
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

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 LIDER 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



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

Rio de Janeiro, 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.

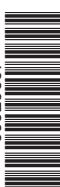
Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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 221204
 (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. Bucio dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antônio Guilherme Bucio dos Santos	753 586 544-53	Adv - pedreiro
Endereço	Número	Complemento
Rua Elias Cavalcante de Albuquerque	330	
Barro	Estado	CEP
Cristo Redentor	Paraíba	58070 400
Email	Telefone (DDD)	
	98666 8927	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	→ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	→ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	→ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	DIV	CONTA Nº:	DIV
0220		5620	4

(Informar digito se existir)

(Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	Agência Nº:	CONTA Nº:	DIV
		18 JUN. 2018	DIV
AGÊNCIA Nº:	DIV	CONTA Nº:	DIV

(Informar digito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Jaf Pagan 25 de abr de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Antônio G. Bucio dos Santos

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente Pessoa Física

???label.a

CPF:

SALVAMENTO

SALVAMENTO

Confirmar:

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

NÃO

SIM

SINCOR/PB

18 JUN. 2018

Erro

Erro

ANTONIO FILHO
 CPF: 753.586.544-55
 Segmento: GVT1
 COCLI: 706.917.007.766

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Resumo do Cliente

Abertura de Conta

Resultado da abertura da conta e contratação de serviços

Conta aberta com sucesso

Titular: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO
 Agência: 0220 - BARRA JAGUARIBE - PB
 Operação: 012 - Conta Propriácia
 Número da conta: 00006620-4

Roteiro Negocial

Contratação de Serviço de Mensagem via celular efetuada com sucesso

Produtos

Serviço de mensagens via celular: (83) 96666-3927

Carregue Especial

Saques, transferências, pagamentos e agendamentos a partir de (R\$): 100,00

Cartão de Crédito

Compras com cartão de débito a partir de (R\$): 50,00

Serviços

Assinatura Eletrônica Gerada com sucesso

Cadaastro Positivo

Assinatura Eletrônica da Conta

Assinatura Eletrônica

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

SMS

Senha da Conta gerada com sucesso

Senha da Conta

Portfólio de Acessos

Formulário

CAIXA Seguros

FAA, Ficha de Cadaastro, Dicas de Segurança, Contrato de Abertura,

Manutenção e Encerramento.

SALVAMENTO

Ficha de Cadaastro

SALVAMENTO

Contrato de Relacionamento Pessoa Física

ASSINATURA CONTRATO

Declaração de Pessoa Exposta Politicamente - PEP

ASSINATURA PEP

Autorização de Débito

ASSINATURA

Contrato de Abertura, Manutenção e Encerramento

SALVAMENTO

Dicas de Segurança

SALVAMENTO



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 integra: Á(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 ALCOBA 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 fé.

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2018.



ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS
Noticiante

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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antônio Guilherme Lucio dos Santos

CPF da Vítima

753 586 544-53

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 Lider 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

25 de outubro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Guilherme Bezerra dos Santos,

RG nº 1676687, 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>0º 320</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: gar Pernambuco, 25/04/18

Assinatura do Declarante: Sergio da Silva dos Santos

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
18 JUN. 2018

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento de referência: 51008148-7
Documento de referência: 51008148-7
Número da referência: 51008148-7

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.088.163 / 0001-46 - Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1008148-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	24/05/2018	162	01/06/2018	R\$ 94,73

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA JOSE DOS SANTOS

Roteiro: 14-002-583-4000

83690000000-8 94730149000-1 10081482018-7 05800002019-0



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
01/06/2018	R\$ 94,73	1008148-2018-05-E



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:

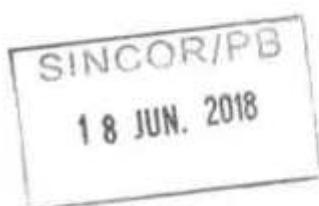
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Bliss Bonalvente de Albuquerque</u>
Número	<u>630</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Brist</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58070400</u>
Telefone de Contato	<u>98666 8927</u>
E-mail	

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 emitido entre 9h e 18h
Documento emitido entre 9h e 18h
Número de documento: N° 007.045.689



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 25 - Chico Reisenteor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 08.048.183/0001-40 - Inscrição Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DOS SANTOS
RUA ELIAS CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE 630
JOAO 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.enercisa.com.br



MARIA JOSE DOS SANTOS

Rolêiro: 14-002-683-4000

83600000000-6 94730149000-1 10081482018-7 05600002019-Q



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
01/06/2018	R\$ 94,73	1008148-2018-05-6

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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF**²

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 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 753 586 544-53, S3, do sinistro de DPVAT cobertura univalor da Vítima Antônio Guilherme B. dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 753 586 544-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: promotor de renda Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios
SINFOR/PB

18 JUN. 2018

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Blas de Oliveira de Albuquerque</u>		Número	<u>630</u>	Complemento
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>goiânia</u>	Estado	<u>PIB</u>
Email		Telefone comercial (DDO)		Telefone celular (DDO)	<u>58070400</u>

goiânia, 25 de abril de 2018
 Local e Data

18 JUN. 2018

Sérgio da Silva dos Santos

Assinatura do Declarante

SINFOR/PB

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sergio da Silva dos Santos,
RG nº 3432865, 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 Barreto em Albergaria, nº 530,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Antônio Guilherme Bucu dos Santos, cujo o condutor era
Sergio da Silva dos Santos.

Veículo: motorizada
Modelo: Honda CG
Ano: 2006
Placa: MNN 9207
Chassi: 9C2KC08106R 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 é a vítima reclamante do sinistro))



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

SINCOR/PB

18 JUN. 2018

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:

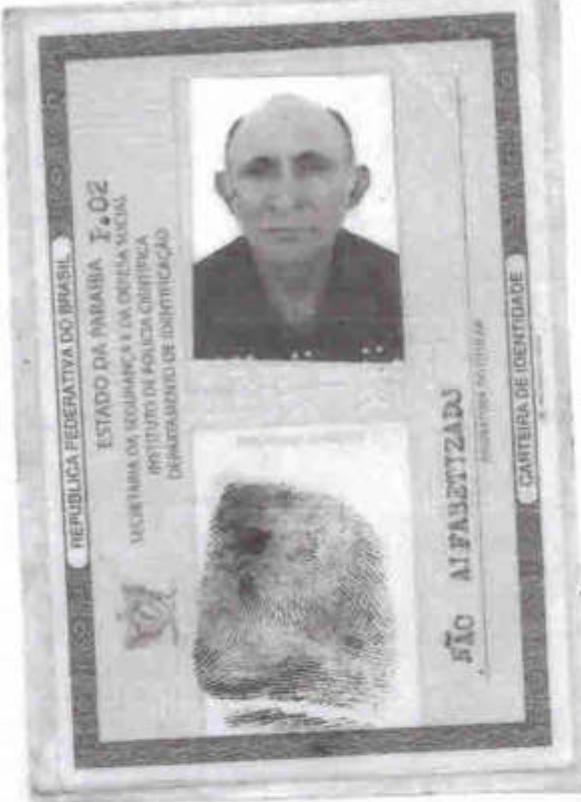
RX: fratura de fêmur esquerdo

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



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
18 JUN. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NOME	DATA DE NASCIMENTO
JOAO PESSOA-PB	25/10/1955
DOC. QN00011	
NASC. N. 13177 PLS.021 LIV.A-07	
CARFÓRIO 5 - JOÃO PESSOA-PB.	
CPF	753.586.544-53
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	
LEIA MP 7.116 DE 20/05/03	



CONFERIDO COM O ORIGINAL

CINCOR/PB

18 JUN. 2018





CARTÓRIO CELEIDA

Primeiro Serviço Notarial Distrital do Geisel

R. Juscelino Kubitschek, s/nº - Fone/Fax: (83) 3231.4078/3264.1183
cartorioceleida@ig.com.br - João Pessoa - Paraíba

CONFIRADO COM O ORIGINAL
001

Livro: P-180 Folha(s): 186
Protocolo: 15169

18 JUN. 2018

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

SAIBAM quantos virem este Públco 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 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, protuarios, 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, dentista, 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 à presença e assinatura de testemunhas de acordo com o Art. do 1º Provimento no 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu FELIPE WELDSON 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](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.