

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ENILDO VITORINO NEPOMUCENO**

Nº Sinistro: **3180260330**

Vitima: **ENILDO VITORINO NEPOMUCENO**

Data do Acidente: **26/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180260330**.

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 12942088



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 13000140

A/C: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

Nº Sinistro: 3180260330  
Vítima: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO  
Data do Acidente: 26/02/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

Valor: R\$ 2.700,00

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000030273-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.700,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	2.700,00
---	-----	----------

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](http://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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

645.505.684-42

Nome completo da vítima

Emilda Litorino Depomuceno

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

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Emilda Litorino Depomuceno		645.505.684-42		Militar	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Cabo An Jonildo Inacimelo		510		032.230	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Mangabeira	João Pessoa	Pernambuco	58059-230	(83) 99100-5607	
Email					
ulbx.opuat@gmail.com					

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 ☐ 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. 3487

D/V

CONTA

NRO. 013.30273

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

João Pessoa 29 de maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01021.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01021.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 28 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Enildo Vitorino Nepomuceno**, CPF nº 675.505.684-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Maria Elza Soares Vitorino Nepomuceno e Edson Vitorino Nepomuceno, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 05/11/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cabo-polícia Militar Jonildo Marinho Ferreira, Nº 420, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mercadinho Assis, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98636-7119.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Av Josefa Taveira, Esquina Chapéu de Couro, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/02/18 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante no dia 26/02/2018, por volta das 12:10 horas, quando transitava na AV. Josefa Taveira em Mangabeira I, nesta Capital PB: QUE, segundo o notificante conduzia o veículo: tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG125 FAN KS de cor preta, placa: NQ1 3914/PB, Chassi nº 9C2JC4110BR758891, registrado em nome de Delcia Rocha Santana Vitorino, CPF nº 054.217.184-84: QUE segundo o notificante vinha transitando na rua acima citado, normalmente, quando um veículo gol, que era conduzida por um homem, não sabendo identificar o mesmo entrou de vez na Josefa Taveira e colidiu com o veículo do notificante: QUE segundo o notificante na ocasião vinha de carona a pessoa de Delcia Rocha Santana Vitorino que graças a deus nada sofreu, mas que o condutor veio a cair e se lesionar conforme CERTIDÃO Nº 0682/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 09.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 28 de maio de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
ENILDO VITORINO NEPOMUCENO  
Notificante





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01021.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01021.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:44 horas do dia 28 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Enildo Vitorino Nepomuceno**, CPF nº 675.505.684-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Maria Elza Soares Vitorino Nepomuceno e Edson Vitorino Nepomuceno, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 05/11/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cabo-polícia Militar Jonildo Marinho Ferreira, Nº 420, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mercadinho Assis, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98636-7119.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Av Josefa Taveira, Esquina Chapéu de Couro, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/02/18 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante no dia 26/02/2018, por volta das 12:10 horas, quando transitava na AV. Josefa Taveira em Mangabeira I, nesta Capital PB: QUE, segundo o notificante conduzia o veículo: tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG125 FAN KS de cor preta, placa: NQ1 3914/PB, Chassi nº 9C2JC4110BR758891, registrado em nome de Delcia Rocha Santana Vitorino, CPF nº 054.217.184-84: QUE segundo o notificante vinha transitando na rua acima citado, normalmente, quando um veículo gol, que era conduzida por um homem, não sabendo identificar o mesmo entrou de vez na Josefa Taveira e colidiu com o veículo do notificante: QUE segundo o notificante na ocasião vinha de carona a pessoa de Delcia Rocha Santana Vitorino que graças a Deus nada sofreu, mas que o condutor veio a cair e se lesionar conforme CERTIDÃO Nº 0682/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 09.05.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 28 de maio de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
ENILDO VITORINO NEPOMUCENO  
Notificante

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").

e Completo da Vítima

Emílio Vitorino Nepomuceno

CPF da Vítima

675.505.684-72

Data do Acidente

06/02/2018

**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.

João Pessoa, 29 de maio de 2018  
Local e Data

Emílio Vitorino Nepomuceno

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 106189

Atd: Nao Regu

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 26/02/2018

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 12:44:49

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 7

Nome: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

Num. Prontuario: 2017.03.000637

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1625978 Fone: 8386367119

Natural: CABEDELO/PB Data Nasc.: 05/11/1968 Id: 49 ano(s)

End.: RUA PASTOR JOSE ALVES DE OLIVEIRA, 553

Bairro: CENTRO Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: MARIA ELZA SOARES VITORINO NEPOMUCENO

Pai: EDSON VITORINO NEPOMUCENO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MILITAR

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SUPERIOR COMPLETO

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM MANGABEIRA

Vitima de violência por: EX AO CHAPEU DE COURO CONDUTOR MOTO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[X] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vômito

Queixa Principal

Observacao

TRIA NO PE DEVIDO QUEDA DE MOTO NEGA VÔMITO E  
DESMIAO

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com histórico de ac. de -  
com quadro de dor e febre no abd. -  
RX com evidência de fraturas do fêmur do  
Diagnostico I: 2 35 PDD.

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

# 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: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000030273-1

---

Nr. da Autenticação 494ADF02ED7C5A6E



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 006.127.903



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 236, Km 28 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.095.182 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.323-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS NEVES MARINHO DIAS  
RUA CABO PM JONILDO MARINHO S/N Q 32 L 30  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/719247-9

## REFERÊNCIA

MAI/2018

## APRESENTAÇÃO

09/05/2018

## CONSUMO

254

## VENCIMENTO

16/05/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 189,96

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



MARIA DAS NEVES MARINHO DIAS

Roteiro: 03-005-332-0975

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/05/2018

## VENCIMENTO

16/05/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 189,96

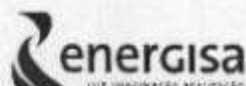
## MATRÍCULA

719247-2018-05-8

(83) 998100-5607

(83) 998111-5088

# 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 Nº 005.823.420

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 29 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 09.085.183 / 0801-40 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO LEONADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

### REFERENCIA

ABR/2018

### APRESENTAÇÃO

25/04/2018

### CONSUMO

179

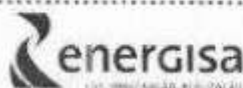
### VENCIMENTO

03/05/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 134,32

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



04/000114 AB

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83610000001-4 34320149000-4 10823142018-4 04600006019-7

### VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA

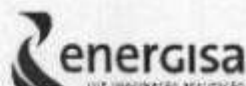
03/05/2018

R\$ 134,32

1082314-2018-04-6



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 29 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 08.085.183 / 0801-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 005.823.420

## DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO LEONADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

### REFERENCIA

ABR/2018

### APRESENTAÇÃO

25/04/2018

### CONSUMO

179

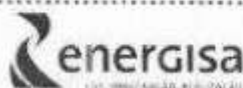
### VENCIMENTO

03/05/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 134,32

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



04/000114 AB

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 15-006-213-1150

83610000001-4 34320149000-4 10823142018-4 04600006019-7

### VENCIMENTO

03/05/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 134,32

### MATRÍCULA

1082314-2018-04-6





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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Daniela de Araújo Nobre Leite inscrito (a) no CPF 021.762.169, 31 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Enilda Witorino Nepomuceno inscrito (a) no CPF sob o Nº 645.505.684, 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Enilda Witorino Nepomuceno, inscrito (a) no CPF sob o Nº 645.505.684, 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ 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 <u>Rua Francisco Teófilo Ribeiro Coutinho</u>		Número <u>701</u>	Complemento <u>51208</u>
Bairro <u>Burra</u>	Cidade <u>Joaquim Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58036-950</u>
Email <u>luder.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99100-5607</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99811-5088</u>

Joaquim Pessoa 19 de maio de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Deleia Rocha Santana Vitorino

RG nº 2.865.722, data de expedição 30/03/2015

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 054217184.84, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R.C.B.P.M. Jonildo Marinho, nº 420

complemento Mang. VII, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jonildo 3º Nepomuceno, cujo o condutor era

o mesmo (Jonildo 3º Nepomuceno)

Veículo: Moto

Modelo: Honda 100 125 KS

Ano: 2011

Placa: NAI 3954

Chassi: 9C21C4110BR758891

Data do Acidente: 26/02/2018

Local e Data: Av. Josefa Taveiras Mangabeira  
(26.02.2018)

x Deleia Rocha S. Vitorino  
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA ANGELO KUNTZKE, 100 - EDIFÍCIO SISEL - CEP 50075-400 - JOÃO PESSOA - PB - TEL: (33) 3213-4071

Reconheço Por Autenticidade a firma de DELCIA ROCHA SANTANA VITORINO, [110418], J. Pessoa-PB, 28/05/2018  
11:21:12 Emol: R\$9,48 Farpens: R\$0,28 Fepis: R\$1,90, 25:50,97. Em test de verdade, Tabela CELEIDA 07/2017

CELEIDA SILVA - Tabelião Público - Tabelia CELEIDA 07/2017  
https://selodistal.1508.org.br





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Erildo Vilomino</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	RNF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>26/02/18</u>		DATA DE ALTA <u>28/02/18</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Ex. Infecção da Base do 2º e 3º MTT ①</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Realizado limpeza mecânica cirúrgica + Sutura do ferimento</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	
				<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO
					<input type="checkbox"/> ÓBITO

### RESUMO CLÍNICO

HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES

História de paciente com fratura de fêmur seu lb ①. Examinado com traqueia, dgo com 1º do 2º e 3º MTT ①

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

#### DIETA:

#### REPOUSO:

Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

#### MEDICAÇÕES PARA CASA:

Cefalexina 750mg + Analgésico

#### RETORNO

Ao posto de saúde em  
Ao Ambulatório do

Dr. Tiburcio

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

07 dias

28/02/18

DATA

Dr. Aurélio de Sa Pina  
CRM: 274488  
ASS. MÉDICO/CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



09

## CERTIDÃO

Nº. 0682/2018

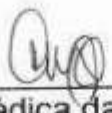
Atendendo solicitação de **ENILDO VITORINO NEPOMUCENO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106189 e Prontuário de Nº 2017.03.000637 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 26/02/2018 às 12h44min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em dedos do pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de base de 2º e 3º pododáctilo do pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/02/2018 com alta médica dia 28/02/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de maio de 2018

Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica de Vigilância à Saúde  
CRM-PB - 3533

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 106189 Atd: Nao Regular  
Data: 26/02/2018  
Hora: 12:44:49  
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1625978 Fone: 8386367119

Natural: CABEDELO/PB Data Nasc.: 05/11/1968 Id: 49 ano(s)

End.: RUA PASTOR JOSE ALVES DE OLIVEIRA, 553

Bairro: CENTRO Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: MARIA ELZA SOARES VITORINO NEPOMUCENO

Pai: EDSON VITORINO NEPOMUCENO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MILITAR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pedencia: RESIDENCIA

Num. de vezes atendido: 7

Num. Prontuario: 2017.03.000637

Estado Civil: CASADO(A)

Escolaridade: SUPERIOR COMPLETO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM MANGABEIRA

Vitima de violência por: PX AO CHAPEU DE COURO CONDUTOR MOTO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TR - IA NO PE DEVIDO QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E  
DESMALHO

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com limitações de ac. de - st,  
com quadro de dor e frêmitos no abd.  
Rx com evidências de fraturas da bacia de  
Diagnostico Dº 2 3º PDD.

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Fábio M. M. M.  
Cirurgião - Traumatologista  
CRM 12.126

26 FEB 2018



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 26/02/13

Nome: Guilherme Vitalino Nepomuceno  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: 49 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: Doença por queda de moto.

HDA: Paciente relatou a história de queda de moto apontando  
ferimento no pé D + dor e limit. de movimento de  
P.D.

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 \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ 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-reposou ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] 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:

Rx. cervic. fratura de base de 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> CDD.

Hipóteses Diagnósticas:

Fr. exposta de base de 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> CDD.

Conduta:

do bloco para Hto cirurgia de Fr. exposta.

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> <i>Euclides Vitorino Nepomuceno</i>				<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b> <i>49a</i>	<b>Sexo:</b> <i>mas</i>	<b>Cor:</b>	<b>Clínica:</b>	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b> <i>26/02/18</i>	<b>Cirurgião:</b> <i>Dr. Hércio</i>			<b>1º Assistente:</b> <i>Flávio R L</i>	
<b>2º Assistente:</b>		<b>3º Assistente:</b>		<b>Instrumentador:</b>	
<b>Anestesista:</b> <i>Dr.</i>		<b>Tipo Anestesia:</b> <i>Raqui</i>		<b>Horário:</b> <b>I:</b>	<b>T:</b>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Trat. exposto de Base de 2º e 3º PDD</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Amarelo</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Limpesa neurológica Cirúrgica</i>					
<i>+ Sutura</i>					
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b>		1 ( ) Sim 2 (x) Não		<b>Descreva:</b>	
<b>Biópsia de Congelação:</b>		1 ( ) Sim 2 (x) Não			
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b>					
1 (x) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH vel anestesia
- ② Ampia + antineupria
- ③ Apoiar de campo estéril

### Incisão:

Achados: ④ Fratura da base de 2º e 3º metatarsos D

### Conduta:

- ⑤ Lavagem minuciosa cirúrgica exaustiva de fratura exposta de 2º e 3º metatarsos D com sol. fisiol. 0,9%
- ⑥ Sutura de fundo operatória.
- ⑦ fixativo cilíndrico com gaze esteril
- ⑧ Fio

### Fechamento:

OBS: Paciente permanece internado para antibioticoterapia por 48hs.

Data:

26.02.13

Dr. Tago Bruno F. Pinheiro  
Médico  
CRM 15333-PB

MÉDICO/CRM



100-1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CULTURAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Edson Vitorino Nepomuceno




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.625.978 - 2ª VIA

NOME ENILDO VITORINO NEPOMUCENO

DATA DE EMISSÃO 04/05/2016

FILIAÇÃO EDSON VITORINO NEPOMUCENO

MARIA ELZA SOARES VITORINO NEPOMUCENO

NATURALIDADE CABEDELO-PB

DOC. ORIGEM 05/11/1968

CERT. CAS. Nº 574 - LV B25 - FLS. 227 - CARTÓRIO CABEDELO-PB

CPF 675.505.684-72

DATA DE NASCIMENTO 05/11/1968

04

Carteira de Identidade de 25/08/83

CAIXA

POUPANÇA

6277 8016 9675 0235

VALIDADEZ 10/24

ENILDO V NEPOMUCENO

3487 013 00030273-1

elo

VALIDO EM TODO O BRASIL



Protocolo : 201100001897810 Exercício: 2011 Mot.: 1 Dat/Cadas.: 30/06/2011  
 Nome : DELCIA ROCHA SANTANA VITORINO Dat/Atual.: 30/06/2011  
 Identidade : 2865722 PB CPF/CNPJ: 05421718484 Dat/Aquis.: 21/06/2011  
 Munic. Resid: CABEDELO Endereco.: \*\*\*

Placa: NQI3914 4 Chassi: 9C2JC4110BR758891 Renavam: 333845978  
 Marc/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Obs: NAO Tipo: MOTOCICLETA  
 Categoria: PARTICULAR Espécie: PASSAGEIRO Carroceria: NENHUMA  
 Combustivel: GASOLINA Ano: 2011 Modelo: 2011 Cor: PRETA Potencia:  
 Cilindradas: 124 Pass: 2 Carga: Eixos: 00 CMT: PBT: 000 29  
 Procedencia: NACIONAL No. Motor: JC41E1B758891 Faixa de Seguro: 09  
 Propr. Ant.: MOTOMAR PECAS E ACESSORIOS LTDA CPF/CNPJ: 09361916000141  
 Placa Ant.: NOVO PB 0 Restr. Venda: A F/BV FINANCEIRA S.A

## CONTROLE DO SISTEMA

Debitos Licenci.: SIM	DET R A N: NAO	Seguro: SIM
Controle Emissao: SIM	P R F: NAO	Restricoes: NAO
Atualizacao: SIM SIM	D E R: NAO	Roubo/Furto: NAO
RECALL Montadora: NAO	D N I T: NAO	Historico: NAO
Restr. R.F.B.: NAO	PREFEITURAS: SIM 1.659,93	Outros: SIM
	RENAINF: SIM 293,47	RENAJUD: NAO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180260330 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ENILDO VITORINO NEPOMUCENO **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º E 3º DEDO DO PE DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:**

LIMITAÇÃO FUNCIONAL 2º E 3º DEDO DO PE DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/2ºDEDO DO PE DIREITO:10%/3º DEDO DO PE DIREITO:10%

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	20%	R\$ 2.700,00
Total			20 %	R\$ 2.700,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Enildo Vitorino Nepoceno

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: casado

Profissão: Militar

Identidade: 1.625.978 CPF: 675.505.684.72

Endereço: R. CB PM. Jonildo Marinho, 420  
Mangabeira, VII, C. verde, CEP: 58.059.230  
João Pessoa, Paraíba

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

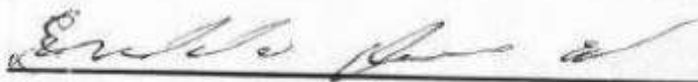
Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,  
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo  
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio  
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro**  
**Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 18 de maio de 2018.



ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

1º OFÍCIO  
DIGITAL

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JOSEFA DE ALMEIDA, 100 - CENTRO - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - CEP 58.050-000 - TEL: (33) 3224-4070  
Reconheço Por Autenticidade a firma de ENILDO VITORINO  
NEPUCENO, J11041971, J. Pessoa - PB, 28/05/2018 11:20:14  
Emol: R\$9,48 Farpem: R\$10,28 Fepist: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em  
test. da verdade. Tabelia: CELEIDA CARNEIRO SILVA  
Selo Digital AGZ38201-ED90  
<https://selodigital.tpb.jus.br>

