

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180405989

Vitima: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

Data do Acidente: 06/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180405989**.

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 13334991



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180405989
Vitima: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA
Data do Acidente: 06/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180405989**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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



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 053-831.394-35	Nome completo da vítima JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA		CPF titular da conta 053-831-394-35	Profissão
Endereço RUA PROJETADA		Número 510	Complemento
Bairro JOSE MARIZ	Cidade PAULISTA	Estado PARAIBA	CEP 58860-000
Email			Telefone (DDD) 83 9 9974-6322

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 NRQ. 0932	D/V B	CONTA NRQ. 38154-5	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome		NRQ.	
AGÊNCIA NRQ.		D/V	CONTA NRQ.
(Informar dígito se existir)			(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.

POMBAL - PB, 30 de AGOSTO de 2018
Local e Data

João Paulo Lucio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



31 AGO. 2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 655/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **06/06/2018** – Horário: **11h 00min**

Local do ocorrido: **BR 427, sentido Pombal/Paulista, Pombal/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **01/08/2018 – 08h 35min**

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

COMUNICANTE: JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA, alcunha //; **Filiação:** José Lourival da Silva e de Francisca Ferreira da Silva; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 05/06/1987; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, sn, Centro, Paulista - PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** 83-9-9688-3523; **Portador da CI/RG nº:** 3.030.676 – SSP/PB.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados conduzia o veículo HONDA CG 150 TITAN EX, placa QFR 5960/PB, NIV 9C2KC1660FR025507, cor VERMELHA, ano 2014/2015, licenciado (a) em nome de FRANCISCA FERREIRA DA SILVA, quando caiu ao chão devido a uma colisão com uma vaca; Que fora socorrido(a) por/pelo populares e levado (a) para o hospital local; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fratura na clavícula esquerda e escoriações; Que apresenta como testemunha deste fato: Valdeido Macedo da Silva, residente no(a) Rua Projetada, sn, Centro, Paulista/PB, 998082813 e Francisca Ferreira da Silva, residente no(a) Rua Projetada, sn, Paulista/PB - 9688-3523; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 01 de agosto de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Clenaldo Queiroz de Medeiros

GOVERNO DA PARAÍBA
1ª DELEGACIA DISTRITAL
DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
1ª E 2ª DD

COMUNICANTE: João Paulo Lucio da Silva

Heromar P. Trigueiro

Escrivão de Polícia

Mat. 156.597-4

Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156570-4

DOCUMENTO ORIGINAL

31 AGO. 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

JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA

CPF da Vítima

053.833.394-35

Data do Acidente

06.06.2018

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 §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.

POMBAL - PB, 30 de AGLOSTO de 2018

Local e Data

JOÃO Paulo Lucio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE: NOME: João Paulo Lucio da Silva

COR: marrom DATA DE NASCIMENTO: 5/6/87 IDADE: 31 SEXO: M

NOME DA MÃE: Francisca F. da Silva PROFISSÃO: Agricultor

CARTÃO DO SUS: 206 4844 7013 0038 RG/CNH: _____

MUNICÍPIO: Paulista ENDEREÇO: Rua Projetada Centro: S/N

ESTADO: PB CEP: 58860000 CODIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 6/6/2018

SINAIS VITAIS: PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

T: _____ PESO: _____ GESTANTE: () SIM () NÃO SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: Doença crônica

de cel. por via pos. de

por motor elétrico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° 1000mg 75mg 100mg 100mg

2° _____

3° _____

4° _____

5° _____

6° _____

7° _____

8° _____

9° _____

10° _____

11° _____

12° _____

13° _____

14° _____

15° _____

16° _____

17° _____

18° _____

19° _____

20° _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000038154-5

Nr. da Autenticação 7C246257A8C9F126

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA

RG nº 3.030.676, data de expedição 26/01/15, Órgão SSD3/PB,

CPF nº 053.831.394-35, 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 PROJETADA
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	JOSÉ MARIZ
Cidade	PAULISTA
Estado	PARAIBA
CEP	58860-000
Telefone de Contato	(83) 99974-6322 (83) 981488766
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POIMBAL, PB, 30.08.2018

Assinatura do Declarante: JOÃO Paulo Lucio da Silva

31 AGO. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Emissão 14/09/2012 Referência Val/2012
 Classe/Subclasse RESCENCIAL/RESCENCIAL MONOPHASE
 Roteiro 8-242-710-7790 Nº medidor 00000771591



ENERGISA PARAGUAY, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Km 25 - Carretera Redentor - Jose Fajardo (FE) - CEP 5007140
CNPJ 03.096.110/0001-40 - Insc. Est. 16.016.000

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: F900 403 225
Cód. para Des. Automática: 0001451000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	14/05/2018	13/06/2018	4992622470

UC (Unidade Consumidora): 5/1456253-2

Canal de contato

Beleza, o aplicativo Energia ON em qualquer smartphone ou tablet, você tem acesso à segurança via do cartão, mudança de seu Mídade informações sobre fatura de energia e possíveis outros. Sem-que Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite agora.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/01/2012	4700	10/01/2012	4700	1	63	63

Demonstrativo

Item	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
		Trabalhista	Empregador	Terceiros	Empregador	Terceiros	Empregador	Terceiros
0001	Consumo de energia elétrica	63.000	0,00	14,34	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	Aluguel de imóveis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LAVAGEM DE CARRO								
0003	LAVAGEM DE CARRO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0011	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0012	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0013	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0014	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0015	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0016	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0017	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0018	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0019	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0020	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0021	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0022	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0023	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0024	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0025	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0026	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0027	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0028	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0029	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0030	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0031	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0032	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0033	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0034	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0035	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0036	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0037	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0038	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0039	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0040	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0041	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0042	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0043	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0044	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0045	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0046	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0047	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0048	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0049	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0050	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0051	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0052	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0053	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0054	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0055	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0056	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0057	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0058	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0059	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0060	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0061	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0062	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0063	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0064	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0065	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0066	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0067	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0068	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0069	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0070	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0071	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0072	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0073	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0074	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0075	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0076	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0077	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0078	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0079	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0080	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0081	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0082	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0083	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0084	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0085	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0086	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0087	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0088	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0089	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0090	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0091	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0092	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0093	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0094	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0095	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0096	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0097	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0098	Aluguel de equipamentos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0099	Aluguel de máquinas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0100	Aluguel de veículos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CD - Custo de Distribuição do Item	TOTAL	56,48	51,90	14,47	47,90	0,36	1,04
------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Medida últimos meses (kWh) *10	VENCIMENTO 21/05/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 59,46
--	---	---

Histórico do Consumo (kWh)

b938 b455 3ac0 fa6b 2736 2e5b da33 b9c6

[illegible]

Diferencial	Valor (R\$)	%
Preço de Custo da Energia Elétrica	15.24	36.14
Preço de Custo da Água	1.00	2.29
Preço de Custo do Gás	0.00	0.00
Preço de Custo do Saneamento	2.17	4.97
Preço de Custo do Aluguel	1.11	2.54
Preço de Custo do Seguro	0.00	0.00
Preço de Custo do Imposto	0.00	0.00
Total	41.42	100.00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

31 AGO. 2018

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

JUN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY
RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO -
PETROPOLIS POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Pública	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y17E64254	23/01/2018	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
31	42	11	32	08/07/2018
HIST. CONSUMO / ANOR. LEIT. / QMLID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
MAR/2018	9	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
ABR/2018	10	0	TURBIDEZ	0 0 0
MAR/2018	7	0	CLORO	0 0 0
FEV/2018	4	0	COL. TERMOT	0 0 0
JAN/2018	10	0	COR	0 0 0
DEZ/2017	10	0	COL. TOTAIS	0 0 0
MEDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: ABR/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 11/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:08:52

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE

ACIMA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3

10 M3

67,65

1 M3

11,72

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 7,34 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

23/06/2018

Total a Pagar:

R\$ 79,37



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	JUN/2018	23/06/2018	R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

31 AGO. 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134/08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.831.394/35 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.831.394/35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ 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
RUA BEL. PED. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PETRÓPOLIS	ROMBAL	PARAIBA	58840-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
JACQUES-ADU@BEL.COM.BR	(83) 93974-6322		(83) 98148-8766

ROMBAL - PA, 30 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Jacques Ramos Wanderley
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **FRANCISCA FERREIRA DA SILVA**, RG nº 3030677, data de expedição 18/06/2002, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 029.850.754-40, com domicílio na cidade de Paulista, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Projetada, nº s/n, Jose Mariz, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA**, cujo o condutor era **JOÃO PAULO LUCIO DA SILVA**.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX

Ano: 2014

Cor: VERMELHA

Placa: QFR 5960/PB

Chassi: 9C2KC1660FR025507

Data do Acidente: 06/06/2018

Local e Data: POMBAL-PB, 13 / 06 / 2018


Francisca Ferreira da Silva

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

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

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

NGI: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA.
Em testemunho da verdade. Do: FÉ. POMBAL-Paraíba, treze de Junho de dois mil e dezoito.
SW1025A Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AHB73340-P24K
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
ENQUILUM. R\$: 11,38 FAPEN/R\$: 0,28 FEPJ R\$: 0,00
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

31 AGO. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

DOCUMENTO ORIGINAL

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA:

LEITO:

PACIENTE:

NOME:

COR:

NOME DA MÃE:

CARTÃO DO SUS:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

SINAIS VITAIS:

PA:

T:

QUEIXAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ALÉRGICO: () SIM () NÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente com fratura
de fêmur por acidente
com motor elétrico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS:

RESULTADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1°
2°
3°
4°
5°
6°
7°
8°
9°
10°
11°
12°
13°
14°
15°
16°
17°
18°
19°
20°

Paulo Neide Melo Freire
CRM 5374
RGO 00000435552457

31 AGO. 2018



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ 2 - APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
1030.110.610.016	212	211	215	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Francisca Ferreira da Silva

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

João Paulo Silva da Silva
portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das 16 horas,

sendo portador da infecção CID-10 S42.0.
Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 90
(NOVENTA) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 06 de Junho de 20 18



Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

31 AGO. 2018



Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Denis Roche
CRM 7054 UF PB N°
Endereço:
Cidade: Pombal

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente



CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: João Paulo Lima da Silva

Endereço: Rua Hospitalar, s/n. Pombal

Prescrição: Rx vs anal

(1) Piprafenona 50mg - 01 c
Tab 01 q. 12h.

(2) Piprafenona 50mg - 01 c
Tab 01 q. 12h.

Data: 06/06/2013

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.: _____ Org. Emissor:
End.:
Cidade: _____ UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /

31 AGO. 2013

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180405989
Vítima: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA
Data do Acidente: 06/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180405989, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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





Dr. Túlio Alberto de Oliveira Souza

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PB: 9251

LAUDO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de perícia médica que o paciente Sr. **JOÃO PAULO LÚCIO DA SILVA**, RG 3030676 SSP/PB, é portador de sequela de fratura clavícula esquerda, devido a acidente de trânsito (colisão moto-animal) em 06/06/2018. Ao exame: Membro superior esquerdo: diminuição de força e atrofia muscular; limitação de amplitude de movimento de ombro esquerdo, presença de tumefação em região supraclavicular (calo ósseo) à esquerda. Traz radiografias: fratura alinhada com formação de calo ósseo. Relata que não conseguiu realizar fisioterapia.

Paciente de alta da ortopedia, com rigidez articular importante, com limitação grave de mobilidade de ombro impedindo o paciente para atividades diárias.

CID 10: S 42.0 / M 25.6

Pombal em 14 de setembro de 2018.

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia - CRM 9251
CNS: 20663.762240007

MÉDICO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235




João Paulo Lucio da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.030.676 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/01/2015

NOME JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSE LOURIVAL DA SILVA
FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

NATURALIDADE POMBAI-PB

DATA DE NASCIMENTO 05/06/1987

DOC. CIVIL CERT. NASC. Nº 272 - LV A-6 - FLS. 174 - CARTORIO PAULISTA-PB

CPF 053.631.394-35

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

31 AGO. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA-CIENTÍFICA
EXPERIMENTAL DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-239



Jaques Ramos Wanderley

REGISTRO NACIONAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE



31 AGO. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

RELACÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY
NILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DOC ORIGEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-26
CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

LEI Nº 7.116 DE 2005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814135872
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0182200001859 EXERCÍCIO 2018
0103325049-7 00/00000000 2018

NOME FRANCISCA FERREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ 02985075440 PLACA QFR5960/PB

PLACA ANTALF NOVO PB CHASSI 9C2KC1660FR025507

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP/PO/CL 2 P/149 /CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

PARCELAMENTO/COTAS 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 ID (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 27/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE GERAL DE 0

PAULISTA-PB LOCAL DATA 04/04/2018
19399 31054

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 013814135872 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 04/04/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 02985075440 PLACA QFR5960/PB

RENAVAM 01033250497 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB 2014 CAT. BIF 9 Nº CHASSI 9C2KC1660FR025507

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 0,00 DENATRAM (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 ID (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 0,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

31054-0959342-20180404

2102-230

31 AGO. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180405989 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA **Data do acidente:** 06/06/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180405989 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA **Data do acidente:** 06/06/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL INTENSO DE OMBRO ESQUERDO

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 dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM RG: 3.030.676-2º SSDS/PB E CPF: 053.831.394-35, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PROJETADA, S/N, JOSE MARIZ, PAULISTA - PB.

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT INVALIDEZ E DAMS, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT INVALIDEZ E DAMS para a vítima JOAO PAULO LUCIO DA SILVA.

POMBAL - PB, 13 / 06 / 2018.

João Paulo Lucio da Silva

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Nel: JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de JOAO PAULO LUCIO DA SILVA.
Em testemunho de verdade. Des.
Em POMBAL-Paraíba, treze de junho de dois mil e dezoito.
S10125A
Selo Digital de Realização Tipo Normal B-AHB73339-UBXC
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11,38 FAREN R\$ 0,28 FEPJ R\$ 0,00
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS/
NOTAS E PROTESTO POMBAL-PE
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

DOCUMENTO ORIGINAL

31 AGO. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320947/18

Número do Sinistro: 3180405989

Vítima: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

CPF: 053.831.394-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2018

Titular do CPF: JOAO PAULO LUCIO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

JAQUES RAMOS WANDERLEY

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL