

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2015

Carta n°: 7200138

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150540684
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/06/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Certidão de inexistência de IML

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Tokio Marine Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta nº 8316279

a/c: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150540684
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

6014 - 0014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU/A ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
PORTADOR(A) DO RG N° 52.10.871 EXPEDIDO POR _____

CPF 063.851.894-59 CNPJ 000000000000000, PROFISSÃO Aluno EM / / E

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA THALITA KELLY SILVA N. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

(*) A Circular Super nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotânicas com limite de movimentação financeira de R\$ 100,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesto momento revoga-se a solicitação de abertura da conta tanto quanto comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site de RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário;

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2016
GARCE - Recife - PE - CEP 52011-040

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 4313 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1435-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCITAS, RECOMENDO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

de 2016

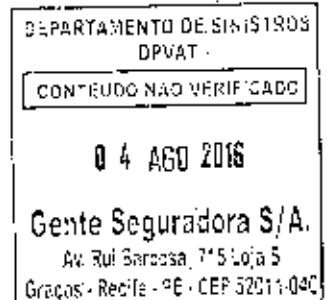
Assinatura do beneficiário



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.

Para obter mais informações sobre o seguro DPVAT, acesse www.dpvssegurodovitimo.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>Thalita Kelly Silva Norzimento</i>	<i>144.739.464-70</i>	
Endereço	Número	Complemento
<i>Tijo Bonj que Doi</i>	<i>3111</i>	<i>Zona Rural</i>
Bairro	Cidade	Estado
<i>Tijo Bonj que Doi</i>	<i>Pedras de Fogo</i>	<i>PB</i>
Email	Telefone (DDD)	
<i>privedorario@bandaraventura.com.br</i>	<i>(83) 3041-6957</i>	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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 PB 77 de dezembro de 2018
 Local e Data

 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

19 DEZ. 2018

PROTÓCOLO

Thalita Kelly Silva Norzimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 443/2012

Nome completo:

Thalita Kelly Silveira Noronha

CPF:

114.769.464-70

Profissão:

Endereço:

Sítio Coração

Número:

518

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Patos de Minas

Estado:

PB

CEP:

58320-000

E-mail:

prorredecaro@correio.vale.br

Tel.(DDD):

(31) 43650-5133

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2425

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 25254

(Informar o dígito se existir)

9

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INOCIMENTO (AUDIÓFONICO) DE FALTA DE COBERTURA SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:**

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

MORTE

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

João Pessoa - PB 31/01/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV Assinatura

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

31 JAN. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 443/2012

Nome completo:

Thalita Kelly Silveira Noronha

CPF:

114.769.464-70

Profissão:

Endereço:

Sítio Coração

Número:

518

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Pedro II de Fogo

Estado:

PB

CEP:

59320-000

E-mail:

prorredecaro@correio.vale.br

Tel.(DDD):

(83) 43650-5133

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2425

2

CONTA:

25254

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0

CONTA:

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:**

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 31/01/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV Assinatura

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

31 JAN. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

4011634116

26 4355



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
5ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº: 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de Pedras de Fogo, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escripto, *in fine* assinado, aí por volta das 16:05 horas **COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador de RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881.894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, s/n, zona rural – Pedras de Fogo/PB. E faz o seguinte REGISTRO.

Que no dia 23.03.2015, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa: 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha **THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO**, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta Cidade, desceendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona); Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. *Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva Certidão.*

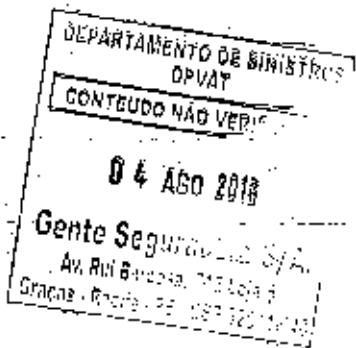
Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE: *Alexandre Francisco Basílio Rodrigues*

Policial:

Herick Geralmino Dias Alves
Chefe do Cartório Policial
Escrivão de Polícia Civil
Matr. 155.349-6





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº. 0393/2015



Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de **Pedras de Fogo/PB**, Estado da Paraíba na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das **16:05 horas** COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador do RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, SN, zona rural, Pedras de Fogo/PB, E faz o seguinte REGISTRO.

Que no dia 23.03.2014, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha **TUALITA KELLY SILVA NASCIMENTO**, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona); Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada *mais havendo a consignar, solicitou providencias bem como a respectiva certidão.*

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim, O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE: Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:

Petroci Pereira da Souza
Agente de Investigação
Mat. 135.591-1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 SET 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 775 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 549/2018

Aos VINTE E NOVE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, Identidade nº 5.710.871-SDS/PE, CPF nº 037.881.894-52, nacionalidade brasileiro, estado civil: em união estável, profissão: pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco Do Nascimento E De Alice Alves Do Nascimento, natural de São Lourenço Da Mata/PE, nascido(a) em 28/11/1979 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: (83) 98852-2809.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 23 de março de 2015;
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Camaçari, zona rural de Pedras de Fogo/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma o noticiante que no dia 23/03/2015, por volta das 11:00 horas, pegou emprestada de um amigo, a motocicleta da marca HONDA/CG 125 FAN, na cor PRETA, ano 2008/2008, de placa KFS 0278 PE, e chassi 9C2JC30708R659193, registrada em nome de Anderson Joventino da Silva, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, esta na época com nove anos de idade, saiu com o veículo com destino a casa de sua mãe, também moradora da mesma localidade que o noticiante; Que no caminho, ao descer uma ladeira, o pneu dianteiro do veículo veio a derrapar, fazendo com que o noticiante perdesse o controle do veículo vindo a cair com a motocicleta, tanto o noticiante (condutor) com sua filha (carona); Que devido a queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente o noticiante acionou o SAMU para socorrê-la, tendo a mesma sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, de onde foi encaminhada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitel.

Alexandre Francisco do Nascimento
ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Comunicante

CG
Escrivão(Agente)
Matrícula nº 154876-0
Escrivã de Polícia
Márcia Ribeiro
Tel.: 154.876-0

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexandre Francisco de Souza portador da carteira de identidade nº 57.108.371 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.881.854-52, residente e domiciliado na Sitio Camboim,
Cidade Lambano, Estado Pará, 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:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

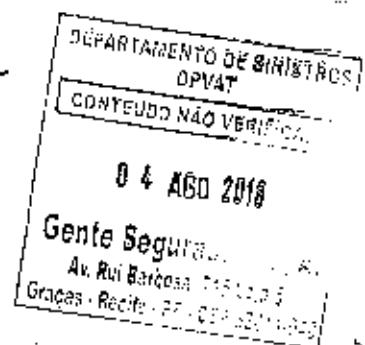
O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre Francisco de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rodrigo de Souza, 17/02/16

Local e data

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

Thalita Heloisa Silva Nascimento

CPF da Vítima

144.159.464-70

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Lucia Helena da Silva Mociel

CPF do Representante legal

081.538.914-80

Email

previdenciaria@loca.com.br

Telefone (DDD)

(83) 3241-6957

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 atende 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.

 OMPREV

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

João Pessoa, 19 de dezembro de 2018 **PROTÓCOLO**
Local e Data **70 DEZ. 2018**

Thalita Heloisa da Silva Mociel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



192

SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU - 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.

Sebastião Roberto de Almeida
Sebastião Roberto de Almeida
Coordenador SAMU Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN 246446





SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.

SEBASTIÃO RODRIGO DE ALMEIDA
Sebastião Rodrigo de Almeida
Coordenador SAMU-Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN.246446





00000000000000000000000000000000

PC-00
EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA CS 127
CENTRO (PX CLUB)
55870-000 TIMBAUBA PE



2014015

Postagem: 23/10/2015
Vencimento: 05/11/2015
Emissão: 22/10/2015
Fechamento prévia fatura: 30/10/2015

VISA

Comprovante de credito



00000000000000000000000000000000

Total da fatura anterior	601,12
Pagamento efetuado em 29/09/2015	-601,12
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	1.135,28
Total dessa fatura	1.135,28

Titular: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
Cartão: 4996 XXXX XXXX 5050

vencimento
05/11/2015

pagamento total R\$
1.135,28

pgto. mínimo R\$
170,29

parcelamento R\$
seguro **24 X**
102,74

parcelamento R\$
seguro **24 X**
110,44

Sua vida,
mais fácil.

Se você ainda recebe sua fatura em
papel, mude já para a Fatura Digital
e tenha mais praticidade no seu
dia a dia.

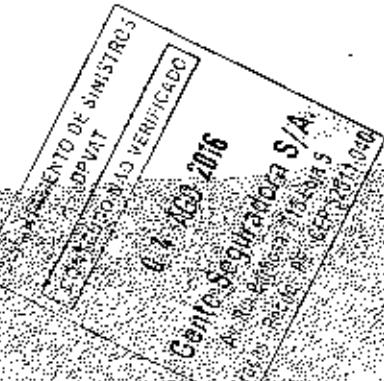
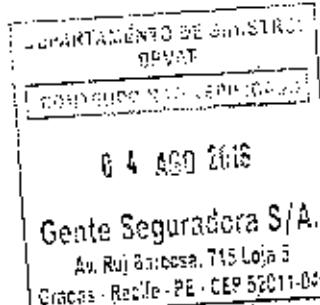
Acesse credicard.com.br e cadastre-se.

Límites de crédito R\$

Límite total de crédito	6.300,00
Límite utilizado no mês	1.582,35
Retirada de recursos País(seguro)	520,00

Lançamentos, compras e saques

ELÉTRICA (Fiscal 9056)		VALOR EM R\$
DATA	ESTABELECIMENTO	
23/09/09	NAZARÉ 07/10	84,90
	ALIMENTAÇÃO RECIFE	
23/09/09	SERRAMOTO 17/10 02/02	36,50
	VEÍCULOS TIMBAUBA	
23/09	RECARGA TIM	15,00
	DIVERSOS RIO DE JANEIRO	
24/09	AUTO POSTO BARBOSA	77,00
	VEÍCULOS TIMBAUBA	
25/09	ALBUQUERQUE PNEUS IPI	30,00



DECLARAÇÃO DE PRATICANTE



Alexandre Francisco da Mota e Moraes

DS nº 5710871, data de expedição 11/08/2016

CPF nº 037.881.854-59 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar a endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que reside no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Emas - Recife - PE - CEP 52011-000

Logradouro (Rua/Avenida/Praga)	<u>6º Rio Comonduar</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Proença</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>5838-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9737-3049 / (81) 9163-6662</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-eu.

Local e Data: Recife, de 4.ago.17/09/16

Assinatura do Declarante: Alexandre Francisco da Moraes

• LUCIA HELENA DA SILVA MACHADO
• SET. CARMASSARI, SIN. CARMACAO, 2000
• CARMACAO, 2000

ChloroSubs Int SGDNK1111 B0004FB-12.m4c
Page 1-18-32 4586 Reference by

CR00 D83 0196

RESERVADO AO FISCO

www.IBM.com/ibmsoftalk.htm

RPC (Redes de Comunicação):

Environ Biol Fish (2008) 82:111

2013

38/17/2013

07/08/2013

Principales artículos

Jan13	84
Mar13	88
Apr13	98
May13	87
Rev13	86
Jan13	93
Levi12	92
Row13	94
Count12	93
Seal12	91
Aug12	93
Jan12	93

MediaJoy, others, news

16. MELTON	12.30
17. MELTON	25.57
18. MELTON	51.05
19. MELTON	8.50
20. MELTON	16.48
21. MELTON	16.48
22. MELTON	8.50

VENCIMIENTO

TOTAL A PAGAR

For more information, contact the author.

disciplina/referência	Valor (R\$)	%
Salários de Prof. Jeferson - 2009	612	18,1
Contábil de Encanador	50,24	1,6
Setor de Encanamento	10,24	0,3
Encanador - Bônus	10,24	0,3
Imposto de Renda e Encanador	15,14	0,5
Quim. Serraria	1,14	0,0
Total	31.36	100,0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPART.

CONTINUATION OF PAPER NO.

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A

As. Rui Sampaio - 215 | aula 5

Digitized by srujanika@gmail.com

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
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

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE L. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Branco	General	Industrial	Público	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X387013	26/03/2011	EXT LACR LIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.			
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL. TERMOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL. TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M ³)	17					DADOS REFERENTES A: MAI/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRIÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE10 M³ 37,9111 M³ A 20 M³ - R\$ 4,89 POR M³10 M³ 48,9021 M³ A 30 M³ - R\$ 6,45 POR M³10 M³ 64,50ACIMA DE 30 M³ - R\$ 8,76 POR M³2 M³ 17,52

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M³ - R\$ 30,33 POR UNIDADE10 M³ 30,3311 M³ A 20 M³ - R\$ 3,91 POR M³10 M³ 39,1021 M³ A 30 M³ - R\$ 5,81 POR M³10 M³ 58,10ACIMA DE 30 M³ - R\$ 8,76 POR M³2 M³ 17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.742/09

VENCIMENTO: 16/07/2018 Total a Pagar: R\$ 313,88

COMPREV
REVISÃO
SEGURO E PREVIDÊNCIAS S/A.
19 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica . : N° 016.495.183



LUZ. IMAGINAÇÃO. REALIZAÇÃO
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.068.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
SIT BOM QUE DOI S/N SITIO
PEDRAS DE FOGO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1448179-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

04/12/2018

CONSUMO

49

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Rolairo: 01-286-943-1140

83610000000-6 31620054000-3 14481792018-0 12500288019-0



VENCIMENTO

11/12/2018

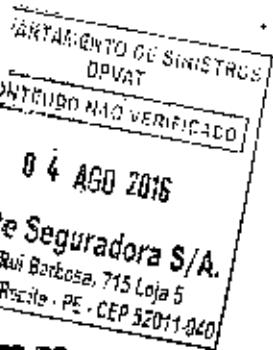
TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

MATRÍCULA:

1448179-2018-12-5

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
Nº 1000 PESSOA



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Eduardo Henrique G. F. Bimbo, portador(a) do RG nº 64.759.24, expedido por _____, em 1/1, CPF/CNPJ nº 048.735.444-32, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Francisco da Nóbrega do sinistro de DPVAT da natureza envolvidos da vítima Thalita Kelly Silveira Nóbrega, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 1000,00

Documentos comprobatórios: Uso

Eduardo Henrique
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Thiago de A. Brandão inscrito (a) no CPF/CNPJ 072 139 414 / 62, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thalita Kelly S. Noronha inscrito (a) no CPF sob o N° 144.159.464 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura anônima da Vítima Thalita Kelly Silve, Norma inscrito (a) no CPF sob o N° 144.159.464 / 70, 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		Número	Complemento
<u>Aro Alves Campos</u>		<u>40</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>privedadeiro@acerdatoronto.adv.br</u>	<u>(83) 3241-6457</u>	<u>(83) 98650-6150</u>	

João Pessoa 19 de dezembro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOALS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO	DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
NOME DA MÃE	LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL	04 AGO 2016

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190	Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Lt 5 Graças, Recife - PE - CEP 52011-040
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337	
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14	
HORA DO ATENDIMENTO	13:26	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita	
CID 10	S82.9	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrasound abdomen total

RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR: 27/03/14

DATA DA EMISSÃO: 26/02/15

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2229/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA



Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <i>Isolita Rolly Silva Nogueira</i>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <i>23/03/2014</i>			Data da alta:		
Diagnóstico inicial: <i>Fratura exposta da Perna esq - 2º grau</i>					
Diagnóstico final: <i>Fratura exposta da Perna esq - 2º grau</i>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <i>Exame físico + Radiografia</i>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Dr. Odilon + Dr. Dr. Rodrigues Laparoscópica + Redução comum + envoltorio</i>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>Fratura exposta da Perna esq - 2º grau Fratura exposta, fechada com envoltorio Cirurgia de redução comum e envoltorio Por isso não se desfazendo</i>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:	COMPREV				
Repouso:	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A				
relativo em casa por, _____ dias.	19 DEZ. 2018				
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <i>Cefalexina + Profenid</i>	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA				
Retorno:					
Ao posto de saúde em <i>HTOP</i>	para retirada de ponto				
Ao ambulatório	em 30 dias para revisão <i>Dr. Kelton B. Gonçalves</i>				
João Pessoa: <i>27 de 03 de 2014</i>	Médico Ass. Médico <i>CPGRM654</i>				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06
NOME DA MÃE	LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO	13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdomen total

RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

Fratura de perna direita.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALTA HOSPITALAR: 27/03/14

DATA DA EMISSÃO: 26/02/15

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Documento de identificação
00121

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

COMARCA DE PEDRAS DE FOGO - PARAÍBA

Nascimento, Casamento, Óbito e Interdição

Oficial - Maria Goretti Melo Rodrigues

REGISTRO DE NASCIMENTO

Certifico, que as fls. 132 - Livro A-34, sob nº. 25.703 do Registro de Nascimento, nesta data foi feito o assento de:

THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascido(a): aos primeiro de maio de dois mil e seis (01/05/2006), no Hospital Distrital, desta cidade, as 10:00 horas, do sexo feminino.

Filho(a) de: Alexandre Francisco do Nascimento e Lucia Helena da Silva Maciel.

Avós Paterno: Eugenio Francisco do Nascimento e Alice Alves do Nascimento.

Avós Maternos: João Jacinto Maciel e Daphiane Josefa da Silva.

Foi dedicante: O pai.

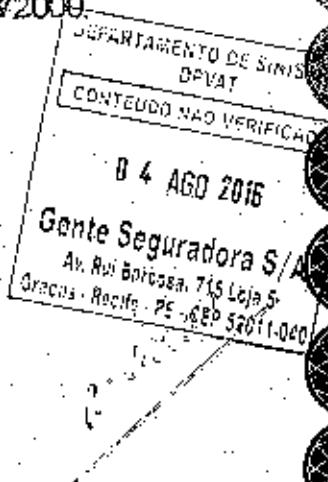
OBS: Registro feito de acordo com a lei federal em vigor, e dispensadas as testemunhas de acordo com a Lei Federal nº. 9.997 de 17/08/2000.

O Referido é verdade, e dou fé.

Pedras de Fogo, 26 de junho de 2006

Maria Goretti Melo Rodrigues

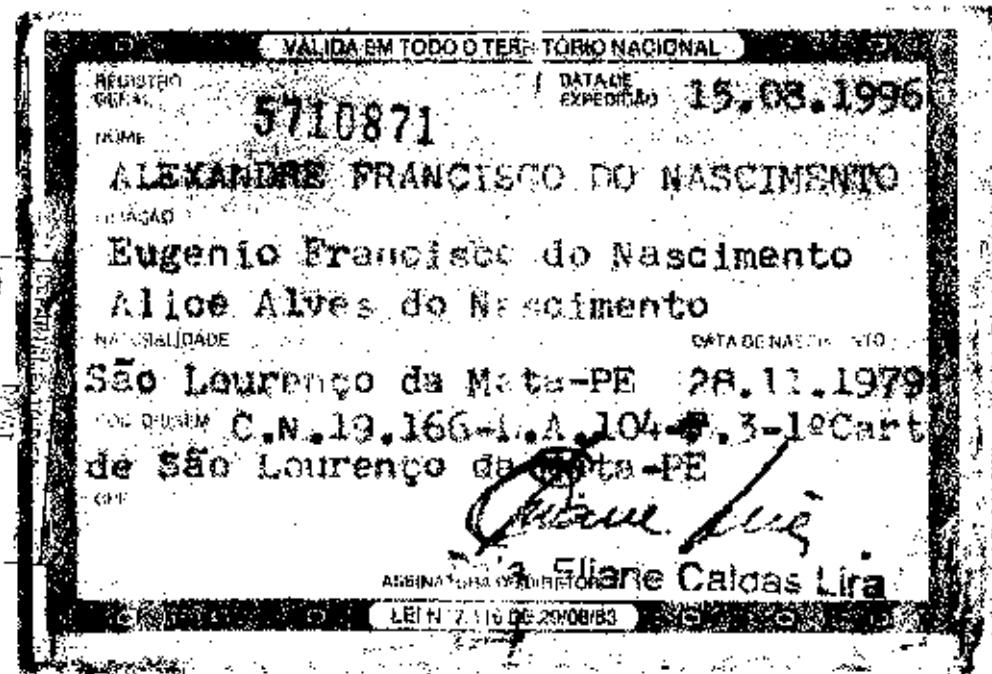
Maria Goretti Melo Rodrigues
Oficial de Registro Civil



Rua Augusto dos Anjos, 53 - Centro - CEP: 58328-000 - Pedras de Fogo, Paraíba
Fone: (81) 3639-1028 - Email: cartorio_pf@yahoo.com.br

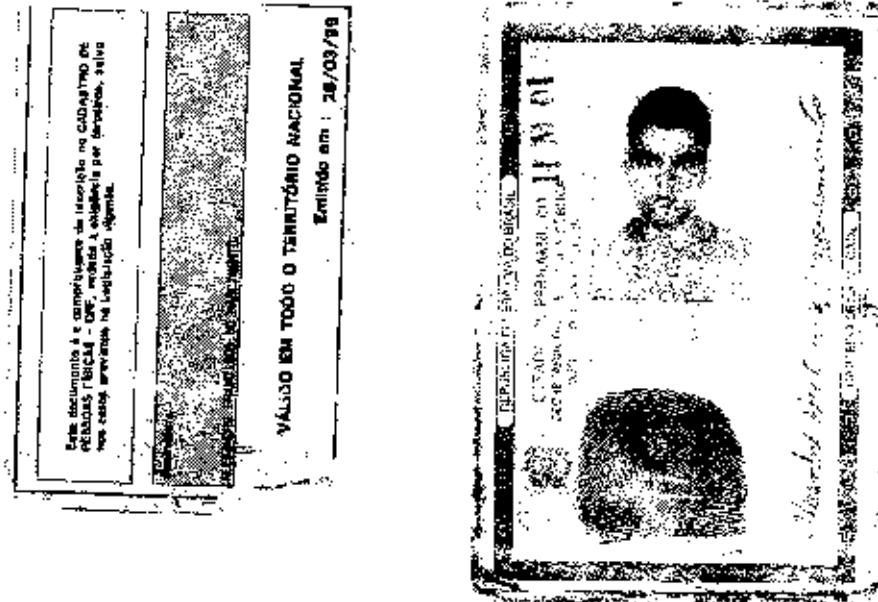
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

49789



卷之三

卷之三



ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

• 第二章 中国古典文学名著

098973410641

ESTRUTURAS DE FÔGOTYPE

— www.ELMAGAZINE.COM — EDITORIAL — www.ELMAGAZINE.COM —

... 1990





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
144.159.464-70

Nome
THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascimento
01/05/2006

CÓDIGO DE CONTROLE
5B0A.A029.97FA.03D2

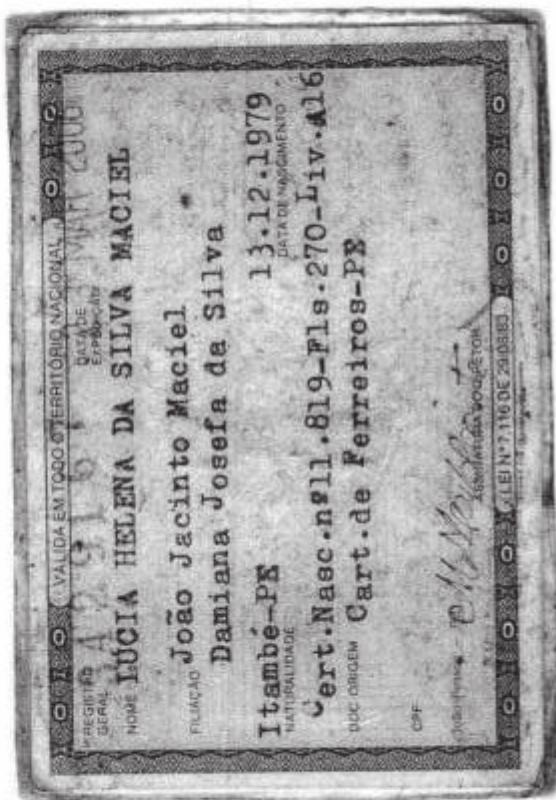


Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:25:13 do dia 21/03/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 JUN 2018

PROTÓCOLO DE INOVAÇÃO PESSOAL



THALITA KELLY

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Alexandre Gonçalves da Matafínia, Brasiliense, Solteiro,
matr. no CPF-037.881.894-52

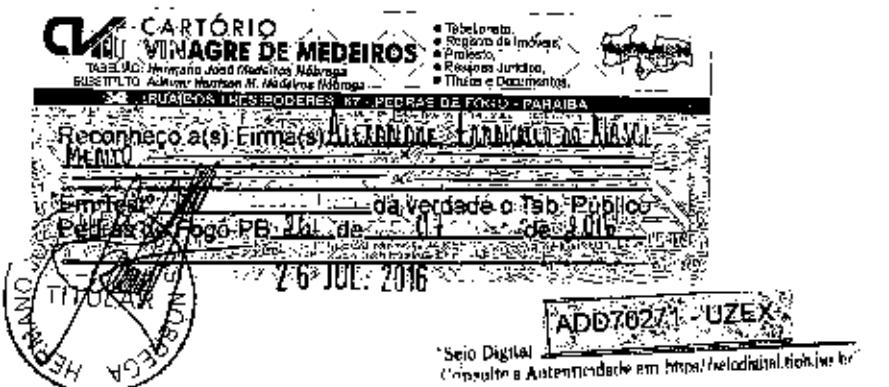
Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exerce os seguintes poderes especiais.

Pedras De Fogo, 26-07-2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENDO NAO VERIFICADO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

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: 19/12/2018
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Número do Sinistro: 3180597348

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento

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: 31/01/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta nº: 9530181

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160488314 ASL-1011637/16
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta n°: 9535884

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160488314 ASL-1011637/16
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

6014-000147

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU/A ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
PORTADOR(A) DO RG Nº 52.10.871 EXPEDIDO POR _____

CPF 063.851.894-59 CNPJ 000000000000000, PROFISSÃO Aluno EM / / E

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.100,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA THALITA KELLY SILVA N. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

(*) A Circular Super nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotânicas com limite de movimentação financeira de R\$ 1000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesto momento revoga-se a solicitação de abertura da conta tanto quanto comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site de RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário;

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04 AGO 2016
GARCE - Recife - PE - CEP 52011-040

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 4313 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1435-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCITAS, RECOMENDO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

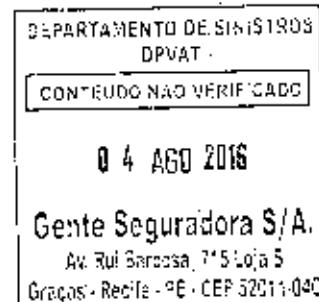
LOCAL E DATA

de 2016

Assinatura do beneficiário



ATENÇÃO
- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.
- Para obter mais informações sobre o seguro DPVAT, acesse www.dpvssegurodovitimo.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>Thalita Kelly Silva Norzimento</i>	<i>144.739.464-70</i>	
Endereço	Número	Complemento
<i>Tijo Bonj que Doi</i>	<i>3111</i>	<i>Zona Rural</i>
Bairro	Cidade	Estado
<i>Tijo Bonj que Doi</i>	<i>Pedras de Fogo</i>	<i>PB</i>
Email	Telefone (DDD)	
<i>privedorario@bandaraventura.com.br</i>	<i>(83) 3041-6957</i>	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

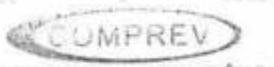
CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(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 PB 77 de dezembro de 2018
 Local e Data


 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

19 DEZ. 2018

PROTÓCOLO

Thalita Kelly de Souza Norzimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 443/2012

Nome completo:

Thalita Kelly Góes Noronha

CPF:

114.769.464-70

Profissão:

Endereço:

Sítio Coração

Número:

518

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Pedro II de Fogo

Estado:

PB

CEP:

59320-000

E-mail:

prorredecaro@correio.vale.br

Tel.(DDD):

(83) 43650-5133

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2425

2

CONTA: 25254

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0

CONTA:

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INOCIMENTO (AUDIÓFONICO) DE FALTA DE COBERTURA PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:**

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

Sim

Não

pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 31/01/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV Assinatura

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

31 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 443/2012

Nome completo:

Thalita Kelly Silveira Noronha

CPF:

114.769.464-70

Profissão:

Endereço:

Sítio Coração

Número:

518

Complemento:

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Pedro II de Fogo

Estado:

PB

CEP:

59320-000

E-mail:

prorredecaro@correio.vale.br

Tel.(DDD):

(83) 43650-5133

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2425

2

CONTA: 25254

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0

CONTA:

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:**

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

João Pessoa - PB 31/01/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV Assinatura

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

31 JAN. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

4011634116

26 4355



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
5ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº: 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de Pedras de Fogo, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrevão, *in fine* assinado, aí por volta das 16:05 horas **COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador de RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881.894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, s/n, zona rural – Pedras de Fogo/PB. E faz o seguinte REGISTRO.

Que no dia 23.03.2015, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa: 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha **THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO**, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta Cidade, desceendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona); Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. *Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva Certidão.*

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE: *Alice Kelly Silva Nascentes*

Policial:

Herick Geralmino Dias Alves
Chefe do Cartório Policial
Escrivão de Polícia Civil
Matr. 155.349-6





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº. 0393/2015



Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de **Pedras de Fogo/PB**, Estado da Paraíba na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das **16:05 horas** COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador do RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, SN, zona rural, Pedras de Fogo/PB, E faz o seguinte REGISTRO.

Que no dia 23.03.2014, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha **TUALITA KELLY SILVA NASCIMENTO**, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona); Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada *mais havendo a consignar, solicitou providencias bem como a respectiva certidão*.

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim, O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE: Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:

Petroci Pereira da Souza
Agente de Investigação
Mat. 135.591-1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 SET 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 775 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 549/2018

Aos VINTE E NOVE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, Identidade nº 5.710.871-SDS/PE, CPF nº 037.881.894-52, nacionalidade brasileiro, estado civil: em união estável, profissão: pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco Do Nascimento E De Alice Alves Do Nascimento, natural de São Lourenço Da Mata/PE, nascido(a) em 28/11/1979 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: (83) 98852-2809.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 23 de março de 2015;
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Camaçari, zona rural de Pedras de Fogo/PB.
- 5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma o noticiante que no dia 23/03/2015, por volta das 11:00 horas, pegou emprestada de um amigo, a motocicleta da marca HONDA/CG 125 FAN, na cor PRETA, ano 2008/2008, de placa KFS 0278 PE, e chassi 9C2JC30708R659193, registrada em nome de Anderson Joventino da Silva, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, esta na época com nove anos de idade, saiu com o veículo com destino a casa de sua mãe, também moradora da mesma localidade que o noticiante; Que no caminho, ao descer uma ladeira, o pneu dianteiro do veículo veio a derrapar, fazendo com que o noticiante perdesse o controle do veículo vindo a cair com a motocicleta, tanto o noticiante (condutor) com sua filha (carona); Que devido a queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente o noticiante acionou o SAMU para socorrê-la, tendo a mesma sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, de onde foi encaminhada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitel.

Alexandre Francisco do Nascimento
ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Comunicante

CG
Escrivão(Agente)
Matrícula nº 154876-0
Escrivã de Polícia
Tel.: 154.876-0

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Alexandre Francisco de Souza portador da carteira de identidade nº 57.108.371 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.881.854-52, residente e domiciliado na Sitio Camarão,
Cidade Lambano, Estado Pará, 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:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

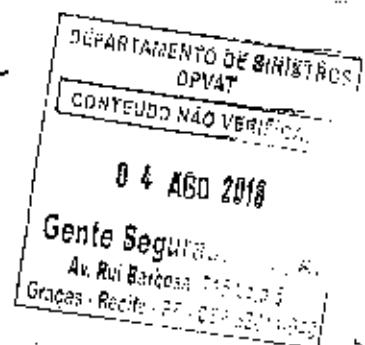
O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Alexandre Francisco de Souza

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rodrigo de Souza, 17/02/16

Local e data

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

Thalita Heloisa Silva Nascimento

CPF da Vítima

144.159.464-70

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Lucia Helena da Silva Mociel

CPF do Representante legal

081.538.914-80

Email

previdenciaria@locaodasortona.com.br

Telefone (DDD)

(83) 3241-6957

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 atende 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.

 SIMPREV

SIMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

João Pessoa, 19 de dezembro de 2018 **PROTÓCOLO**
Local e Data **70 DESSOA**

Thalita Heloisa da Silva Mociel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



192

SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



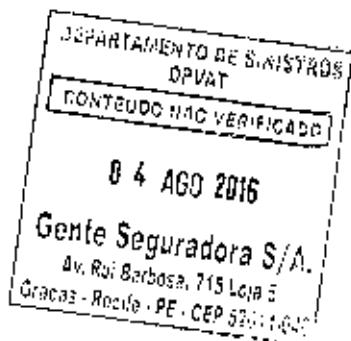
Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU - 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.

Sebastião Roberto de Almeida
Sebastião Roberto de Almeida
Coordenador SAMU Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN 246446





SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU



Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.

SEBASTIÃO RODRIGO DE ALMEIDA
Sebastião Rodrigo de Almeida
Coordenador SAMU-Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN.246446





00000000000000000000000000000000

PC-00
EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA CS 127
CENTRO (PX CLUB)
55870-000 TIMBAUBA PE



2014015

Postagem: 23/10/2015
Vencimento: 05/11/2015
Emissão: 22/10/2015
Fechamento prévia fatura: 30/10/2015

VISA

Comprovante de credito



00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000 R\$

Total da fatura anterior	601,12
Pagamento efetuado em 29/09/2015	-601,12
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	1.135,28
Total dessa fatura	1.135,28

Titular: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
Cartão: 4996 XXXX XXXX 5050

vencimento
05/11/2015

pagamento total R\$
1.135,28

pgto. mínimo R\$
170,29

parcelamento R\$
seguro **24 X**
102,74

parcelamento R\$
seguro **24 X**
110,44

Sua vida,
mais fácil.

Se você ainda recebe sua fatura em
papel, mude já para a Fatura Digital
e tenha mais praticidade no seu
dia a dia.

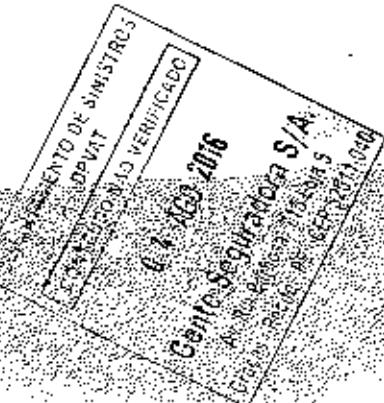
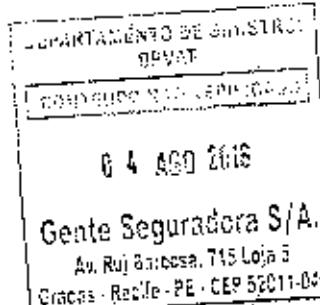
Acesse credicard.com.br e cadastre-se.

Límites de crédito R\$

Límite total de crédito	6.300,00
Límite utilizado no mês	1.582,35
Retirada de recursos País(seguro)	520,00

Lançamentos, compras e saques

ELÉTRICA (Fazenda 9056)		VALOR EM R\$
DATA	ESTABELECIMENTO	
23/09/09	NAZARÉ 07/10	84,90
	ALIMENTAÇÃO REDE	
23/09/09	SERRAMOTO 17/10 02/02	36,50
	VEÍCULOS TIMBAUBA	
23/09	RECARGA TIM	15,00
	DIVERSOS RIO DE JANEIRO	
24/09	AUTO POSTO BARBOSA	77,00
	VEÍCULOS TIMBAUBA	
25/09	ALBUQUERQUE PNEUS IPI	30,00



DECLARAÇÃO DE PRATICANTE



Alexandre Francisco da Mota e Moraes

DS nº 5710871, data de expedição 11/08/2016

CPF nº 037.881.854-59 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar a endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que reside no endereço abaixo descrito seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Emas - Recife - PE - CEP 52011-000

Logradouro (Rua/Avenida/Praga)	<u>6º Rio Comonduar</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Proença</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>5838-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9737-3049 / (81) 9163-6662</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-eu.

Local e Data: Recife, de 4.ago.17/09/16

Assinatura do Declarante: Alexandre Francisco da Moraes

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
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

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE L. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Branco	General	Industrial	Público	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X387013	26/03/2011	EXT LACR LIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 MS.			
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL. TERMOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL. TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M ³)	17					DADOS REFERENTES A: MAI/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE10 M³ 37,9111 M³ A 20 M³ - R\$ 4,89 POR M³10 M³ 48,9021 M³ A 30 M³ - R\$ 6,45 POR M³10 M³ 64,50ACIMA DE 30 M³ - R\$ 8,76 POR M³2 M³ 17,52

ESGOTO

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M³ - R\$ 30,33 POR UNIDADE10 M³ 30,3311 M³ A 20 M³ - R\$ 3,91 POR M³10 M³ 39,1021 M³ A 30 M³ - R\$ 5,81 POR M³10 M³ 58,10ACIMA DE 30 M³ - R\$ 8,76 POR M³2 M³ 17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.742/09

VENCIMENTO: 16/07/2018 Total a Pagar: R\$ 313,88

COMPREV
REVISÃO
SEGURO E PREVIDÊNCIAS S/A.
19 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica . : N° 016.495.183



LUZ. IMAGINAÇÃO. REALIZAÇÃO
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.068.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
SIT BOM QUE DOI S/N SITIO
PEDRAS DE FOGO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1448179-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

04/12/2018

CONSUMO

49

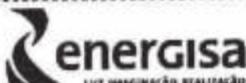
VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Rotativo: 01-286-943-1140

83610000000-6 31620054000-3 14481792018-0 12500288019-0



VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

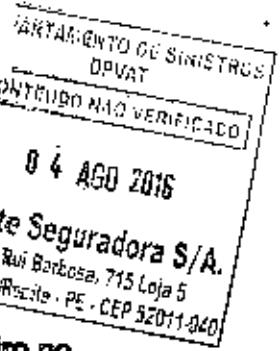
R\$ 31,62

MATRÍCULA:

1448179-2018-12-5



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
Nº 1000 PESSOA



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Eduardo Henrique G. F. Bimbo, portador(a) do RG nº 64.759.24, expedido por _____, em 11/11/2016, CPF/CNPJ nº 048.735.444-32, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Francisco da Nóbrega do sinistro de DPVAT da natureza envolvidos da vítima Thalita Kelly Silveira Nóbrega, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 11.000,00

Documentos comprobatórios: Uso

Eduardo Henrique
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIARIO

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Thiago de A. Brandão inscrito (a) no CPF/CNPJ 072 139 414 / 62, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thalita Kelly S. Noronha inscrito (a) no CPF sob o N° 144.159.464 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura anônima da Vítima Thalita Kelly Silve, Norma inscrito (a) no CPF sob o N° 144.159.464 / 70, 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		Número	Complemento
<u>Aro Alves Campos</u>		<u>40</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>privedadeiro@acerdatoronto.adv.br</u>	<u>(83) 3241-6457</u>	<u>(83) 98650-6150</u>	

João Pessoa 19 de dezembro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOALS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO	DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
NOME DA MÃE	LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL	04 AGO 2016

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190	Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 Lt 5 Graças, Recife - PE - CEP 52011-040
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337	
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14	
HORA DO ATENDIMENTO	13:26	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita	
CID 10	S82.9	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrasound abdomen total

RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR: 27/03/14

DATA DA EMISSÃO: 26/02/15

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2229/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA



Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Isolita Rolly Silva Nogueira</u>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>23/03/2014</u>			Data da alta:		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura exposta da Perna direita</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura exposta da Perna direita</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Exame físico + Radiografia</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Odilon + Dr. Dr. Rodrigues</u> <u>lourada cirúrgica + redução encurvada + enxerto ligado</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Fratura exposta da Perna direita com</u> <u>fratura exposta, feita submetida a</u> <u>lourada cirúrgica + redução encurvada</u> <u>enxerto ligado</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:	COMPREV				
Repouso:	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A				
relativo em casa por, _____ dias.	19 DEZ. 2018				
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Cefalexina + Profenid</u>	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA				
Retorno:					
Ao posto de saúde em <u>HTOP</u>	para retirada de ponto				
Ao ambulatório	em 30 dias para revisão Dr. Kelton B. Gonçalves				
João Pessoa: <u>27 de 03 de 2014</u>	Ass. Médico				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06
NOME DA MÃE	LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO	13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdomen total

RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

Fratura de perna direita.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ALTA HOSPITALAR: 27/03/14

DATA DA EMISSÃO: 26/02/15

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Documento de identificação
00121

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

COMARCA DE PEDRAS DE FOGO - PARAÍBA

Nascimento, Casamento, Óbito e Interdição

Oficial - Maria Goretti Melo Rodrigues

REGISTRO DE NASCIMENTO

Certifico, que as fls. 132 - Livro A-34, sob nº. 25.703 do Registro de Nascimento, nesta data foi feito o assento de:

THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascido(a): aos primeiro de maio de dois mil e seis (01/05/2006), no Hospital Distrital, desta cidade, as 10:00 horas, do sexo feminino.

Filho(a) de: Alexandre Francisco do Nascimento e Lucia Helena da Silva Maciel.

Avós Paterno: Eugenio Francisco do Nascimento e Alice Alves do Nascimento.

Avós Maternos: João Jacinto Maciel e Daphiane Josefa da Silva.

Foi dedicante: O pai.

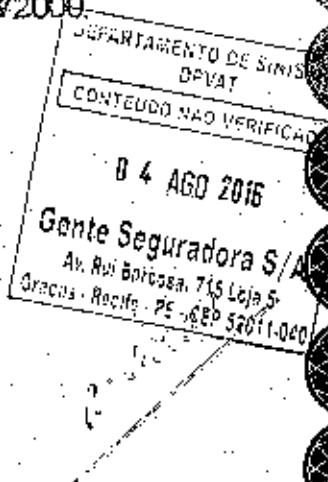
OBS: Registro feito de acordo com a lei federal em vigor, e dispensadas as testemunhas de acordo com a Lei Federal nº. 9.997 de 17/08/2000.

O Referido é verdade, e dou fé.

Pedras de Fogo, 26 de junho de 2006

Maria Goretti Melo Rodrigues

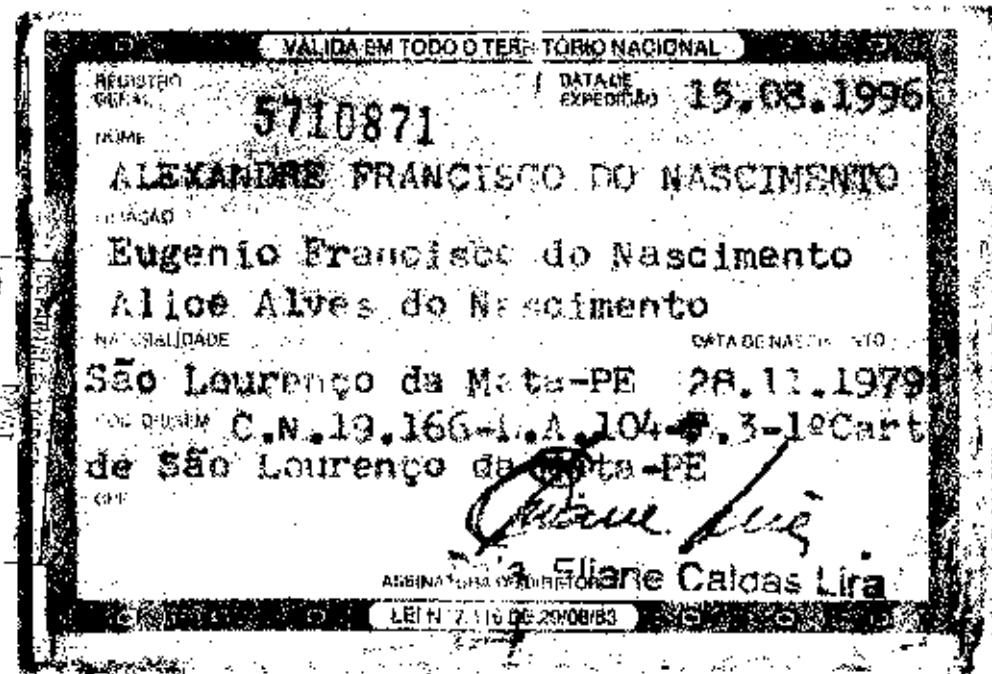
Maria Goretti Melo Rodrigues
Oficial de Registro Civil



Rua Augusto dos Anjos, 53 - Centro - CEP: 58328-000 - Pedras de Fogo, Paraíba
Fone: (81) 3639-1028 - Email: cartorio_pf@yahoo.com.br

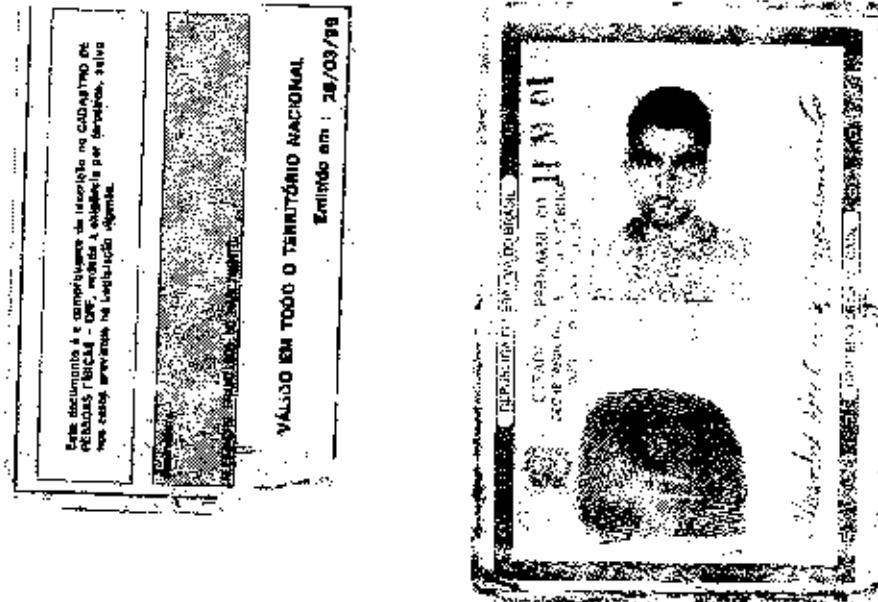
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

49789



65

卷之三



ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

‘EDRAS’IE POGCIP

www.ijerpi.org | 2020, Vol. 8, No. 1

REFERENCES





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
144.159.464-70

Nome
THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascimento
01/05/2006

CÓDIGO DE CONTROLE
5B0A.A029.97FA.03D2

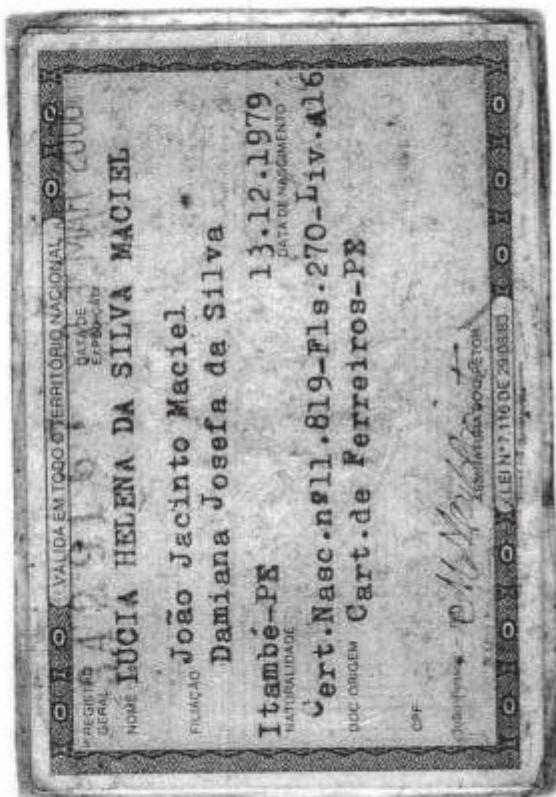


Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:25:13 do dia 21/03/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



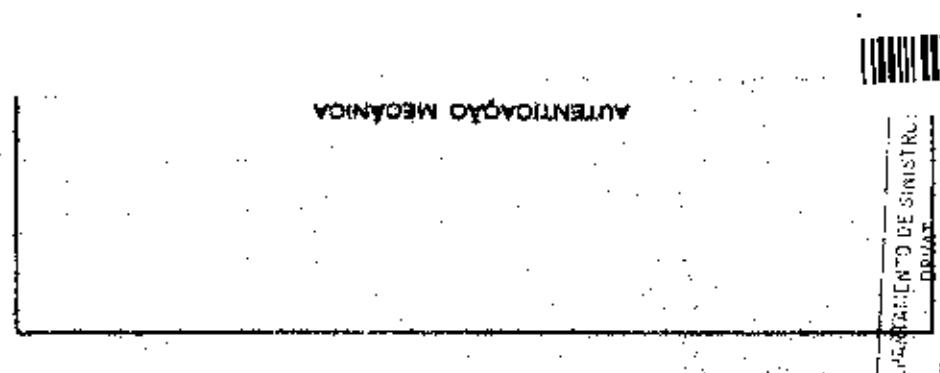


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 JUN 2018

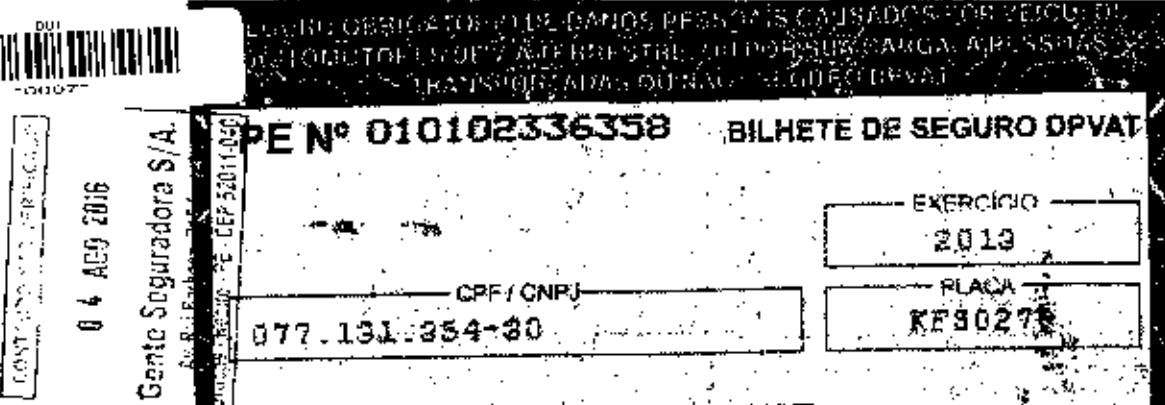
PROTÓCOLO DE INOVAÇÃO PESSOAL





Reguladores Líder das Convenções do Seguro DPVAT/8/A
ONPI: 00.246.000/0001-64
Rua Bernardo Buteler, 74 - 09 Mandaí
Caxias - Rio de Janeiro
www.seguradorevalher.com.br

ПОДПИСЬ НА СПИСОК			ПОДПИСЬ НА ЗАЯВУ	ПОДПИСЬ НА ДОКУМЕНТ
СИДОРЕНКО ОЛЕГ ВАСИЛЬЕВИЧ				



ANDERSON JOVENTINO DA SILVA

ITAMBE - PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PF N° 010102335356

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 19/08/19

VIA **CPF / CNPJ**

PLACA

RENAULT

MARCA / MODELO
EG 125 FAN

ANNO FAB. 2009 CAFFARIE 08 9C2J0

NP CHASSIS
0708R659193

PRÊMIO TARIFÁRIO

— FIAS (RS) ————— DENAT

VALOR PAGO PELA CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

RS 1 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO ()

PAGAMENTO

DATA DE QUINTAÇÃO

COTA ÚNICA -

ROSLAND

Seguradora Líder do Seguro

dos Consórcios
DPVAT-S/A

CNPJ: 69.248.602/0001-04
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE D-PVAT.
NÃO SE FAZ PAGAMENTO SEM BILHETE.

THALITA KELLY

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Alexandre Gonçalves da Matafínia, Brasília, Distrito Federal, inscrito no CPF: 037.881.894-52

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exerce os seguintes poderes especiais.

Pedras De Fogo, 26-07-2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

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: 19/12/2018
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Número do Sinistro: 3180597348

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento

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: 31/01/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA