
Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11604012

A/C: JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477665 ASL-0326233/17

Vitima: JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS

Data Acidente: 21/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: VANUZA MARIA DO NASCIMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3170477665**
Vitima: **JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS**
Data do Acidente: **21/02/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VANUZA MARIA DO NASCIMENTO**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170477665**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO P/

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do 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.

José Batista Dias dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 36 82 005 EXPEDIDO POR SINCOR/PB EM 22/07/08
CPF 04 814 613 9184 510 /CNPJ 000111110001-01, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 15M (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / RETRIBUIÇÃO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Batista Dias dos Santos. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 de 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, MF (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 (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da 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/beneficiários.**

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 AGÊNCIA (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 04 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 91137-2

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

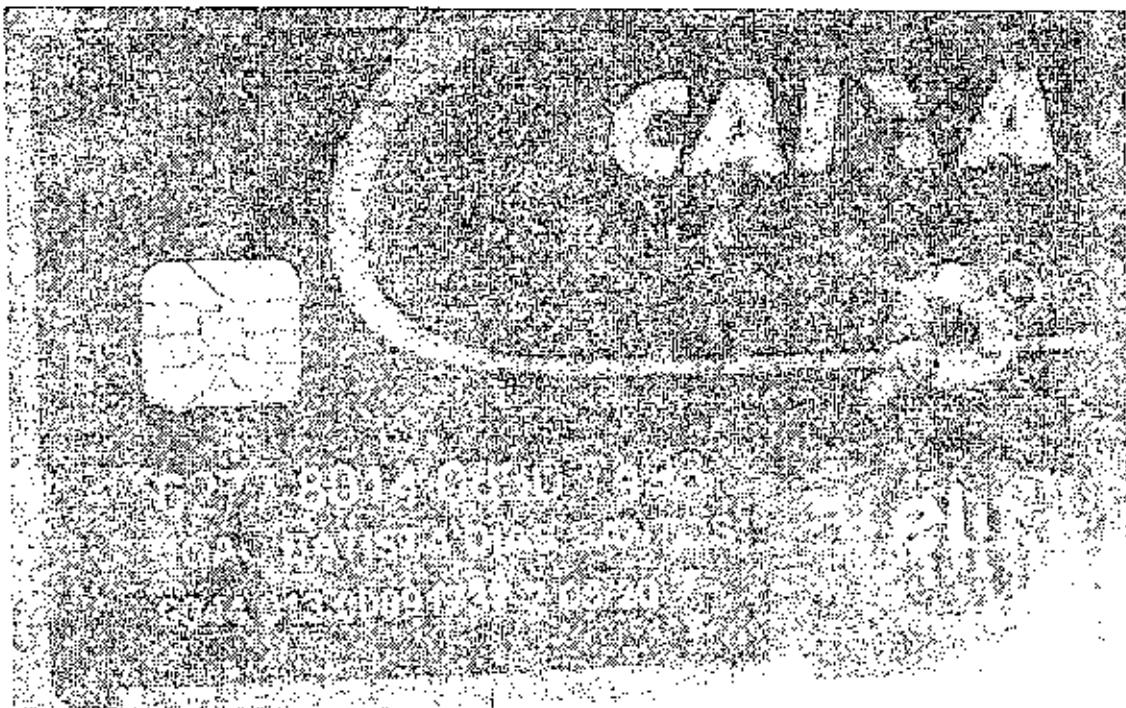
Alessa ...01 de Agosto de 2017 Janeza maria da Encarnação
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s, anedecendo 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 dos sequelas e de acordo com o tabelão de seguro encarregado na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtsegurodntransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221201.

02/02/18



SINCOR/PB

2 AGO. 2017



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 006/2016

Ocorrência nº. 1652/2016

Aos TREZE dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 15h:19min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOÃO BATISTA DIAS DOS SANTOS, conhecido por , Identidade nº 3.682.005-5SP/PB, CPF nº 098.463.984-50, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Maria Guilherme Dos Santos E Pai Não Declarado, natural de Curral De Cima/PB, nascido(a) em 02/02/1980 (36 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Oiteiro, nº s/n, bairro: zona rural – Curral de Cima/PB, tendo como ponto de referência: próximo ao Colégio, na cidade de Curral De Cima/PB, fone(s) para contato: (83)99171-4501.

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 TRÂNSITO;**

2) DATA DO FATO: 21 de 02 de 2016;

3) HORÁRIO: 19h: min;

4) LOCAL: Próximo a Doce Mel nº , bairro: BR 101 – Mamanguape/PB;

5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em João Pessoa/PB;

6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;

8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA CÔM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? NÃO

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

Veículo marca/modelo: GM CELTA 4P LIFE, cor: PRETA, placa: MNZ 5483/PB, ano: 2008, chassi: 9BGRZ48908G264774 em nome de VANUZA MARIA DO NASCIMENTO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE estava no local em referência conduzindo o referido veículo quano devidos as condições da pista estarem bastante molhada em decorrência de fortes chuvas, e por este fato o veículo que estava conduzindo capotou na pista, QUE o comunicante estava na presença da pessoa conhecida por DAIANE LÁZARO DOS SANTOS, QUE assim sofreram acidente de trânsito, QUE foi socorrido por populares e levado ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida encaminhada ao Hospital de Emergência e Traumas de João Pessoa/PB vítima de acidente de trânsito; QUE o comunicante foi atendido no hospital em referência e segundo laudo apresentando queixa de dor no ombro esquerdo, incapacidade funcional, deformidade ao nível da articulação, o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico para correção da luxação acrômio-clavicular, QUE recebeu alta hospitalar no dia 02/03/2016

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

JOÃO BATISTA DIAS DOS SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 156.567-2

S/NCOK/PR
22 AGO. 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Batista Dias dos Santos, portador da carteira de identidade nº 3682005 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098463984-50 residente e domiciliado na Sítio Oiticino s/n Zona Rural, Cidade Quinal de Pima, Estado Piauí, 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.

SINCOR/PR
12 AGO 2017

abusem30mariadonascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

José Batista Dias dos Santos

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, José Batista Dias dos Santos,

RG nº 3682005, data de expedição 22/07/08 Órgão SSP/PB,

CPF nº 098463984-50 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Oiticica</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Purral de Pina - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58291-000</u>
Telefone de Contato	<u>991714501</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa - Olá de agosto de 2017

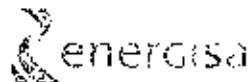
Assinatura do Declarante: Harmiza maria de Vasconcelos

SINCOR/PR

12 AGO. 2017

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento de pagamento nº 00000000000000000000000000000000
Documento de pagamento nº 00000000000000000000000000000000
Número de identificação do cliente: 00000000000000000000000000000000



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA ELET
RJ-220, Km 75 - Centro Industrial - João Pessoa/PB - CEP 50020-000
CNPJ 06.365.112/0001-00 - Fone: (83) 3215-9220

EDVALDO GUILHERME DOS SANTOS
S. O TEIRO SIN.
CIRITAL DE CIMA

5/1146893-1

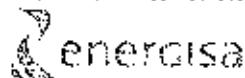
FEV/2017

20/02/2017

0

01/03/2017

R\$ 12,47



EDVALDO GUILHERME DOS SANTOS

Roleiro: 14-260-937-1190

00690000000-9 12470054000-6 11468932017-3 02902600019-9

01/03/2017

R\$ 12,47

1146893-2017-02-9



CEP: 58291-000

SINCOR/PB

22 AGO. 2017



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP 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 Vanuza Maria do Nascimento, portador(a) do RG nº 298 5370, expedido por SSP, em 26 /02 /02, CPF/CNPJ nº 066 130 346 - 60, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) João Batista Duarte Santos do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade da vítima João Batista Duarte Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas.

Profissão: agricultora Renda Mensal: R\$ 1.5 M

Documentos comprobatórios: _____

Vanuza Maria do Nascimento SINCOR/PB
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIARIO

22 AGO 2017



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOÃO BATISTA DIAS DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	02/02/80
NOME DA MÃE	MARIA GUILHERME DOS SANTOS

SINCOR/PR

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	901.643
PRONTUÁRIO N.º	93.567
DATA DO ATENDIMENTO	21/02/16
HORA DO ATENDIMENTO	19:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR GRAU III ESQUERDA
CID 10	V 46 + S 43.1.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE CAPOTAMENTO, PROCEDENTE DE MAMANGUAPE, QUEIXANDO-SE DE DOR NO OMBRO ESQUERDO + INCAPACIDADE FUNCIONAL. EF= EDEMA + DEFORMIDADE AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR ESQUERDA + SINAL DA TECLA ESQUERDA. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TÓRAX
RX DE ARTICULAÇÃO ESCÁPULO-UMERAL ESQUERDO- RELATO COT- LUXAÇÃO ACRÔMIOCLAVICULAR GRAU III ESQUERDA.
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR GRAU III COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO. OPERADO POR DR. FRANCISCO GUEDES. MÉDICADO.

ALTA HOSPITALAR: 02/03/2016 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AGENDADO
DATA DA EMISSÃO: 19/07/2016

Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO: GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
NOME	3.682.005
FILIAÇÃO	JOÃO BATISTA DIAS DOS SANTOS
MARCA DE IDENTIFICAÇÃO	MARIA GUILHERME DOS SANTOS
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
DOC. ORIGEM	CURRAL DE CIMA-PB
OFF	NASC. N. 5359 FLS. 014 LIV. A7
CARTÓRIO CURRAL DE CIMA/PB	
João Batista Dias dos Santos	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N. 2.916 DE 28/06/83	

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
098.463.984-50

Nome
JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS

Nascimento
02/02/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
F5F0.C640.4950.3918

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

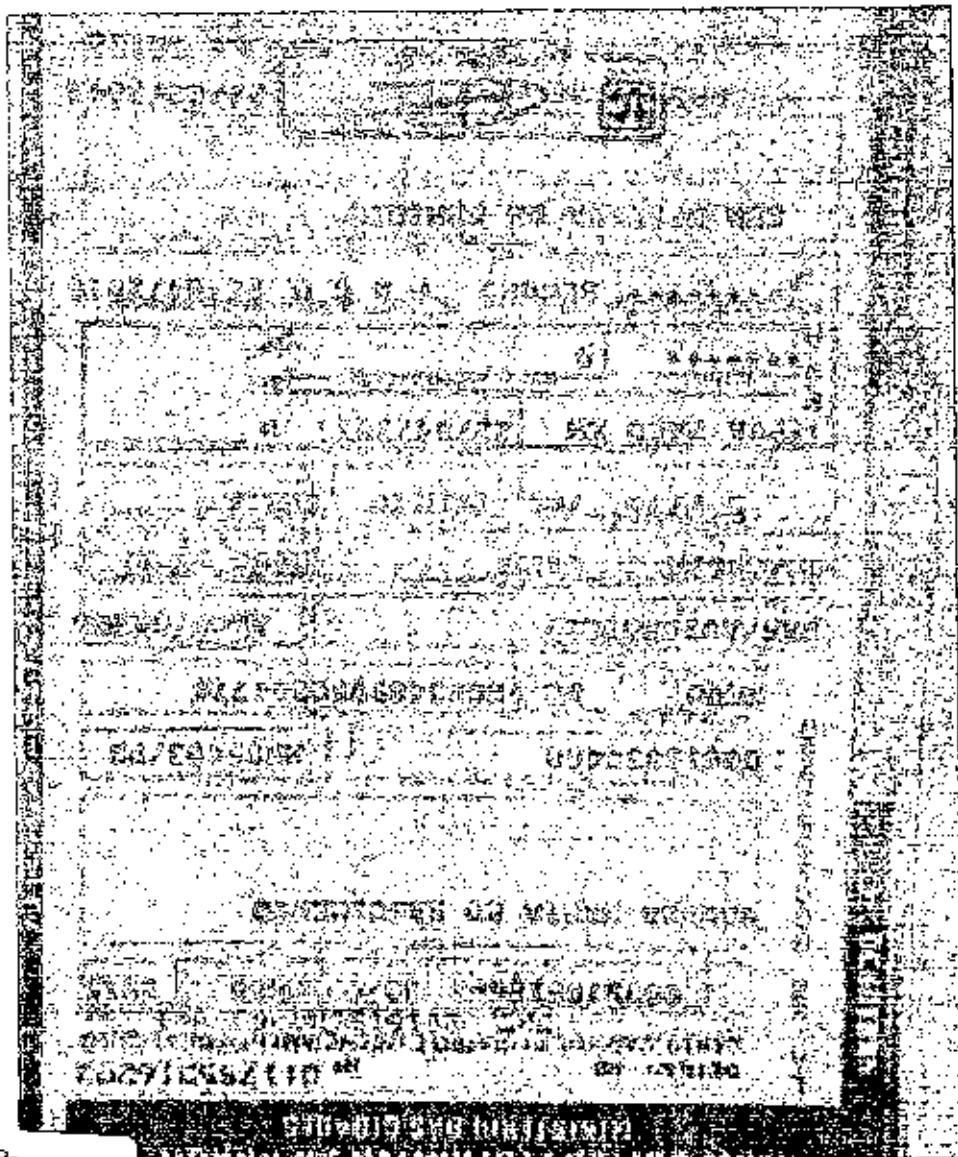
Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 06:37:45 do dia 27/02/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

SINCOR/PR

12 AGO 2017

82 469 207

SINCOR/PR



Procuração
0025

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA - COMARCA DE MAMANGUAPE

CARTÓRIO BUSTORFF
2º OFÍCIO DE NOTAS E DE PROTESTO
CNPJ: 09.288.630/0001-88

Rua Pres. João Pessoa, 47 - Centro - Fone (83) 3292-2297 - E-mail: 2cartoriomme@gmail.com

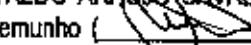
Soraya Xavier Bustorff
Titular

82 AGO 2017

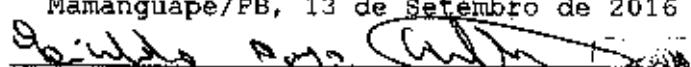
Livro: 288

Folha(s): 56 à 56v

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos TREZE (13) dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Mamanguape, Estado Paraíba, Rua Pres. J. Pessoa, 47, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como Outorgante(s) o Sr. JOAO BATISTA DIAS DOS SANTOS, brasileiro, agricultor, solteiro, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.682.005, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 098.463.984-50, residente e domiciliado na(o) Sítio Oiteiro, s/n, Bairro area rural do município de Curral de Cima, no Estado da Paraíba, impossibilitado(a) de assinar, por ser analfabeto, assinando a rogo a Sra. ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI, brasileira, serviços gerais, casada, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.519.603, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 088.932.154-42, residente e domiciliada na(o) Via Local 3, 31-A, Bairro Centro, na cidade de Mamanguape, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s)(sua)(suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a Sra. VANUZA MARIA DO NASCIMENTO, brasileira, agricultora, solteira, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2.985.370, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 066.130.344-60, residente e domiciliada na(o) Sítio Oiteiro, s/n, Bairro area rural do município de Curral de Cima, no Estado da Paraíba, a quem concede poderes especiais para representá-lo junto a quaisquer seguradoras conveniadas com o DPVAT, e/ou LIDER SEGURADORA, onde poderá receber, requerer e assinar todos os documentos que se fizerem necessário para o recebimento do Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres) / DAMS (Despesas de Assistência Médica e Suplementares), que faz jus o outorgante, decorrente de acidente de trânsito, podendo para tanto, dito procurador, representá-lo onde for necessário, requerer, juntar, assinar e retirar quaisquer instrumentos, prestar declarações, apresentar provas, pagar taxas, receber e dar quitação, assinar quaisquer instrumentos, requerer cópias de laudos médicos, boletim de ocorrência; receber autorização de pagamento e fornecimento de dados para crédito de indenização de acidente DPVAT/DAMS, na forma de pagamento contra recibo (Ordem de Pagamento) e/ou por qualquer outro meio legal, em qualquer agência bancária credenciada pelo DPVAT; podendo ainda requerer e constituir advogado(s), usar dos poderes com as cláusulas "ad judicia e et extra", representando-o judicialmente onde se fizer necessário perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública ou privada. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), inclusive substabelecer. Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina, sendo dispensada as testemunhas instrumentárias conforme o Art. 1º do Provimento nº 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu, ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: ANA PATRICIA CONCEIÇÃO DE SOUSA CAVALCANTI. Está conforme o original. Dou fé. Trasladada hoje. Lavrada em 13 de Setembro de 2016, às fls. 56 a 56v. Emolumentos: R\$ 42,45; Taxa FARFEN: R\$ 4,61; Taxa FEPJ: R\$ 8,49; Taxa MP: R\$ 0,68; Valor Total: R\$ 56,23, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: ADX18413-U1SI - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Mamanguape/PB, 13 de Setembro de 2016


ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Escrevente Autorizado

CARTÓRIO BUSTORFF
2º OFÍCIO DE NOTAS

Bel° Soraya X. Bustorff - Tabelião AD-HOC
Bel. Alberto Bustorff F. Quintão - Substituto
Erivaldo Araújo Cavalcanti - Escrevente Autorizado
Bel. Noel X. Bustorff - Escrevente AD-HOC
Rua: Pres. João Pessoa, 47 - Centro - CEP: 58.260-000 - Mamanguape - PB
TELEFAX (83) 3292-2297 E-mail: 2cartoriomme@gmail.com