



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
Gerência Executiva de Polícia Civil  
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL

Av. Parque, 5N, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

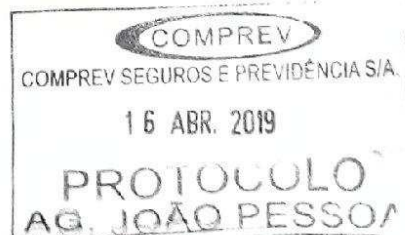
## CERTIDÃO. 479/2019



**CERTIFICO** que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 479 /2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos doze dias do mês de abril do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, compareceu o Sr. **Joilson Soares de Oliveira**, brasileira, casado, natural de Niterói/RJ, nascido aos 31/08/1982, filho de Antonio Farias de Oliveira e de Josefa Soares de Oliveira, portador da cédula de identidade nº 2 522 659 Seds./PB, e CPF nº 043.904.484 - 71, residente (na) Rua **Josias Barbosa Ferreira nº 186, Cuiá, nesta capital**, identificado pelo CEP 58.075-693, e notificou que, na tarde do dia 04 de outubro do ano de 2018, por volta das 15:00 horas aproximadamente, precisamente em frente ao Restaurante " Peixada do Amor " na praia do Seixas, foi alvo de atropelamento por parte de um ônibus da localidade, porém de placas e Condutor não identificado, fato verificado quando objetiva adentrar em seu veículo e assim, aproximou-se do veículo **Toyota -Corolla XLI** de placas **MOR 4857 - PB**, cadastrado em nome de **Max Wayne Barbosa da Silva**, identificado pelo chassi nº 9BR53ZEC188570124 e, ao abrir a porta, não sabendo explicar como, foi atingido pelo mesmo, que após o impacto, evadiu-se do local, conseqüentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 12 de abril de 2019.

*Everaldo Martins da Costa*  
**Everaldo Martins da Costa**  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.



*Joilson Soares de Oliveira*

*Joilson Soares de Oliveira*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



NOME  
JOILSON SOARES DE OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2522659 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
043.904.484-71 31/08/1982

FILIAÇÃO  
ANTONIO FARIAS DE OLIVEIRA  
JOSEFA SOARES DE OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB  
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1º HABILITAÇÃO  
03599453411 18/09/2022 31/05/2005

OBSERVAÇÕES

*Joilson Soares de Oliveira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
JOAO PESSOA, PB 19/09/2017

*Amarel*  
ASSINATURA DO EMISSOR

14085166934  
PB035393009

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1497842381

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497842381

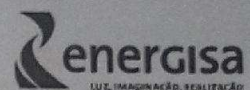


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. : N° 022.294.770



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

EVANDRO FERREIRA DE FRANCA  
RUA JOSIAS BARBOSA FERREIRA 186  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1134908-1

### REFERÊNCIA

MAR/2019

### APRESENTAÇÃO

22/03/2019

### CONSUMO

455

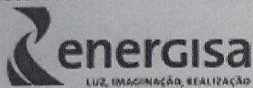
### VENCIMENTO

29/03/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 420,49

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

EVANDRO FERREIRA DE FRANCA  
Roteiro: 14-002-809-3060  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/04/2019

### VENCIMENTO

29/03/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 420,49

### MATRÍCULA

1134908-2019- 03-3



## SINISTRO 3190280414 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

**CPF/CNPJ:** 04390448471

### Posição em 07-05-2019 14:46:47

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/05/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00





IMG-20181109-VA0031-2.jpg

09/11/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DITRAN - PB Nº 014200932667  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD RENAVAM 0093750414-9 PLACA 00/00000000 ANO 2018

NOME  
MAX WAYNE BARBOSA DA SILVA

CPF / CNPJ 92242286153 PLACA MOI4857/PR

RENDA MENSAL NOVO PB 9BR53ZEC188570124

VEICULO PAS/AUTOMOVEIS/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO TOYOTA/COROLLA XLI16VVT ANO FAB 2007 ANO VENC 2008

AP / POT / CL 5 P/110 /CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA 00/00/0000 1ª

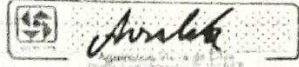
2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) IDP (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 21/08/2018

OBSERVAÇÕES  
A.F. BV FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA - PB DATA 21/08/2018

32280 19925



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

PB Nº 014200932667 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 21/08/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 92242286153 PLACA MOI4857/PR

RENAVAM 00937504149 MARCA / MODELO TOYOTA/COROLLA XLI16VVT

ANO FAB 2007 CAL INSE 1 Nº CHASSI 9BR53ZEC188570124

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DANATIM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDP (R\$) COTA UNICA PAGO

PAGAMENTO S COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 21/08/2018

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19925-1319395-20180821

ACOMPANHE



INT. 03/10/2018  
ATA: 05/10/2018

9866019  
TRANSMISSÃO

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S):

Joilson Soares de Oliveira, Brasileiro, solteiro, autônomo  
Inscrito no RG = 9599659, portador do CPF = 043.904.484 -  
#1. Residente e Domiciliado no Rua - José Barbosa  
Carmo - 186, Ernesto Geisel - João Pessoa - PB

**OUTORGADOS:** RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 23.263 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB. 9866019

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, 08 de outubro de 2018.

Joilson Soares de Oliveira  
OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98855-1045 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



PREFE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISTO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
53056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 169702 Atd: Nao Regulado  
Data: 04/10/2018  
Hora: 20:05:41  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA  
CNS: 700005129342504 Sexo: M IDENTIDADE: 2522659 Fone: 986860493  
Natural: NITEROI/RJ Data Nasc.: 31/08/1982 Id: 36 ano(s)  
End.: RUA JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUJA), 186  
Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: JOSEFA SOARES DE OLIVEIRA Pai: ANTONIO FARIAS DE OLIVEIRA  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA  
Tel/Doc. Responsavel: 986860493 / IDENTIDADE: 2522659  
P. edencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Vitima de acidente por: NAO  
Vitima de violencia por: NAO  
[ ] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacão de Risco: VERDE

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Qu xa Principal

PACIENTE APRESENTA TRAUMA EM MAO D E CORTE EM DEDO MINIMO

Observacao

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS ( SIC)

*Fratura exposta do 5º dedo da mão*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Diagnóstico*  
*Do Carpo - Cifose*

Diagnostico

Conduca

Prescricao

Horario da medica

*Carlos Augusto Rava*  
CRM-786975

*Dr. Zoriberto Gomes Pereira*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM- 53700

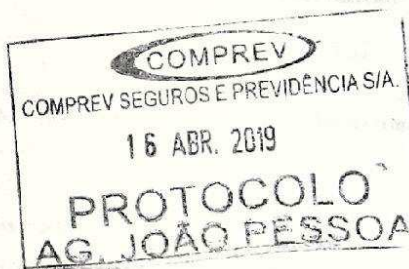




Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



## CERTIDÃO

Nº. 0201/2019


Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial N°169702 e prontuário de N°2018.10.000637 pertencentes a **JOILSON SOARES DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 04/10/2018 às 20H05min, apresentando trauma em 5º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do 5º quirodáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/10/2018 com alta médica dia 06/10/2018.

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



João Pessoa, 25 de Março de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Joilson S. de Oliveira</u>				Registro:	
Idade: <u>36</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>04/11/18</u>	Cirurgião: <u>DR. KALLA</u>			1º Assistente: <u>DR. Leo R.</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura de alonge Med. a</u>					
<u>extorta do S. QDD</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>- Lmc com SF</u>					
<u>- Desbridamento</u>					
<u>- Redução incisão</u>					
<u>- Passagem de FIO.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( ) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Linc com SF 0,91.  
- Desbridamento.  
- Redução incremental + ressecção  
de fio K.  
- curativos.  
- Tala.

Fechamento:

OBS:

Data:

04/05/18

Dr. Aurélio de Sá Pinto  
CRM: 9743/PB.

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Teilson Soares Data da Admissão: 04, 10, 18

Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Residência em 5º QDD

HDA: Residência em 5º QDD Com  
serviço

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:**  Febre  Astenia  Anorexia  Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_  Prurido  Sudorese  
 Calafrios  Alopecia  Adenomegalias  Icterícia  Tonturas  Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:**  Cefaléia  Espirros  Rinorréia  Obstrução Nasal  Epistaxe  
 Dor de Garganta  Bócio  Rouquidão  Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:**  Dor \_\_\_\_\_  Tosse  Expectoração  Hemoptise  
 Dispneia  Palpitações  Desmaio  Cianose  Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:**  Dor \_\_\_\_\_  Pirese  Solução  Regurgitação  Hematêmese  Náuseas  
 Vômitos  Dispepsia  Diarréia  Melena  Enterorragia  Constipação  Aumento de volume

**AGU:**  Disúria  Incontinência  Retenção  Poliúria  Oligúria  Noctúria  Hematúria  
 Mal Cheiro  Corrimento  Outras: \_\_\_\_\_

**SME:**  Dor \_\_\_\_\_  Rigidez pós-reposu  Deformidades  
 Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos

**SN e PSO:**  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 Amnésia  Libido  Humor \_\_\_\_\_

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 55056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Trifurca Exposta da*

*Falange média do 5º ddd.*

Conduta: *-Ene com 5º 9,71*

*- Imprimido digital*  
*- Redução incisiva + Passagem*

*de 1,5 (K)*  
*- Tala de 6 semanas*

Rua 15, Fica José Otávio Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

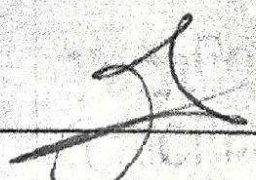




## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) **JOILSON SOARES DE OLIVEIRA** portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) nesta unidade no dia de hoje, portador(a) da patologia CID10: **S.62.6** devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de **60 (SESSENTA)** dias, a partir desta data.

João Pessoa: \_\_\_\_\_ 04/10/2018 \_\_\_\_\_

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr. (a) \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**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 073.904.282-73	Nome completo da vítima Joilson Soares de Oliveira
---------------------------	---------------------------------	---

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

Nome completo Joilson Soares de Oliveira	CPF titular da conta 073.904.282-73	Profissão Peluoso
Endereço Rua Josias Barbosa Ferreira	Número 86	Complemento Casa
Bairro Cuiá	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email		CEP 58075-693
		Telefone (DDD) (31) 987088728

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	<b>COMPREV</b> 16 ABR 2019 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
AGÊNCIA NRO. 3987 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 24560 D/V 6 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome: <b>PROTÓCOLO</b> NRO. <b>AG JOÃO PESSOA</b>

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.

João Pessoa, 16 de Abril de 2019  
Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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: Wilson Soares de Oliveira. CPF da Vítima: 073.904.784-73 Data do Acidente: 04/30/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

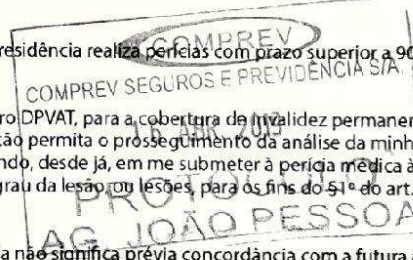
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do 5º 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.



João Pessoa 26 de Abril de 2019.  
Local e Data

Teixeira Samuel Alves  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

