

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS


 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Sinistro: 3150873053

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: PAULO CESAR GOMES DA SILVA
CPF: 084.488.644-09 CPF de: Próprio Titular do CPF: PAULO CESAR GOMES DA SILVA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

 Data do
Acidente: 16/08/2015

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - PAULO CESAR GOMES DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.

Portador da documentação entregue

 Data: 29/09/2015
Nome: PAULO
CPF:

PAULO

Responsável pelo recebimento na seguradora

 Data: 06/10/2015 14:44
Nome: Mario Luiz de Souza Machado
CPF: 413.682.407-63

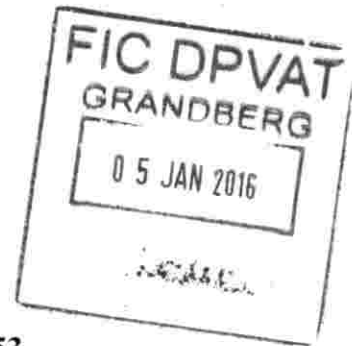
Mario Luiz de Souza Machado

João Pessoa/PB, 22 de outubro de 2015.

A MBM SEGURADORA S.A

Prezado (a)

REF: INVALIDEZ



VÍTIMA: PAULO CESAR GOMES DA SILVA - 3150873053

Sirvo-me da presente para informar junto a Seguradora, que no dia 16 de agosto de 2015, sofri um acidente de trânsito e neste mesmo dia fui direto pra casa por achar que não era nada de mais não fui ao hospital. Tomei um analgésico e as dores não passaram, então minha mãe me levou para o Hospital Pronto Socorro Central de Fraturas, sentindo muitas dores, onde me submeti ao primeiro atendimento, no mesmo foi constatado a fratura clavícula esquerda CID:S42.0, em seguida encaminhado para o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, que me encaminhou para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena de acordo com o meu perfil informado no BAM de atendimento. Diante do exposto e apresentado toda comprovação para receber o meu direito de acordo com a sequela em decorrência do acidente de trânsito, regido pela Lei 6.194/74 sendo assim para fins de direito no processo de Sinistro DPVAT acima citado.

No aguardo de suas Urgentes providências,
Cordialmente,

Paulo Cesar Gomes da Silva

Paulo Cesar Gomes da Silva
Beneficiário

30/12

10/12/12

10/12/12

30/12



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 001/2015

Ocorrência nº. 1724/2015 ✓

Aos DEZESSETE dias de SETEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:20min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

PAULO CESAR GOMES DA SILVA, conhecido por CESAR, Identidade nº 3.414.555-SSP/PB, CPF nº 084.488.644-09, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: montador, filho(a) de Maria Das Graças Gomes Da Silva E De Pai Não Declarado, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 28/05/1988 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Neide Alves Da Silva, 255, Bayeux - PB, tendo como ponto de referência: Cemitério, na cidade de BAYEUX - PB, fone(s) para contato: (83) 98671.2117.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 16 de agosto de 2015;
- 3) HORÁRIO: 16h:0min;
- 4) LOCAL: PB 004, Várzea Nova, Santa Rita - PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Central de Traumas e posteriormente para o complexo Hospitalar Mangaberia - Gov. Tarcisio Burity;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? sim;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTO HONDA/CG 150 FAN ESDI, COR PRETA, ANO 2014 E MODELO 2015, PLACA OGA2363-PB, CHASSI 9C2KC1680FR013559.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

EDILSON SABINDO DA COSTA, RESIDENTE NA RUA ANTONIO CORREIA DA CUNHA, 85, CENTRO, BAYEUX-PB.

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE, afirma o notificante que conduzia sua moto acima mencionado na via que dar acesso ao Centro de Santa Rita - PB, quando perdeu o controle da moto e caiu tendo sofrido fratura da clavícula esquerda, conforme Certidão nº 2291/2015.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

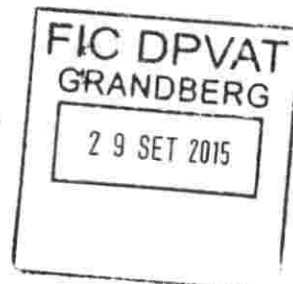
Paulo Cesar Gomes da Silva

PAULO CESAR GOMES DA SILVA

Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente

Matrícula nº 135.670-4



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, PAULO CESAR GOMES DA SILVA,
portador da carteira de identidade nº 3414555 e inscrito no
CPF nº 08448864409, residente e domiciliado na
RUA NADRE ALVES DA SILVA, 251 Centro
_____, Cidade BAYRUX,

Estado PB, 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

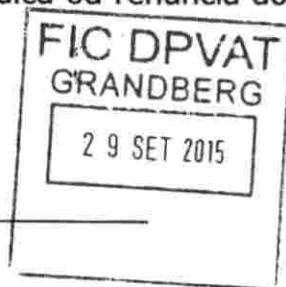
☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

X Paulo Cesar Gomes da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação



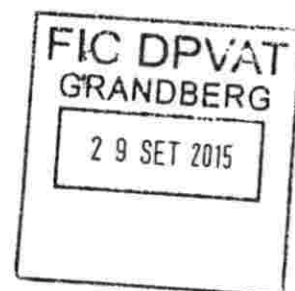
BAYRUX 24-09-2015

Local e data



CERTIDÃO

Nº. 2291/2015



Atendendo solicitação de EDILESON SABINO DA COSTA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 782919 pertencente a **PAULO CESAR GOMES DA SILVA** que foi atendido na Unidade de Emergência do Ortotrauma no dia 18/08/2015 às 09h03min, vindo de outra unidade hospitalar, vítima de queda de moto, apresentando trauma em ombro esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de clavícula esquerda. Indicado tratamento cirúrgico.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de Setembro de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 782919 Atd: Nao Regulado
Data: 18/08/2015
Hora: 09:03:00
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO CESAR GOMES DA SILVA
CNS: 165365181960004 Sexo: M IDENTIDADE: 3414555 Fone: 88609945
Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 28/05/1988 Id: 27 ano(s)

End.: RUA/ NEIDE ALVES DA SILVA, 255
Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai: NC

Mae: MARIA DAS GRACAS GOMES DA SILVA

Ocupação: MONTADOR DE PRODUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA

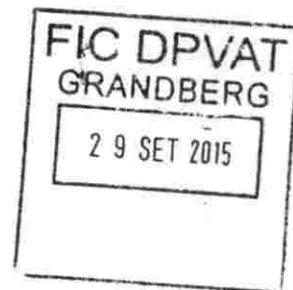
Resp.: IRMA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.08.001396



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM SANTA RITA PX O VIADUTO DE VARZEA

Vitima de violencia por: NOVA AS 16HRS DO DIA 16/8, COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO MSE

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

para cirurgia.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. A. Santa Cruz
Ortopedia Traumatologia
CRM 123456

Requisito para Inq. de Trauma

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qrde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

0302020072
03090227

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Sueli Gomes dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PAULO CÉSAR GOMES CARNEIRO
DATA DE NASCIMENTO 31//01/1988
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ GOMES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º
BOLETIM DE ENTRADA N.º 729204
DATA DO ATENDIMENTO 09/12/13
HORA DO ATENDIMENTO 18:59:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) Fratura distal do rádio E e do 4º dedo do pé E
CID 10 S 52.5 + S 92.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital, vítima de acidente de moto (colisão moto x moto), apresenta dor + edema e ferimento extenso na perna E + limitação dos movimentos do 4º PE, e ainda dor e edema na mão E.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da mão E - AP e P
RX do pé E - AP e P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura distal do rádio E e do 4º pododáctilo E

TRATAMENTO:

Realizada sutura + curativo e imobilização na mão E. Atendido pelo Dr. Ricardo Ramos Chrcanovic, CRM 6601 e Dr. Marcos Antonio C. Furtado, CRM - 2882.

ALTA HOSPITALAR: 10/12/13
DATA DA EMISSÃO: 25/02/14




Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

29 SET 2015

Vlt. 3
09

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

084.488.644-09

Nome

PAULO CESAR GOMES DA SILVA

Nascimento

28/05/1988

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/F38





-Paulo César Gomes da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011545341324
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. REN. PRT 20150000127829-7 EXERCÍCIO
1 0104451299-4 00/00000000 2015

NOME
PAULO CESAR GOMES DA SILVA

CPF/CNPJ
08448864409

PLACA
OGA2363/PB

PLACA ANT./UF NOVO PB 9C2KC1680FR013559

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.
2014

ANO MOD.
2015

CAP/POT/OIL
2 P/149 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA UNICA
IPVA PAGO EM

VENC. COTA UNICA
06/04/2015

VENC. COTAS
1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS
0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 06/04/2015

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC. NAC. HONDA LTDA

DOCUMENTO DE TRANSFERÊNCIA OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

BAYEUX - PB
37842

LOCAL

DATA
07/04/2015

7003781

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

PB Nº 011545341324 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 07/04/2015

VIA 1 CPF/CNPJ 08448864409

PLACA OGA2363/PB

RENAVAM
01044512994

MARCA/MODELO
HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.
2014

CAT. TARIF.
9

Nº CHASSI
9C2KC1680FR013559

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
PAGO

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO
06/04/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

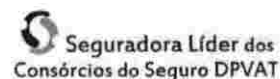
7003781-1049031-20150407

MAI-2014

FIC DPVAT
GRANDBERG

29 SET 2015

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO



SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-234316/2015

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: PAULO CESAR GOMES DA SILVA
 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A Dependência: 772 Data de Nascimento: 28/05/1988
 CPF da Vítima: 084.488.644-09 CPF de: Próprio Data do Sinistro: 16/08/2015
 Titular do CPF: PAULO CESAR GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	05/10/2015	Entregue	
Certidão de casamento	05/10/2015	Dispensado	
Certidão de inexistência de IML	05/10/2015	Entregue	
Certidão de nascimento	05/10/2015	Dispensado	
Comprovação de ato declaratório	05/10/2015	Entregue	
Declaração do Proprietário do Veículo	05/10/2015	Dispensado	
Documentação médico-hospitalar	05/10/2015	Entregue	
Documentos de identificação	05/10/2015	Entregue	
DUT	05/10/2015	Dispensado	
Laudo do IML - Lesões corporais	05/10/2015	Dispensado	
Outros	05/10/2015	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Documento	Data	Status	Observação
Alvará judicial	05/10/2015	Dispensado	
Autorização de pagamento	05/10/2015	Entregue	
Comprovante de residência	05/10/2015	Entregue	

CONTATO

Nome:

Telefone:

Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 05/10/2015

Nº do Sinistro

Seguro Obrigatório Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos

Nº do Protocolo

INVALIDEZ PERMANENTE

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 16/08/2015 Vítima

PAULO CESAR GOMES DA SILVA

CPF 08448864409

Seguradora

MBM

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome PAULO CESAR GOMES DA SILVA

Endereço para Correspondência RUA NEIDA ALVES DA SILVA

nº 251 Complemento

Bairro

Centro

Cidade BAYeux

UF PB

CEP 58306450

Telefone para contato 83 3222 8577 1996398400

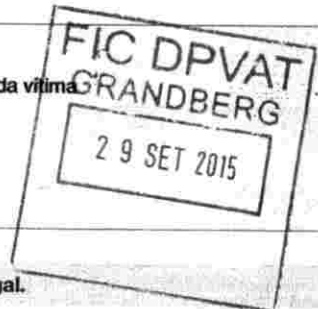
993056930

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha com ☐ para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)



Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima CERTIDÃO E IAM
- ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.

- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 24/09/2015

Nome Paulo Cesar Gomes da Silva

Identidade 3414555 PB

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida sem conferência

Data ____/____/____

Nome _____

Identidade _____



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, PAULO CESAR GOMES DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3414555 EXPEDIDO POR SSPPB EM 09/02/2008 ECPF 084488644-09 CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO RECUSO

É RENDA MENSAL DE R\$ REUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA PAULO CESAR GOMES DA SILVA. 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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) 1911 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 30204-7

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.

Bayeux RS, 24 de setembro de 2015

LOCAL E DATA

Paulo Cesar Gomes da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

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

Atendimento: 01.00000000

Data: 18/09/2015

Hora: 11:23:55

Terminal: 4511101

Controle: 191110170319

Agência: 1911 - BAYEUX

Conta: 013.00030204-7

X/PB

Cliente: PAULO CESAR COMA DA SILVA

Hora: 11:23:55

Controle: 191110170319

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SILVA

DATA

VALOR

17/09

SALDO CONFERÊNCIA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA

VALOR

13/09

5/2012

17/09

VALOR

MOVIMENTAÇÃO

DE 04/05/2012

DATA

Nº.DOC

HISTÓRICO

VALOR

VALOR

01/05/2012

INTERIOR

01/05/2012

Agosto

VALOR

13/08

SAQUE LOT

17/08

SAQUE LOT

01/09/2012

Setembro

14/09

000003

PARSEG-DES

14/09

141003

SAQUE LOT

14/09

SAQUECORRESPO

NDENTE

17/09

000000

REM BASICA

0,000

RESUMO EM 17/09

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

FIC DPVAT
GRANDBERG

29 SET 2015

DPVAT
BERG

2015

Informações, reclamações, sugestões e elogios

CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, PAULO CESAR GOMES DA SILVA

RG nº 3414555, data de expedição 09/02/2008,
Órgão SSPPB, CPF nº 08448864409, 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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA NEIDE ALVES DA SILVA</u>
Número	<u>251</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>BAYRUX</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58306-450</u>
Telefone de contato	<u>83 3222 8577 / 996398400</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BAYRUX PB, 24/09/2015.

X Paulo Cesar Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

MARIA DAS GRACAS GOMES DOS SANTOS
RUANEIDE ALVES DA SILVA, 251 / CASA - CENTRO
BAYEUX / PB CEP: 58300000 (AG: 1) 58306450

energisa

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 5 - 8 - 201 - 1490 Referência: Set / 2015
Nº medidor: 00008451804 Emissão: 11/09/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. Santa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ: 086 193 0001 40 Ins. Est. 16 015 823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 371 285
Código para Débito Automático: 00015599210

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

RESERVADO AO DEB

J297 8100 40c3 4435 R: 76,1 9436 760e

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/1559921-0

Set / 2015

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha em 18%, de R\$ 5,50 para R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução Normativa ANEEL 1.945/2015, vigente a partir de 01/09/2015.

11/09/2015

Data prevista da próxima leitura

13/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

79850332468

Cálculo de consumo

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/09/15	5270	11/09/15	5408	1	138	31

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 08/09/2015 PAGAS OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	138	0,39823	54,15
Adic. B. Vermelha			6,99
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,82
COFINS			3,80
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			2,88
ICMS (Base de Cálculo R\$ 60,08 Alíquota 27,00%)			24,32

Histórico de Consumo (kWh)

FIC DPVAT
GRANDBERG

29 SET 2015



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 729204



Identificação do paciente						
ID 689422	Nome PAULO CESAR GOMES CARNEIRO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 31/01/1988	Idade 27 anos 8 meses 26 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA JOSE GOMES DA SILVA	Pai PAULO CARNEIRO ARAUJO					
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) - PAI					
DDD Móvel 83	Fone Móvel	DDD Fixo 83	Fone Fixo 32541036			
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 208091049040009				
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58919000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SAO GONCALO			
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora Prevista 09/12/2013 18:59:03	Número da pulseira 2374482	Convênio SUS				
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO-X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou- AMB DE CRUZ DO ESPIRITO SANTO E O PAI PAULO CARNEIRO					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 03min 12seg

Imprimir