930

*E. grande, 31 de julho de 2018*

Local e Data

*Midiam Rômes de 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



# 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

MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA  
FAZ SÃO JOSÉ, SIN - ÁREA RURAL  
JUAREZ TAVORA / PB CEP: 58287000 (AG: 27)

Emissao: 20/07/2018 Referencia: Jul / 2018

Classe/Subcls: RURAL/AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICO, Km:25 - Cntr: Redentor - Jss:5 Pessoas/PB - CEP:58281-880  
Roteiro: 11-41-B7B-1819 N° medidor: 90009825004



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ:09.085.183/0001-49 Inst. Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N°009-022-911  
Cód. para Débito Automático: 30017288445

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 hav. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1729544-5

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 20/07/18	Leratura 5493	Data 20/07/18	Leratura 5621	138 31
<b>Demonstrativo</b>				
CGI Descrição Quantidade Tarifaria Valor Base Calc. Alq. Icms(R\$) Base Calc. Pto(R\$) Cofins(R\$) Tributos Totais(R\$) ICMS(S) ICMS Pto/Calc(R\$) (1,064%) H.200%				
0801 Consumo em kWh 138.000 0,388630 50,87 0,00 0,00 50,87 0,95 2,54	0801 Adic. B. Vermelha 7,34 0,00 0 0,00 7,34 0,07 0,36	0810 Subsídio 21,80 0,00 0 0,00 21,80 0,34 1,08		
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0808 Devolução Subsídio -20,48 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				

CC: Código de Classificação do item TOTAL 59,53 0,00 0,00 80,01 8,86 3,99

Média últimos meses (kWh) 163 VENCIMENTO 27/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 59,53

#### Histórico de Consumo (kWh)

138 | 145 | 128 | 134 | 158 | 182 | 175 | 152 | 183 | 155 | 181 | 174  
JUN/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

INTERVALO ATÉ ISCO

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

#### Indicadores de Qualidade 5/2018 - Recibo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG.MENSAL 11,99	0,00	NOMINAL 220
DIG.TRIESTRAL 25,18		
DIG.ANUAL 46,26		
FIC.MENSAL 7,67	0,00	CONTRATADA 202
FIC.TRIESTRAL 15,34		LIMITE INFERIOR 202
FIC.ANUAL 39,69		LIMITE SUPERIOR 231
DMC 8,39	0,00	
DICRI 15,80		

#### Contribuição da Conta no

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesas de Dist. da Energia PB	19,01	31,93
Compra de Energia	27,49	46,19
Impostos e Transmissões	2,81	4,80
Encargos Sistemas	5,27	9,05
Impostos Clinton e Encargos	4,85	8,15
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	68,53	100,00

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

ARIVLE CORRE

11 AGO. 2018

TEL: (83) 3321-5930

#### ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) a fatura(s) acima mencionada(s) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/08/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O apagamento após essa data não obriga a impossibilidade da devolução do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na ordem do consumidor para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) norma, desconsiderar essa mensagem. Fatura inacessível em breves de proteção ao crédito no caso de não implemento. Subvenção DEC.7.985/13 R\$ 20,48. Imundice ICMS conforme Decreto Declaração emitir R\$ 27,25.

#### Faturas em atraso

Jun/18 74,86



## 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Francisco Marques Amorim inscrito (a) no CPF/CNPJ 119.840.458-22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Midiam Ramos do Nascimento Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 068.617.704-50, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides, da Vítima Midiam 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	Rua Prof. Antônio de Carvalho Sousa	Número	450	Complemento	3L 1105
Bairro	Estação Velha	Cidade	Campina Grande	Estado	PB
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	(83) 99928-9443

Campina Grande , 31 de julho de 2018  
Local e Data

Francisco Marques Amorim  
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  
CARTÓRIO ALAGOA GRANDE-PB

068.617.704-50

LEN 7.116 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍTICA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
V-02  
P-073



Midiam Ramos do Nascimento Moura  
RECUPERAÇÃO DE DADOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

AVULSE CORRETORA  
1º AGL. 2018  
TEL.: (83) 3221-5930

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

 <b>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</b> <b>VALOR</b> <b>1377461370</b>	<p><b>NAME:</b> FRANCOIS MARQUES AMORIM</p> <p><b>DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF:</b> 32471014 SSP/SP</p> <p><b>CPF:</b> 119.840.458-22 <b>DATA NASCIMENTO:</b> 30/03/1973</p> <p><b>FRANÇA:</b> FRANCISCO DE ASSIS AMORIM MARIA DAS DORES MARQUES AMORIM</p> <p><b>HABILITAÇÃO:</b> <b>PERMÍTIDA:</b> <b>ACE:</b> <b>EST. HAB:</b> <b>AB</b></p> <p><b>Nº REGISTRO:</b> 00802532661 <b>VALIDADE:</b> 19/12/2021 <b>Nº HABILITAÇÃO:</b> 22/09/1994</p> <p><b>OBRAZÃO:</b></p> <p><b>ASSINATURA DO PESSOAL:</b></p> <p><b>UNID:</b> ARACATUBA, SP <b>DATA EMISSÃO:</b> 21/12/2016</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p><b>NOTAS:</b> Nota: Apresentar Detran SP para regularização Detran SP AUTORIZADA ENTREGA</p> <p><b>DETTRAN SP (SAO PAULO)</b></p>
---	--

ARIVLE CORREIA  
 11 AGO. 2018  
 TEL: (83) 3321-5930

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO E HABENCIAMENTO DE VÉHICULO		Nº 013929629924	
VIA	COD. HABENCIAM.	DATA	HABENCIAMENTO	PLACA	DATA EMISSÃO
1	0108129769-4	00/00000000	2018	OGF0823/PB	13/03/2018
GERALDO PEREIRA DE OLIVEIRA		NOME		PLACA	PLACA
04346229	04346229	04346229	04346229	9C2JB0100GR117212	OGF0823/PB
PAS / MOTOCICLETA / NRC APLIC		COMBUSTÍVEL		ANO/FAB.	MARCA / MODELO
HONDA / POP 110I		GASOLINA		2016	01081297694 HONDA / POP 110I
CAP / PCT / CL	CATEGORIA	CO. PROPRIETÁRIO	Nº CHASSI		ANO/FAB.
2 P/109 / CI	PARTIC	VERMELHA	9C2JB0100GR117212		2016
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VALOR / COTA		PRÉMIO TARIFFÁRIO
P	VIA	00/00/0000	1*		CUSTO DO SEGURO (R\$)
V	PADA / PMA	PARCELAGEMTO / COTAS	2*		* * * * *
A	* * * * *	0	3*		* * * * *
PRÉMIO TARIFFÁRIO (R\$)		VALOR TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO		DATA DE OBTENÇÃO
* * * * *		SEGURO	PAGAMENTO		13/03/2018
A.FADM DE CONCEICAO HONDA LTDA		S cota única		PAREADO	
JUAREZ TAVORA - PB		0		13/03/2018	
CONTABRIN		0		14460	

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORIAS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

1 - 450 CORRETORA  
TEL: (033) 3321-5330

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPH 03.248 SP0001-04

14460-1104388-20160313

CARTÓCIO NO REGISTRO VII		Autentico esta fotocópia reproduzida fiel do origi- nal, dou fô. Dec. Lei nº 2148, d. 25/05/1949. J. Távora 30/07/2018	
Ivone Alves da Mota e Mário Lider		Ivone Alves da Mota e Mário Lider	
ESCRAV.			

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/08/2018

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

**CRM:** 5234195-7

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Nelma de Oliveira Martins Freitas".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/08/2018

**Valorização 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

**CRM:** 5234195-7

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Nelma de Oliveira Martins Freitas".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/08/2018

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Midiham Ramos do Nascimento Moura  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Casado  
Profissão: Agricultor Identidade: 3.257.997  
CPF: 068.617.104-50 Endereço: Faz. São José  
S/N, Zona Rural, Juazez Távora / PB

### OUTORGADO:

Nome: Francisco Marques Amaym  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Casado  
Profissão: Advogado Jurídico Identidade: 32.971.014  
CPF: 119.890.458-22 Endereço: Rua Prez. Antônio  
de Carvalho Souza, 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

ARQUIVE CORRETO

11 AGO. 2018

TEL.: (83) 3321-5930

DOCUMENTO  
ORIGINAL



Midiham Ramos do Nascimento Moura

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

Selo Digital: AHF76376-RABS

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

CARTÓRIO DO  
REGISTRO CIVIL  
Ivone Alves de Melo e Melo  
ESCRIVÃA

Juazez Távora-PB

Reconheço a letra e firma  
de Midiham Ramos do  
Nascimento Moura. Autentica-  
do. Em testº 30/07/2018, dou fé.  
J. Tá. Jra, 30/07/2018

Ivone Alves de Melo e Melo  
ESCRIVÃA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293549/18

Número do Sinistro: 3180371002

Vítima: MIDIAM RAMOS DO NASCIMENTO MOURA

CPF: 068.617.704-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

MIDIAM RAMOS DO  
NASCIMENTO MOURA

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

FRANCOIS MARQUES AMORIM

---

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO