

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282945 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/09/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

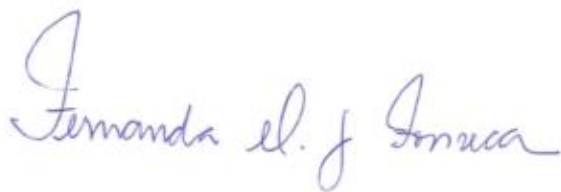
Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180282945

Vítima: SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTA ONOFRE RAMOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180282945**.

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 13034221



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180282945
Vitima: SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 08/09/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROBERTA ONOFRE RAMOS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180282945**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13041888



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180282945

Vitima: SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 08/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ROBERTA ONOFRE RAMOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180282945**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/09/2015**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.014.751-2 VIA 2ª EXPEDIDO POR SSP - PB EM 02/01/07 ECPF 067503939-70 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO Peça

E RENDA MENSAL DE R\$ Peça (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Busep 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) DPVAT

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) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 5489-7

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.

Mamanguape, 23 de março de 2016

LOCAL E DATA

X Severino Rodrigues de Oliveira

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.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2018

Ocorrência nº. 0373/2018

Aos CINCO dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 10h:32min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA, conhecido por _____, Identidade nº 3.014.751-SSP/PB, CPF nº 067.503.934-70, nacionalidade brasileiro, estado civil: união estável, profissão: agricultor, filho(a) de Manoel Dias De Oliveira E De Maria Lucia Rodrigues De Oliveira, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 02/05/1986 (31 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aderaldo Gonçalves Do Nascimento, 131, Campo, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato: (83) 99130-1817.

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 (ATROPELAMENTO);**
- 2) DATA DO FATO: 08 de setembro de 2015;
- 3) HORÁRIO: 20h:30min;
- 4) LOCAL: Salema (próximo ao Bar de Santa) nº _____, bairro: _____ - **Rio Tinto/PB;**
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Geral de Mamanguape/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? ATROPELADO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO?
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS?

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

Veículo (01) marca/modelo: HONDA/BROS

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE estava na comunidade de Salema, Rio Tinto/PB, aguardando um amigo, quando precisou atravessar a pista e neste momento uma motocicleta HONDA/BROS o atingiu, atropelando o comunicante, QUE este veículo que o atropelou estava com os faróis apagados, QUE uns amigos seus afirmaram que os dois elementos que estavam nesta motocicleta se encontravam embreagados, segundo funcionários do Hospital onde foram atendidos, QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital Geral de Mamanguape/PB, QUE de acordo com o laudo do referido Hospital deu entrada com trauma em MID e bacia.

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

Severino Rodrigues de Oliveira
SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Comunicante

Frederico Figueiredo Brito da Silva
Frederico Figueiredo Brito da Silva
APC – Mat. nº 156.567-2





ESTADO DA PARAÍBA
POLÍCIA MILITAR
COMANDO DO POLICIAMENTO DA REGIAO METROPOLITANA
BATALHÃO DE TRANSITO
2ª COMPANHIA/BPTRAN



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº. 0013/2015

DADOS DO ACIDENTE

Nº. BAT 00013	Responsável pelo Levantamento do Acidente: AGENTE DE TRANSITO Almir Rodrigues de Araújo	Matrícula: 515 135-0	Posto/Graduação: SARGENTO PM			
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rodovia PB 041 que liga Mamanguape a Rio Tinto-pb.	Hora 20:45	Bairro Zona Rural	Município Rio Tinto	UF PB		
Data/Ocorrência 08/09/15	Dia da Semana Terça Feira	C/S Vítima (QT) Com vítima (03)	Natureza do Acidente Atropelamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições /Via Seca	Tempo Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade (01) Moto Bros 150		Controle do tráfego no local Sem Controle		Tipo de via Transito Rapido		

VITIMA E CONDUTOR (01)

NOME Cleiton da Silva	Nacionalidade Brasileiro	Sexo Masculino	Nascimento 21 anos	RG	CPF	
Endereço (rua, avenida...): Sítio Boa Vista s/n	Bairro Zona Rural	Município Rio Tinto	UF PB	Telefone		
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH/Nº.	UF	Ex.méd. em dia	Data de Vencimento	Usava (Sim/Não) Cinto (—) Capacete (—)
Comportamento do condutor: Foi Socorrido para o Hospital de Emergência de Mamanguape						

VITIMA PEDESTRE (02)

NOME Severino Rodrigues de Oliveira	Nacionalidade Brasileira	Sexo Masculino	Nascimento 29 anos	RG	CPF
Endereço, rua, sítio Rua Aderaldo Gonçalves do Nascimento S/n					
Bairro Zona Rural		Município Rio Tinto	UF PB	Telefone	

VITIMA CARONA DO VEICULO (03)

NOME Alessandro Salustino dos Santos	Nacionalidade Brasileiro	Sexo Masculino	Nascimento 30 anos	RG	CPF
Endereço (rua, avenida...): Aldeia Indígena Tramatai	Bairro Zona Rural	Município Marcação	UF PB	Telefone	
Comportamento do condutor: Foi Socorrido para o Hospital de Emergência de Mamanguape-pb					

20 JUN 2018

DPVAT

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº. 0013/2015

CONSTATADO

Ficou constatado quando do levantamento: Que o V 01 uma Moto de Marca Honda/Bros 150 de Placa PFD 5786/pb de Cor Vermelha, Seguiu do centro de Mamanguape com destino a Rio Tinto quando no Distrito de Salema Município de Rio Tinto caminhava na Margem da Rodovia a Vítima 02 quando Próximo ao Condomínio o Veículo por falta de Visibilidade Atropelou ficando todos sobre a Pista logo após a chegada deste Agente foi Socorrido para o Hospital de Emergência de Mamanguape com ferimentos LEVES. Estas Informações foram repassadas Pelas as Vítimas e curiosos que se encontravam no local e depois de analisar o Sinistro.

CARTORIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

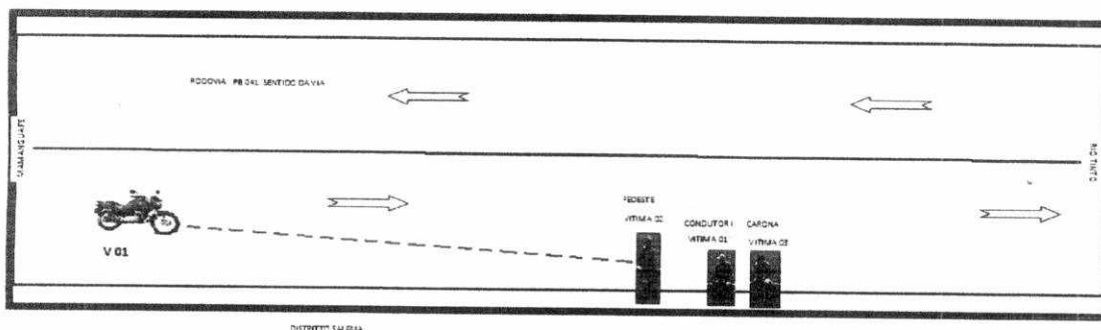
AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC)
Mamanguape/PB-30/11/2015
Selo Digital:ACJ82205-5Z44
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

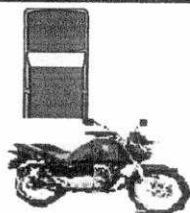


CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº. 0013/2015

VIA "A": Rodovia que liga Mamanguape a Rio Tinto -pb
VI: HONDA/BROS 150
Sentido da Via ;



Desenho ilustrativo não obedece escala



V 01

Almir Rodrigues de Araujo
ALMIR RODRIGUES DE ARAUJO - Agente de Transito
Matricula 515 135-0

Mamanguape- PB, 08 de Setembro de 2015.

CARTORIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC)
Mamanguape/PB-30/11/2015
Selo Digital:ACJ82206-DP15
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA, portador da
carteira de identidade nº 3014 751 e inscrito no CPF/MF sob o nº
067 503 934 70, residente e domiciliado na
TRAV. ANTONIO MAXIMO DA SILVA, 19, DO CAMPO, Cidade
MAMANGUAPE, 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
- (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.

Severino Rodrigues de Oliveira
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Mamanguape PB 13/03/2018
Local e Data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA,RG nº 3014751, data de expedição 02/01/2007 Órgão SSP/PB,

CPF nº 067 503 934-70, 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
terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	TRAV ANTONIO MAXIMO DA SILVA
Número	19
Apto / Complemento	-
Bairro	DO CAMPO
Cidade	MAMANGUAPE-
Estado	PB
CEP	58 280 000
Telefone de Contato	(83) 98847 7194
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mamanguape/PB, 13/03/2018Assinatura do Declarante: Severino Rodrigues de Oliveira

GOSMA RODRIGUES DE OLIVEIRA
TRAV. ANTONIO MAXIMO DA SILVA, 19 - DO CAMPO
MAMANGUAPE/PB CEP: 58260000 (Aq. 14)

Classe/Subcl. RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO B230, km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-480
Fóteiro 17 - 14 - 135 - 4880 Referência Mar / 2017
Nº medidor 00008171128 Emissão 28/03/2017

ENERGISA PARAIBA - LDB, F.B. IL. RANI E ENERGISA
CNPJ 09.066.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.823.0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001.308.009
Código para Débito Automático: 00007880614

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/785051-4

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

28/03/2017

Data prevista da próxima leitura

27/04/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

8984108403

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 23/02/17	Data 28/03/17	1	130	33

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,14823	4,44
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	0,25411	17,78
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	30	0,38118	11,43
Adic. B. Amarela			1,31
Subsidio			24,42
ICMS			24,37
PIS			1,16
COFINS			5,35

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Histórico de Consumo (kWh)

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	8,47
JUROS DE MORA 02/2017	0,06
MULTA 02/2017	0,92
Devolução Subsidio	-24,42

Fev/17	103
Jan/17	98
Dez/16	113
Nov/16	121
Out/16	115
Set/16	124
Ago/16	218
Jul/16	200
Jun/16	201
Mai/16	174
Abr/16	87
Mar/16	99

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	90,26	27,00	24,37
PIS	90,26	1,2810	1,16
COFINS	90,26	5,9382	5,35

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

04/04/2017

R\$ 75,29

Média dos últimos meses

138

TRAVADO AO FISCO

d75b.48c3.8eb0.cc32.89ef.7186.9cfc.5101.

Indicadores de Qualidade

1/2017 - Ref. Tempo

Composição

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	1,19	Serviços de Dist. da Energia/PB	12,71	16,87
DIC TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL	Compra de Energia	18,39	21,77
DIC ANUAL	25,89	220	Serviço de Transmissão	0,37	1,18
FI MENSAL	3,67	1,00	Encargos Setoriais	4,39	6,63
FI TRIMESTRAL	7,35	CONTE-STAÇÃO	Impostos Diretos e Encargos	40,33	53,57
FI ANUAL	14,70	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,30	0,00
DIC MENSAL	3,80	202			
DIC TRIMESTRAL	7,60	LIMITE SUPERIOR			
DIC ANUAL	15,20				
			Total	75,29	100,00

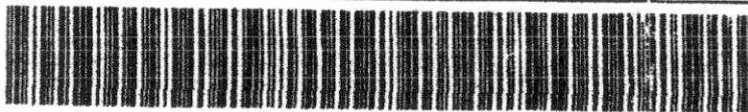
Valor do EUSD (Ref. 1/2017) R\$ 11,06

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$24,42



Beneficiário CONDOMINIO VILLA EMPRESARIAL - 00.773.947/0001-35					Ag/Cód. Beneficiário 0036.870.00000169-2
Data do Documento 25/07/2016	Nr.do documento 11335710	Espécie Doc. DM	Asseto N	Data do Processamento 25/07/2016	Nosso Número 8211335710-3
Uso do banco	Carteira SR	Espécie moeda R\$	Qtde moeda	Valor	(=) Valor do Documento 342,52
Instruções - (texto de Responsabilidade do Beneficiário) Até 10/08/2016, desconto de R\$ 34,25 Após 10/08/2016, multa de R\$ 6,85 + 0,03% de juros ao dia Não receber após 09/09/2016 Não pode ser substituído por Ordem de pagamento, DOC ou Depósito Bancário. Este recibo só será válido com Autenticação Mecânica/Comprovante de Pagto.					(-) Desconto
					(*) Juros
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Correção Monetária
					(=) Valor Cobrado
** TÍTULO SUJEITO A PROTESTO. **					
Pagador ROBERTA ONOFRE RAMOS AVENIDA ALMIRANTE BARROSO, 610 58013-123 - CENTRO - JOAO PESSOA - PB A/C:		Condo: 249 - CONDOMINIO VILLA EMPRESARIAL Unid: 0903 - P Recibo: 11335710 Emissão: 67412 CPF: 045.914.201-69			
Sacador/Avalista					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



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 ROBERTA ONOFRE RAMOS, portador(a) do RG nº 2670826, expedido por SSP/PB, em 1/1/, CPF/CNPJ nº 045 914 204-69, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA do sinistro de DPVAT da natureza da vítima SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADA Renda Mensal: R\$ recusa

OAB 13425

Documentos comprobatórios: recusa

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Severino Rodrigues de Oliveira
IDADE: 29 Anos
NOME DA MÃE: Maria Lucia Rodrigues de oliveira

DADOS EXTRAÍDOS
BAM Nº: 69128
DATA DE ENTRADA: 08/09/2015
HORA DO ATENDIMENTO: 22:10h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

OBS: Laudo reimpresso, com todos dados colhidos fielmente do prontuário médico, emitido na data de 04/11/2015, pela Direção Técnica, Dr. Francilino Rodrigues Leite Rangel.

AValiação Inicial: Referido paciente deu entrada no serviço após acidente automobilístico – moto, com trauma em MID e bacia.

CONDUTA: Realizado medicação, curativo local e radiografia.

REAValiação: Paciente liberado para residência, retorna mais dois dias devido infecção no local da ferida (15/09/2015 e 20/09/2015, no último necessitou de internação). CID: V 29.9, T13.

EXAMES REALIZADOS: Exame médico geral e radiografia.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSAO: 08/02/2018

Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape
Dr. Frederico Tácito
Diretor Técnico
HGM

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



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA , 29 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 08/09/2015 as 22:10 horas, inscrito sob o BAM nº. 69128. Sua mãe chama MARIA LUCIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

O referido paciente deu entrada no serviço após acidente automobilístico - moto, com trauma em MID e bacia.

Feito RX, medicações para a dor, curativo local e liberado para residencia.

Retorna mais dois dias devido infecção no local da ferida (15/09/2015 e 20/09/2015, neste último necessitou internação)

CID: V29.9, T13

Mamanguape, 04 de Novembro de 2015

Francilino Rodrigues Leite Rangel
Diretor Técnico do HGM



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA , 29 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 08/09/2015 as 22:10 horas, inscrito sob o BAM nº. 69128. Sua mãe chama MARIA LUCIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

O referido paciente deu entrada no serviço após acidente automobilístico - moto, com trauma em MID e bacia.

Feito RX, medicações para a dor, curativo local e liberado para residencia.

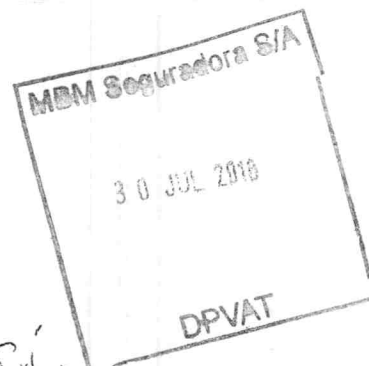
Retorna mais dois dias devido infecção no local da ferida (15/09/2015 e 20/09/2015, neste último necessitou internação)

CID: V29.9, T13

Mamanguape, 04 de Novembro de 2015

Francilino Rodrigues Leite Rangel

05.11.15



Francilino Rodrigues Leite Rangel
Diretor Técnico do HGM

DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Severino Rodrigues de Oliveira
IDADE: 29 Anos
NOME DA MÃE: Maria Lucia Rodrigues de oliveira

DADOS EXTRAÍDOS
BAM Nº: 69128
DATA DE ENTRADA: 08/09/2015
HORA DO ATENDIMENTO: 22:10h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

OBS: Laudo reimpresso, com todos dados colhidos fielmente do prontuário médico, emitido na data de 04/11/2015, pela Direção Técnica, Dr. Francilino Rodrigues Leite Rangel.

AVALIAÇÃO INICIAL: Referido paciente deu entrada no serviço após acidente automobilístico – moto, com trauma em MID e bacia.

CONDUTA: Realizado medicação, curativo local e radiografia.

REAValiação: Paciente liberado para residência, retorna mais dois dias devido infecção no local da ferida (15/09/2015 e 20/09/2015, no último necessitou de internação). CID: V 29.9, T13.

EXAMES REALIZADOS: Exame médico geral e radiografia.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSAO: 08/02/2018

Dr. Frederico Táciato
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape
Dr. Frederico Táciato
Diretor Técnico
HGM

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



Resumo de Alta

NOME SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA			PRONTUÁRIO 71552	MATRICULA	COD. PACIENTE 37624
CARTÃO SUS 898004190769357	SIS PRÉ-NATAL 0	DATA NASCIMENTO 02/05/1986	E. CIVIL NÃO INFORMOU	SEXO MASCULINO	COR AMARELA
PROFISSÃO	NACIONALIDADE BRASILEIRA	NATURALIDADE	DOCUMENTO / DATA EMISSÃO		
ENDEREÇO PROJETADA S/N - CASA - GURGURI - MAMANGUAPE-PB CEP:58280000				TELEFONE 991759902	
NOME DO PAI			NOME DA MÃE MARIA LUCIA RODRIGUES DE OLIVEIRA		
RESPONSÁVEL SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA			ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		
DATA DE ADMISSÃO 20/09/2015	DATA DA ALTA 01/10/2015	TEMPO DE PERMANÊNCIA 11 dias	ENFERMARIA ENF05	LEITO 2	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Infecção cutânea</i>					CID
PROCEDIMENTO SOLICITADO					CID
PRINCIPAIS EXAMES	VDRL	TIPAGEM SANGÜÍNEA			
	HIV	<i>Leuco 8.500</i>			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					DATA
					DATA
					DATA
ANATOMIA PATOLÓGICA: [] SIM [x] NÃO RESULTADO					
INFECÇÃO F.O.: [] SIM [x] NÃO COLETA DE MATERIAL: [x] SIM [] NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA: <i>Negativo</i>					
CONDIÇÕES DE ALTA: [x] MELHORADO [] CURADO [] A PEDIDO [] ÓBITO [] REMOVIDO P/					
RESUMO CLÍNICO - HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES <i>Paciente em tratamento de trauma em M.I.D., evolui com infecção de ferida. Paciente evolui bem em condições altas e acompanhamento ambulatorial.</i>					
ORIENTAÇÃO PÓS ALTA 1. As gestantes deverão continuar o pré-natal: 3. ORIENTAÇÕES DO PUERPÉRIO (PÓS PARTO) a) Realizar após 30 dias, a consulta pós natal no posto de saúde ou PSF do bairro. b) Nos pontos cirúrgicos, retirar os pontos com 7 (sete) a 10 (dez) dias no posto de saúde ou PSF do bairro onde mora. c) Retornar ao hospital se tiver febre, mau cheiro vaginal, hemorragia, dor no baixo ventre ou secreção pela cirurgia. 4. Retornar ao Hospital: ao sentir os seguintes sintomas: febre, vermelhidão, dor no local da incisão e presença de secreção purulenta, entre o 1º e 30º dia de pós - operatório.					
Mamanguape, 01 de Outubro de 2015			<i>Rosane Nascimento de Brito</i> Assinatura e carimbo do Médico		

MDM Seguradora S/A

30 JUL 2010

DPVAT

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



HOSPITAL GERAL DE
MAMANGUAPE

R: Walfredo de Almeida e Silva S/N
Araú - Mamanguape - PB
Telefone: (83) 3292-9050
CNPJ: 33.981.408/0001-40

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

DATA:

01/05/15

MEDICO - CRM

Paciente: Sereeno Rodrigues L. Oliveira

Endereço: Rua F. B.

Prescrição:

① Gabapentina 300mg - 28 dias
faca o qd 6/6h por 21 dias
② Paracetamol 500mg - 05 dias
faca o qd 6/6h 2 dias
sem febre

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nº:

Nome:

Org. Emissor:

Assinatura:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

MEM Seguradora S/A

30 JUL 2010

DPVAT



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
POLICLÍNICA MUNICIPAL DR. DIRCEU MONTEIRO PONTES
Rua Dr. Juarez Guerra, s/n - Mamanguape/PB

RECEITUÁRIO

Paciente: Genivaldo Rodrigues Martins
16000 1050100

Examinado em outubro de 2016, sendo
instabilidade há 07 meses, sendo
diagnosticado no exame com lesão
menisco tendão anterior e posterior
direito, evoluindo com dor (2016).

Após apresentação com dor
importante em 4/5 distal de pé direito,
pé e tornozelo. Examinado apresenta
dificuldade para deambular e perna
doer e saltar por longo período.

Examinado em tratamento medicamentoso
e fisioterapia.

Mamanguape, Vinícius A. Freitas /
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CRM 7605 TEOT 14360

Ass do Médico/Carimbo/CRM/CRO

CRO: 138.9/1422.3

29/04/16

+
Saúde
para todos



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO TINTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo Médico

Paciente, Severino Rodrigues
d Oliveira, encontra-se sem
condições de exercer suas
atividades profissionais (e
servicos Gerais) acometido de
sequela de contusão M.I.D.,
em acidente de motocicleta;
no momento apresenta quadro
de dor no M.I.D., quando está
em posição ortostática, dificultando
exercer suas funções; pelo(s) CID
V02 + T13 + T93 e T98.3

Rio Tinto, 21 / 06 / 16

Dr. Virgílio de Oliveira Ribeiro
CRM: 2652 - PB
Médico do Trabalho

22
Médico(a) CRM



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16636672871

Número do Benefício: 6121748056

Espécie: 31

Número do Requerimento: 169398727

Ao Sr.(a): SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA

Endereço: ADERALDO GONCALVES DO NASCIMENTO SN, CAMPO

CEP: 58280000

Município: MAMANGUAPE

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/10/2015, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 31/12/2015

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/12/2015), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/12/2015 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 20 de novembro de 2015

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: APS - RIO TINTO **Endereço:** RUA DA AURORA, S/N, CENTRO
CEP: 58297000 **Município:** RIO TINTO **UF:** PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 20 de novembro de 2015

Assinatura do Requerente / Representante Legal



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.014.751 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/01/2007

NOME SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO MANOEL DIAS DE OLIVEIRA
MARIA LUCIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 02/05/1986

DOO ORIGEM NASC.N.3516 FLS.40 LIV.A5

CARTORIO CAPIM-PB

CPF 067.503.934-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEB 12.416 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

P.85



Severino Rodrigues de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

ROBERTA ONOFRE RAMOS

SILACAO

WALDIR HONORIO ONOFRE
ROSANE MARIA LIMA ONOFRE

NATURALIDADE

JOAO PESSOA-PB

RG

2670828 - SSP/PB

DOADOR DE ORGAOS E TERCIDOS

SI-M

DATA DE NASCIMENTO

06/12/1982

CPF

045.914.204-69

VIA

EXPEDIDO EM

02/18/12/2014

VITAL BEZERRA LOPES
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:
13425



MDM Seguros S/A
20 JUN 2018
DPVAT

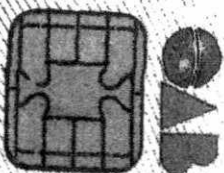
USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 00154



ASSINATURA DO REGISTRO

Roberta Onofre Ramos



085584



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez ☒ DAMS () - Seguradora : MBM - 6084

Valor da Indenização - R\$: _____

Vítima : SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA Nascimento 02/05/1986

CPF: 067.503.934 - 170

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: SEVERINO RODRIGUES CPF/CGC 067.503.934/170

Endereço: TV. ANTONIO MAXIMO DA SILVA Nº 19 Bairro: DO CAMPO

Cidade: MAMANGUAPE Estado: PB CEP: 58290-000 TEL: (91) 98847-7194

Procurador: ROBERTA ONDRE RAMOS CPF/CGC: 045.914.204/169

Endereço: AV. ALMIRANTE BARROSO, Nº 600 Bairro: CENTRO

Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58013-123 TEL: (91) 98714-2159 / 99682-5221

Dados da Ocorrência

Data do Sinistro /Fato: 08/09/2015

Data do Boletim /Registro: 08/09/2015

Estado da ocorrência: PB

Veíc. Identificado

☒ sim () não

Placa

PFD 5786

Tipo de Veículo

MOTO

Vítima:

- 1 - Transportado ()
- 2 - Não transportado ☒
- 3 - Motorista ()

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ☒

Número do Processo:

X Mamanguape/PB, 13/03/2018
Local / Data

X Severino Rodrigues de Oliveira
Assinatura



702 722

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282945 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/09/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Severino Rodrigues de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: União Estável
Profissão: Agricultor
Identidade: 3014751-20 VIA SSBS-PB. CPF: 067.503.934-70
Endereço: Rua Adnaldo Gonçalves do Nascimento, 131, Campo, Mamanguape - PB.

OUTORGADO:

Nome: Roberto André Romões
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Advogado
Identidade: 2670826 SSP-PB CPF: 045.914.204-69
Endereço: Avenida Américo Barreto, nº 600, Sala 803, Centro, João Pessoa - PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Severino Rodrigues de Oliveira.

Local e Data: Mamanguape - PB, 13/03/2018.

Severino Rodrigues de Oliveira
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro - Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
SEVERINO RODRIGUES DE OLIVEIRA
Dou fé. Mamanguape/PB - 13/03/2018
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital: AGP68676-Z4Y1
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90

