

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO**

Nº Sinistro: **3180277839**

Vitima: **ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO**

Data do Acidente: **01/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **SERGIO DA SILVA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180277839**.

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 12986227



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO**
Nº Sinistro: **3180277839**
Vitima: **ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO**
Data do Acidente: **01/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **SERGIO DA SILVA DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180277839**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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 12987711



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180277839

Vítima: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 01/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SERGIO DA SILVA DOS SANTOS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

753 586 544-53

Nome completo da vítima

Antônio G. Lucio dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Guilherme Lucio dos Santos	753 586 544-53	adv. pedreiro
Endereço	Número	Complemento
Rua Elias Cavalcante da Albuquerque	330	
Bairro	Cidade	Estado
Cristo Redentor	João Pessoa	Paraíba
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58070-400	98666 8927

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº 0220

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº 6620

(Informar dígito se existir)

DV 4

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

BANCO

Nome

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

Nº

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINISTRO
18 JUN. 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 25 de abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente Pessoa Física

??7?label.a

CPF:

CONFIRMAR

CONFIRMAR

SINCOR/PB

18 JUN. 2018

Confirmar

Você está prestes a perder suas alterações. Deseja prosseguir sem salvar?

NÃO

SIM

Erro

Erro

ANTONIO FILHO

CPF: 753.586.544-53

Segmento: GVD1

COCL: 706.917.8367.706

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Resumo do Cliente

Abertura de Conta

Cadastro

Avaliação de Risco

Produtos do Cliente

Abertura de Conta

Roteiro Negocial

Produtos

Cheque Especial

Cartão de Crédito

Serviços

Cadastro Positivo

Assinatura Eletrônica

SMS

Senha de Conta

Portfólio de Acessos

CADIA Seguros

Resultado da abertura da conta e contratação de serviços

Conta aberta com sucesso

Titular: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO

Agência: 0220 - BAIRRO JAGUARIBE - PB

Operação: 013 - Conta Proprieta

Número da conta: 00056020-4

Contratação de Serviço de Mensagem via celular efetuada com sucesso

Serviço de mensagens via celular:

Seques, transferências, pagamentos e agendamentos a partir de (R\$):

Compras com cartão de débito a partir de (R\$):

(R\$) 5000-0000

100.00

50.00

Assinatura Eletrônica Gerada com sucesso

Assinatura Eletrônica da Conta

ATENÇÃO: o cliente deverá trocar a assinatura eletrônica no prazo de quinze dias corridos. Do contrário, ele terá de gerar outra assinatura na agência.

Senha da Conta gerada com sucesso

Formulário

FAA, Ficha de Cadastro, Dicas de Segurança, Contrato de Abertura, Manutenção e Encerramento.

Ficha de Cadastro

Contrato de Relacionamento Pessoa Física

Declaração de Pessoa Exposta Politicamente - PEP

Autorização de Débito

Contrato de Abertura, Manutenção e Encerramento

Dicas de Segurança

CONFIRMAR

CONFIRMAR

ASSINATURA CONTRA

FECHAMENTO

FECHAMENTO

FECHAMENTO

FECHAMENTO



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00317.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00317.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:56 horas do dia 21 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Antonio Guilherme Lucio dos Santos**, CPF nº 753.586.544-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Maria das Neves de Sousa e Antonio Guilherme Lucio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/10/1955 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, Nº 630, complemento VILA SANTA CLARA, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Perto da Energisa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98666-8927.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Água Fria, Perto da Água Mineral, Mataraca/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 01/04/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que estava na garupa da MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN KS, PRATA, 2006/2006, PLACA MNN9207/PB, CHASSI 9C2KC08106R962517, registrada em nome de SERGIO DA SILVA DOS SANTOS e sendo conduzida por SÉRGIO DA SILVA DOS SANTOS (CPF. 091.692.004-67), quando ao fazer uma curva o condutor da moto colidiu na traseira de um CARRO NÃO IDENTIFICADO que estava parado na estrada; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 23.10.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2018.



ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS
Noticiante

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação



SINCOR/PB

18 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antônio Guilherme Lucio dos Santos

CPF da Vítima

753 586544-53

Data do Acidente

01-04-2017

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;
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Santos, 25 de abril de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Guilherme Lucio dos Santos

RG nº 1176687, data de expedição 28/05/10 Órgão SSP/PB,

CPF nº 753586544-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

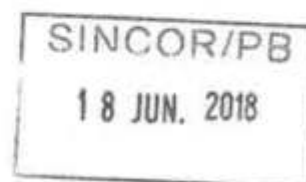
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Elias Cavalcante Albuquerque</u>
Número	<u>0° 330</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Cristo Redentor</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba PB</u>
CEP	<u>58070400</u>
Telefone de Contato	<u>991251741</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

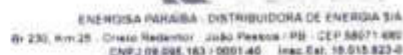
Local e Data: João Pessoa, 25/04/18

Assinatura do Declarante: Antonio da Silva dos Santos

CONFERIDO COM O ORIGINAL



Numero Verde 800 70 70 70



MARIA JOSE DOS SANTOS
RUA ELIAS CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE 530
JOAO PESSOA

5/1008148-7

R\$ 94,73

Asperula cynanchica (cat's paw)

1008148-2018-05-6



CONFERIDO COM O ORIGINAL

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sérgio da Silva Santos,

RG nº 3472865, data de expedição 02/08/06, Órgão SSP,

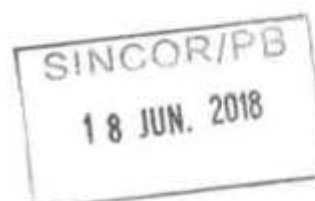
CPF nº 09169200467, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Gláucio Bonalante de Albuquerque
Número	630
Apto / Complemento	
Bairro	Crust
Cidade	João Pessoa
Estado	PB
CEP	58070-400
Telefone de Contato	98666 8927
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/04/2018

Assinatura do Declarante: Sérgio da Silva dos Santos



CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é considerado nota fiscal

Número de controle: 007.045.689



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Retenitor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.035.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DOS SANTOS
RUA ELIAS CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE 630
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1008148-7

REFERÊNCIA

MAI/2018

APRESENTAÇÃO

24/05/2018

CONSUMO

162

VENCIMENTO

01/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 94,73

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA JOSE DOS SANTOS

Roteiro: 14-002-583-4000

83690000000-5 94730149000-1 10081482018-7 05600002019-0

VENCIMENTO

01/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 94,73

MATRÍCULA

1008140-2018-05-6



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

18 JUN. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sérgio da S. dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 091.692.004 / 67
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Guilherme B. dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 753586594 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura univalidez da Vítima
Antônio Guilherme B. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 753586594 / 53, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: promotor de renda Renda:

e apresento os documentos comprobatórios.

SINCR/PB

18 JUN. 2018

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Elias Bonalonte de Albuquerque</u>		Número <u>630</u>	Complemento
Bairro <u>buriti</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58070400</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>986668927</u>

João Pessoa 25 de abril de 2018
Local e Data

Sérgio da Silva dos Santos
Assinatura do Declarante

18 JUN. 2018
SINCR/PB

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sergio da Silva dos Santos
RG nº 3422865, data de expedição / / ,
Órgão , portador do CPF nº 09169200467, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Elias Bonafonte de Albuquerque, nº 630,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antonio Guilherme Bueno dos Santos, cujo o condutor era
Sergio da Silva dos Santos.

Veículo: motocicleta
Modelo: Harley CG
Ano: 2006
Placa: MNN 9207
Chassi: 9C2KCB106R 962517
Data do Acidente: 01.04.17
Local e Data: João Pessoa, 25.04.2018

Sergio da Silva dos Santos
(Assinatura do Declarante)

Sergio da Silva dos Santos
(Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro))

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço por Autenticidade a firma de SERGIO DA SILVA DOS SANTOS, [101177], J. Pessoa-PB, 07/03/2018 10:06:03
Emol R\$9,48 Farpem R\$0,28 Fepi R\$1,90, ISS R\$0,47. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COMO FENILINA SILVA.
Selo Digital AG061475-520Y (consulte em
<https://selodigital.tib.jus.br>)

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
18 JUN. 2018



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Antonio Guilherme Lucio dos Santos filho
DATA DE NASCIMENTO 25/10/55
NOME DA MÃE Maria das Neves de Sousa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 101234
BOLETIM DE ENTRADA N.º 991239
DATA DO ATENDIMENTO 01/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 21:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur esquerdo
CID 10 S72.3



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com trauma em coxa esquerda, dor em pelve e membro inferior esquerdo, deformidade em coxa esquerda, avaliado pela Cirurgia Gera, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, bacia, ombro E, coxa E.
TC de crânio

CONFERIDO COM O ORIGINAL

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur esquerdo

TRATAMENTO:

Tração esquelética transtibial (realizado em 02/04/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo (realizado em 08/05/17)

ALTA HOSPITALAR: 15/05/17
DATA DA EMISSÃO: 23/10/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA 1.02

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS

1.176.687 - 2 VIA

28/05/2010

PI

DATA DE NASCIMENTO

25/10/1955

DATA DE EMISSÃO

28/05/2010

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/06/93

Carteira de Identidade

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

18 JUN. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA 1.02

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS

1.176.687 - 2 VIA

28/05/2010

PI

DATA DE NASCIMENTO

25/10/1955

DATA DE EMISSÃO

28/05/2010

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/06/93

Carteira de Identidade

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROFISSÃO: **3.472.865** DATA DE EMISSÃO: **02/08/2006**

NOME: **HERGIO DA SILVA DOS SANTOS**

PAIS: **ANTONIO GUILHERME L CIO DOS SANTOS FILHO**

MATRIA DE LOURDES FELIX DA SILVA

NACIONALIDADE: **JOAO PESSOA-PB**

DATA DE NASCIMENTO: **03/11/1989**

CPF: **03/11/1989**

ASSINATURA: *[assinatura]*

1 EM 7.116 DE 2006

CONFERIDO COM O ORIGINAL

CINQOR/PB

18 JUN. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA VIA-01

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA: *Sergio da Silva dos Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: **SERGIO DA SILVA SANTOS**

DATA DE NASCIMENTO: **03/11/1989** INSCRIÇÃO: **0403 5479 1228** ZONA: **007** REGIÃO: **0119**

MUNICÍPIO / UF: **MATARACA/PB** DATA DE EMISSÃO: **19/03/2014**

JUIZ ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Matrícula de inscrição: **091.692.004-67**

Nome: **SERGIO DA SILVA DOS SANTOS**

Nascimento: **03/09/1989**

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0032 7126 6575

Nome: **SERGIO SILVA SANTOS**

Data de Nascimento: **03/11/1989**

Sexo: **M** Data de emissão: **28/03/2012**

Município de residência: **MATARACA**

UF:



CARTÓRIO CELEIDA

Primeiro Serviço Notarial Distrital do Geisel

R. Juscelino Kubitschek, s/nº - Fone/Fax: (83) 3231.4078/3231.1183
cartorioceleida@ig.com.br João Pessoa - Paraíba

Livro: P-180 Folha(s): 186

Protocolo: 15169

18 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL
001

PROCURAÇÃO PÚBLICA BASTANTE QUE FAZ: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO, na forma abaixo declarado;

SAIBAM quantos virem este Público Instrumento de Procuração que aos 02 (Dois) de 03 (Março) de 2018 (Dois Mil E Dezoito), nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim, - **CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital**, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S) Sr. ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO**, Brasileiro, servente pedreiro, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 1176687 2º VIA SSDS /PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 753.586.544-53, residente e domiciliado na Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, 630, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB, reconhecido como o próprio por mim e de duas testemunhas nomeadas e assinadas, perante as quais por ele(s) me foi dito que constituía e nomeava seu bastante **procurador(es) Sr. SERGIO DA SILVA DOS SANTOS**, Brasileiro, promotor de vendas, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 3472865 SSDS/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 091.692.004-67, residente e domiciliado na Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, 630, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para fôro em geral, atribuindo poderes com a cláusula ad-judicia e et-extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, e vias administrativas, podendo constituir e destituir Advogados propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo unas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber seguros, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, poderes especialmente para receber e acompanhar junto a Companhia de Seguros LIDER, e quaisquer seguradora, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), referente ao acidente ocorrido com o Outorgante, que a mesmo tem direito, podendo para tanto, dito procuradora, dar entrada no processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe ainda poderes especiais, para receber e endossar cheques das quantias recebidas, dando a referida quitação, sacar em quaisquer agências bancárias; representa-lo junto a Hospitais, Clinicas, UPA, PSF, Secretarias de Saúde, podendo requerer e receber laudos medicos, protuários, atestados, preencher e assinar documentos; enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato. podendo ainda substabelecer esta em outrem com ou sem reservas de iguais poderes. Que o outorgante por se declarar não alfabetizado deixa a sua impressão digital as margens deste livro e folhas e assina a rogo Sr. PAULO SERGIO RODRIGUES SILVA, Brasileiro, frentista, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 2.504.849 SSP /PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 011.878.554-05, residente e domiciliado na Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, 1058, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB E de como assim o disse do que dou fé, e me pediu e eu lhe lavrei este Instrumento que, sendo-lhe lido, aceitou e assinou, sendo dispensada a presença e assinatura de testemunhas de acordo com o Art. do 1º Provimento no 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu FELLIPE WELSDON DE OLIVEIRA FERREIRA, Auxiliar de Cartorio a escrevi. Eu, CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital da Capital, subscrevo e assino em público e raso que uso, nesta data. **Selo Digital: AGM87338-9ZBS Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>. 02/03/2018 11:16:16** Custas: Emolumentos: R\$ 94,80 Fepj: R\$ 17,44 Farpen: R\$ 5,14.

Em testemunho () da verdade dou fé.