

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180179876

Vitima: JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180179876**.

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 12693333



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12767729

A/C: JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180179876
Vítima: JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS
Data do Acidente: 01/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 0000029339-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

542058084-53

Nome completo da vítima

João Sebastião dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Sebastião dos Santos		CPF titular da conta 542058084-53	Profissão Policia Militar
Endereço Rua Figueira Branca da Silva		Número 51N	Complemento
Bairro Vila Olímpiada	Cidade Olímpiada	Estado Paraná	CEP 53320-000
Email		Telefone (DDD) (83) 99154-0939	

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) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. DV (Informar dígito se existir)		CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. DV (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. DV (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. DV (Informar dígito se existir)	

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 Sebastião dos Santos, 01 de fevereiro de 2018
Local e Data

x João Sebastião dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Crédito - Débito
Crediário



ATENÇÃO: PARA USO ELETRÔNICO

5067 2640 5142 6121

11/18 2108 3 0029339 3 01 11

VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DIA CONTA DIG VIA TFO

JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

SEBASTIAO DOS SANTOS 7

14-ABR-2018 18:54 021689 1/1

20 ABR. 2018



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00129.01.2018.1.06.106

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00129.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:43 horas do dia 31 de janeiro de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Paulo de Oliveira Martins, matrícula 1127683, e lavrado por Karla Virginia Falcão Campos Cavalcanti, Escrivão de Polícia, matrícula 1684698, ao final assinado, compareceu **José Sebastião dos Santos**, identidade funcional nº 12875, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Policial Militar, filho(a) de Maria de Lourdes de Santana dos Santos e Damião Sebastião dos Santos, natural de Juripiranga/PB, nascido(a) em 06/05/1967 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Enerzina Correia da Silva, Nº S/Nº, complemento BAIRRO: NOVA ALHANDRA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Estádio de Futebol, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99328-8739.

Dados do(s) Fatos:

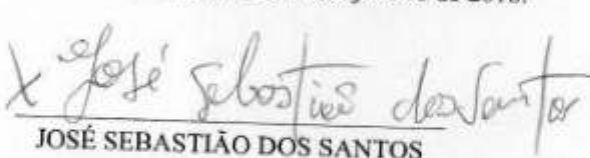
Local: Rua Projetada, nº S/Nº, Próximo Ao Campo de Futebol do São Paulo, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/04/17 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, na tarde do dia 01/04/2017, por volta das 17:00 horas, quando estava pilotando a motocicleta Honda NXR 160 BROS ESDI, de placa OFZ6283- PB, de cor branca, Ano de Fab/Mod: 2015, Chassi nº 9C2KD0810FR426660, registrada em nome de Luiz Felix da Silva, quando estava no Bairro de Salgadinho, próximo ao campo de futebol do São Paulo, quando perdeu o controle da mencionada moto, devido aos buracos existentes na via, momento em que colidiu frontalmente com um veículo de marca/modelo, placa e condutor não identificados, o qual, se evadiu do local; Que, devido ao mencionado acidente automobilístico, o noticiante foi socorrido por uma ambulância do SAMU, sendo levado para o Hospital Trauma, em João Pessoa, onde foi hospitalizado e submetido à intervenções cirúrgicas, conforme laudo médico, (boletim de entrada nº 991.238) e (nº do prontuário 101.235) do mencionado hospital.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


**KARLA VIRGINIA FALCÃO CAMPOS
CAVALCANTI**
Escrivão de Polícia

Alhandra/PB, 31 de janeiro de 2018.

JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS
Noticiante

DOCUMENTO ORIGINAL

20 ABR. 2018

Procedimento Policial: 00129.01.2018.1.06.106

Armando Viana Teixeira
Registrador civil
Rua São Pedro, 51N - Centro
Alhambra - Paraíba
Fone: 256-1178
Teixeira

Oficial privativo do Registro Civil

SEMI-RIGID LITER (PART 7)

14-MAR-2018 10:54 021687 1/1

Ela, nascida em Goiana do Estado de Pernambuco x x x x aos x x
10 de Dezembro de 1 970, profissão Agente de Serviços Complementares
 domiciliada em Alhandra-PB e residente em Alhandra-PB xxxx
 filha de Fernandes Francisco da Silva, falecido _____, nascido
 em x x x x x x x x x, domiciliado em x x x x x x x x x x x x
 e residente x x x x x x x x x x x x e de D.^{ona} Severina Maria da
Silva x x x x x x x x, nascida em x x x x x x x x x x x x
 domiciliada em x x x x x x x e residente em x x x x x x x x x x

O referido é verdade e dou fé.

Alhandra-PB 21 de Dezembro de 1999

20 ABR. 2018

OFFICIAL

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

João Sebastião dos Santos

CPF da Vítima

54.205.8084-53

Data do Acidente

02/04/2018

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 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.

DOCUMENTO ORIGINAL

Sape, 03 de fevereiro de 2018
Local e Data

João Sebastião dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS
DADOS DE NASCIMENTO 05/05/67
NOME DA MÃE MARIA DE LOURDES SANTANA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 991.238
Nº PRONTUÁRIO 101.235
DATA DO ATENDIMENTO 01/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 21:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA DO ACETÁBULO E
CID 10 S00.9 + S32.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de automóvel (colisão carro x carro), trazido pelo SAMU, apresentando escoriações em Joelho E referindo dor à palpção em hipocôndrio D, dor torácica, além de dor em coxa. Ena rotação externa. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da coluna cervical
RX do tórax - AP
RX do quadril - AP, Alar e Obturatoriz
RX da coxa E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura do acetábulo E ao RX. Sem alteração no TC's USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Esdras Furtado e Dr. Nivaldo Linhares. Tratamento conservador do TCE pela Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 31/04/17
DATA DA EMISSÃO: 05/12/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO (CRM: 2516)

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovar o atendimento hospitalar para: OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

20 ABR. 2018

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000029339-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0405201805000000000023702108000000029339168750 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, fora substantiva do santes

RG nº 1194256, data de expedição / / , Órgão

CPF nº 542058084-53, 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)	Rua Euzébio Freire da Silva
Número	514
Apto / Complemento	
Bairro	Roma Alhambra
Cidade	Alhambra
Estado	Paraná
CEP	58320-000
Telefone de Contato	(33) 99157-0439 / (33) 99190-9986
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sapo, 01 de janeiro de 2018.

Assinatura do Declarante: Yosi Sebastião dos Santos

SEISMOLOGICAL LITERATURE

14-00000-2018 18:55 021705 1/1

20 ABR. 2018

NADEJA FRANCISCO DOS SANTOS
RUA ENEZINA CORREIA DA SILVA, S/N - NOVA ALHAMBRA
ALHAMBRA/PB CEP: 5820000 (AQ: 18)
Emissão: 25/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/20, Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
Roteiro: 16-20-332-2020 Nº medidor: 00008422992



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cota Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 09.295.189/0001-40 Ins. Est. 16.015.023-6

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.263.487
Cód. para Dth Automático: 0001546327-6

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	25/01/2018	26/02/2018	75924960463 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1546327-6

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook.com.br/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar de gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/12/17	9599	25/01/18	8752		154	29

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa/	Valor Base	Outr. Adic.	Alim. (R\$)	Base Calc.	Reg. (R\$)	Consumo (R\$)
			Taxa (R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0601	Consumo em kWh	154,000	0,78650	119,35	27	30,86	119,35	1,17	6,40
0601	Adic. B. Vermeja	0,00	0,00	27	0,26	0,00	0,00	0,01	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JURO DE MOROS 11/2017	1,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 11/2017	2,65	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC 11/2017	-0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017	1,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL				119,35	114,26	30,86	114,26	1,18	6,44

CC: Código de Classificação do item

Media últimos meses (kWh): 170

VENCIMENTO
01/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 119,03

Histórico de Consumo (kWh)

169	177	176	178	187	170	202	197	181	173	118	132
Dez/17	Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17

RESERVADO AO FISCO

ba54.b881.0be3.97ca.57c4.19f6.5d0f.b23b.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	9,27	4,29	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	12,54		CONTRATADA	220
DIC ANUAL	25,05	2,50	LAJE INFERIOR	227
PIC MENSAL	3,87		LAJE SUPERIOR	231
PIC TRIMESTRAL	7,35			
PIC ANUAL	14,70			
DMC	3,71	4,07		
DICR	12,22			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefício de Del. da Energia PB	29,40	24,62
Compra de Energia	34,78	29,12
Serviço de Transmissão	4,51	3,78
Encargos Setoriais	9,14	7,62
Impostos, Contrib. e Encargos	43,57	36,66
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	119,39	100,00

Valor em R\$ (Ref. 11/2017) R\$ 49,51

ATENÇÃO

- RÁPIDO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 09/02/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a responsabilidade do cliente suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se contas pagas não estiverem na unidade consumidora para comprovação. Caso a fatura efetuada o pagamento de(s) fatura(s) acima, desconsidere-se esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Faturas em atraso

Dez/17 133,84

PARAIBA
Roteiro: 16-20-332-2020
Matrícula: 1546327-2018-014

VENCIMENTO
01/02/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 119,03

83670000001-8 19030054000-1 15463272018-6 01400020019-7



20 ABR. 2018

581800004 LITEC 0047 7

14-MAR-2018 18:54 021691 1/1



26 52:30 hrs



00509679



CTO RECIFE PE PL6
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

DATA DE VENCIMENTO: 25/02/18 - DATA DE POSTAGEM: 15/02/18



7216210573122770000008883630150218

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - claro.com.br
Visite o site: minhaclaro.com.br
para consultar o detalhamento da sua fatura.
Se preferir receber mensalmente a sua fatura
detalhada solicite através do 1052.
Atendimento ao deficiente auditivo e
da fala - Ligue 0800 036 2323

Número do seu Claro
83 99181 6739

Período de Uso
de 07/01/2018 a 06/02/2018

Vencimento
25/02/2018

Total a Pagar
R\$ 79,99

Valor pago na última conta: R\$ 71,79

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais	R\$	89,99
Oferta Coniunta Claro MIX		
Aplicativos Digitais		
Assinatura Controle (137)	R\$	-10,00
Descontos	R\$	79,99
Total do Mês		

Total a Pagar

R\$ 79,99

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Mensagens Importantes

A oferta coniuja Claro MIX é composta pelo seu plano contratado e aplicativos digitais providos por terceiros.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.



20 ABR. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECABWEB/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 Joane Ellen de Melo Feliciano inscrito (a) no CPF 036.219.034 / 88,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Sebastião dos Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 542.058.084/53, do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima
João Sebastião dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 542.058.084/53, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: X Renda: X e apresento os documentos comprobatórios:

☐ 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		Número	Complemento
<u>Rua Doutor Antônio Polito, 175</u>			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Bom Jardim</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58051-780</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>joanefeliciano@hotmail.com</u>			<u>(83)99181-6739</u>

João Pessoa, 17 de abril de 2018
Local e Data

Joane Ellen de Melo Feliciano
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luiz Felix da Silva
RG nº 9.50.356, data de expedição 08/08/2008
Órgão SSD/PB, portador do CPF nº 6.836.42.969-37, com
domicílio na cidade de Alhandra, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Notadamente Rosa Alhandra, nº SIN,
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 José Sebastião dos Santos cujo o condutor era

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/INXR 160 BROS ES
Ano: 2016
Placa: CF2 62831PB
Chassi: 9 C2 KD0810FR426660
Data do Acidente: 01/04/2018
Local e Data: Socorro, 01 de Março de 2018.

Luiz Felix da Silva
Assinatura do Declarante

José Sebastião dos Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro)

CVB VELTON BRAGA
Notário Público e Registrador

Rua Presidente João Pessoa, 92
Alhandra - PB - Tel: (35) 3256-1090/3256-1091
e-mail: veltonbraga@veltonbraga.com.br
Mestre do Socorro Ferreira Braga - Vitor Hugo F. Braga
Tabela



Reconheço, como autógrafo e autenticado, o(s) documento(s) abaixo:
LUIZ FELIX DA SILVA
Em test. da verdade, Alhandra-PB 31/03/2018
Mário do Socorro Ferreira Braga - Tit.
(2018-0002633EMO-PB Nº 40 FARPENIR 0,47
SELO DIGITAL A6647025-7550
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

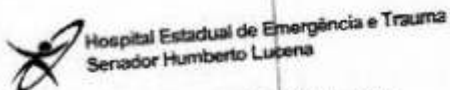
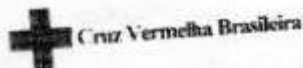
Mário do Socorro F. Braga
Tabela

DOCUMENTO ORIGINAL

20 ABR. 2018

DECLARAÇÃO LUIZ FELIX 7

14-MAR-2018 10:55 021704 1/1



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 991238



Identificação do paciente

ID 1156419	Nome JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS	Estado civil	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 06/05/1967	Idade 49 anos 10 meses 26 dias			Prontuário
Mãe MARIA DE LOURDES SANTANA DOS SANTOS				
Escolaridade				
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1194266			
Local de procedência CAAPORA				
Email	Naturalidade JURUPIRANGA			

Endereço

CEP 58320970	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Lagradouro PRESIDENTE JOÃO PESSOA, S/N
Número S/N	Complemento		Bairro CENTRO

Admissão

Data e Hora 01/04/2017 21:02:59	Número da pulseira 100005977306	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEIL	Origem do paciente RODOVIA
		Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 153 x 94 mmHg	Pulso	Temperatura
---------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Atendido por
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO

Imprimir

20 ABR. 2018

01/04/2017 21:00



Nota de Sala Cirúrgica

BE 991238

HISTÓRI

Nome do Paciente: José Sebastião dos Santos
IDADE: 49 **SEXO:** M **PRONTUÁRIO:** 1345 **ENFERMAGEM:** 1345
CIRURGIÃO: Dr. [illegible] **ANESTESISTA:** Dr. [illegible]
INSTRUMENTADOR: [illegible] **DATA:** 1/1 **TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:** 13:30 **CIRURGIÃO INÍCIO:** 13:30 **FIM:** 19:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN. TORAXICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2.0	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº 3.0	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.0		FIO SEDA Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7.5		FITA CARDÍACA	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8.0		MATERIAL ESPECIAL	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8.5		CATETER DE PIC	
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		CIMENTO CIRÚRGICO	
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		FIO DE KIRSCHNER Nº	
PROPOFOL		SCALP Nº19		FIO DE KIRSCHNER Nº	
RAMFENTANILA		SCALP Nº21		FIO STEINMAN Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO STEINMAN Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		HEMOST. ABSORVÍVEL	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		PROTESE VASCULAR	
ÁGUA DESTILADA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT PAM	
ATROPINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		FIXADOR EXTERNO	
BEXTRA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		EMPRESA	
CEFALOTINA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DEXAMETASONA		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
EFEDRINA		SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLICOSE 50%		TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		EQUIPAMENTOS	
ONDASENTRONA		TUBO SILICONE (LATEX)		ASPIRADOR	
PLASIL				BISTURI ELÉTRICO	
PROSTIGMINE				() CAPNÓGRAFO	
PROTAMINA				CARDIOMONITOR	
TENOXICAN				() DESFIBRILADOR	
OTAPRIMO				() FOCO AUXILIAR	
Hemácias				FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				OXÍMETRO DE PULSO	
				PPA - INVASIVA	
				RECORRIDOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Equipamentos: ASPIRADOR, BISTURI ELÉTRICO, () CAPNÓGRAFO, CARDIOMONITOR, () DESFIBRILADOR, () FOCO AUXILIAR, FOCO CENTRAL, () MICROSCOPIO, OXÍMETRO DE PULSO, PPA - INVASIVA, RECORRIDOR ELÉTRICO, () SERRA, CIRCULANTE

Assinaturas: Daniela Mendes + Ana Celina
Data: 25/04/16 PR
Data: 20 ADR. 2018



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 17/04/2017

FRONTUÁRIO: 991238

IDADE:

FE1792

PACIENTE: JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS

PRESTADOR: DR. NETOLEITE

RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATÓRIO:

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: ESTADO FÍSICO (ASA):

DOSE/HORA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE ACETÁBULO EM DUPLA VIA

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO

CIRURGIÃO: DR. ECORRAI AUXILIARES: DR. NILVAN

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:45 TÉRMINO DA ANESTESIA:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH.: VALORES R\$:

CRM-PB: 2584

ANESTESISTA: NETOLEITE

CONCENTRADO DE HEMACIA - 4.500 ml

CONCENTRADO DE HEMACIA - 787 ml



ANESTESIA: ☒ GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☒ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS:

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

QUANTIDADE	USADO
1	NEOCAINA - 25/03
2	FENTANYL - 1/50
3	CEFAZOLINA - 1g
4	CEFAZOLINA - 1g
5	ROPIVACAÍNA - 0.8%
6	ETIOPIRINA - 0.9%
7	DIMORF - 0.1%
8	
9	
10	

Netoleite Fernandes de Araújo Médico - CRM: 2584

Netoleite Fernandes de Araújo Médico - CRM: 2584

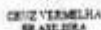
Netoleite Fernandes de Araújo Médico - CRM: 2584



Netoleite Fernandes de Araújo

Obs: Alta para enfermagem às 19:30

David Albuquerque CRM-ST 142.300 20 ABR. 2018



100

991238

NOTE 1

NOME DO PACIENTE JOSE SEBASTIAO						
IDADE BE 99 12 28	QUARTÃO	ENFERMARIA	LEITO			
CIRURGIJA 1044						
CIRURGIAO DA. FERNANDES					Nº 2 VICTOR	
ANESTESIA RAQUI						
ANESTESISTA R.						
INSTRUMENTADOR -						
DATA 02/11/17	TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO 0040	CIRURGIA INICIO	FIM 0050			
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)						
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()						
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALPENTANILA			JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA	01		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA			JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL			KIT SIST DREN TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUCÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº23	01	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº24	01	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOPUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	40	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07		LUVA ESTERIL Nº7,5	04	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08		LUVA ESTERIL Nº8,0	04	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL Nº8,5	04	FITA CARDIACA	
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	10	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	01	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	01	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	18 05	SERINGA 5ML	02	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	18 05	SERINGA 10ML	02	FIO STEINMAN Nº	
Tiopental	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	02	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL Nº8		HEMOST ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	SONDA ASP TRAQUEAL Nº14		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFDRIANA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRA	01	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	01	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPUNJA DE PVPI		FIOS	QTD.	() ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO		FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELÉTRICO
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNOGRAFO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº		() CARDIOMONITOR
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRIDADOR
		JELCO Nº14				() FOCO AUXILIAR
		JELCO Nº16				() FOCO CENTRAL

20 ABR. 2018

FING@ASCR 021-2



22292

PRONTUÁRIO:

João Batista Virgílio
Médico Anestesiologista
CRM-PB 8043 CRM-PA 9051

20 APR. 2018

POLÍCIA MILITAR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

FE PÚBLICA - DECRETO Nº 30.813

IDENTIDADE MILITAR Nº **12875**

GRAU HIERÁRQUICO
3º SARGENTO

NOME
JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS

José Sebastião dos Santos

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

POLÍCIA MILITAR

RG **1194256 SSP-PB** CPF **542058084-53** MATRÍCULA **516025-1**

FILIAÇÃO
DAMIÃO SEBASTIÃO DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES DE SANTANA DOS SANTOS

NATURALIDADE **JURUPIRANGA - PB** DATA NASC. **06/05/1967** SEXO **M** ALTURA **1,65**

DIADOR DE DÍGLOS PIS/PASEP **00** RII **+**

DOADOR **12296534769** O **+**

OBSERVAÇÕES

LOCAL E DATA DE EMISSÃO
João Pessoa, 27 de novembro de 2015

Paulo Sérgio de Jesus
CHIEFE DA DIVISÃO DE CERTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº DE INSC. **542058084-53**

NOME DO CONTRIBUINTE
JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS

VALIDO ATÉ 180 DIAS A CONTAR DA DATA DO CARIMBO DO AGENTE RECEPTOR

NASCIMENTO
06-05-67.

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE
José Sebastião dos Santos

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SESP/PROGRO LIVER PMANT 7

14-MAR-2018 16:54 021688 1/1

20 ABR. 2018

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04844840

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL - PASSA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

04844840

04844840

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PERNAMBURGO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

13030

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

FILIAÇÃO
JOSE FELICIANO DA SILVA
ELIANE DE MELO COSTA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

NO
2588321 - SSP/PB

DATA DE EXERCÍCIO
20/08/1980

CPF
038.219.034-89

DATA DE EXERCÍCIO
23/05/2014

PRÉSIDENTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

ACRE 004180000

DETRAN - PB Nº 013027475044
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 01044039601-1-00/00000000 EXTERIORE

LUIZ FELIX DA SILVA

68364296434

OFZ6283/PB

NOVO PB 9C2KD0810FR426660

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

ALCOOL/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ES

2017 13/02/2017

2P/162 /C

PARTELA

BRANCA

COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC / COTAS

IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO 13/02/2017

A.F. ADM DE CONVENIÇÃO HONDA LTDA

ALHAND

378



Seguradora Líder

13/02/2017

16080

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

PB Nº 013027475044 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LUIZ FELIX DA SILVA

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

68364296434

OFZ6283/PB

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 13/02/2017

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

LUIZ FELIX DA SILVA

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

68364296434

OFZ6283/PB

01044039601

HONDA/NXR160 BROS ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

2015

9

9C2KD0810FR426660

2015 13/02/2017

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

16080-1003394-20170213



SEGURADORA LÍDER DPVAT 7

14-02-2018 14:55 021703 1/1

20 ABR. 2018

SEBENCOB LUBER PMAT 7

14-ABR-2018 18:54 021690 1/1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	950.856 - 2 VIA	DATA DE EMISSÃO	08/08/2008
NOME	LUIZ FELIX DA SILVA		

FILIAÇÃO
MANOEL FELIX DA SILVA
JOANA ANA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE
MARARE DA MATA-PE
CASA N. 10 FLS. 10 LIV. B-1
CARTÓRIO ALHANDRA PB
CPF 683.642.964-34

DATA DE NASCIMENTO
04/06/1963

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 119 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

22-02
P-004
A



Assinatura do Detentor
Luiz Felix da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

20 ABR. 2018

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OFZ6283

2017

LUIZ FELIX DA S

Imprimir Consulta

OFZ6283

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: LUIZ FELIX DA S

Placa: OFZ6283

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS
ESDD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2015

Ano Modelo: 2015

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: BRANCA

Vencimento Licenciamento: 30/05/2018

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: ALHANDRA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 31/01/2018

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS
ESDD

2015 2015

PARTICULAR BRANCA

30/05/2018

ALIENACAO FIDUCIARIA

ALHANDRA

31/01/2018

SERVIDOR LINES P/ART 7

14-MAR-2018 16:54 021692 1/1

20 ABR. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180179876 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEBASTIAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/04/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUIU COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / QUADRIL ESQUERDO: 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: João Silvestre dos Santos, brasileiro(a),
estado civil casado, profissão policial militar, CI RG nº
1194256 SP/IB CPF/ME nº 542.058.084-53 residente e domiciliado(a)
à Rua Emergência Barreira do Silva, SN, Vila Mendonça Cidade de
Alexandria, Estado Paraíba, CEP:
58320000, telefone (83) 99181-6739.

OUTORGADO: Francisco Elton de Melo Feliciano
CNPJ/CPF 036.219.034-88
sob o n.º _____, com endereço profissional à
Doutor Antônio Pol: lot, 175, Bonfim, na cidade de
Paulista, Estado do Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Renondia PB, 17 de abril de 2018

João Sebastião dos Santos
OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

20 ABR. 2018