
Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180034969

Vítima: JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 22/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180034969**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12269585



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180034969**
Vitima: **JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **22/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**

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 3180034969**.

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

Carta nº 13142442



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

tp://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206

(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

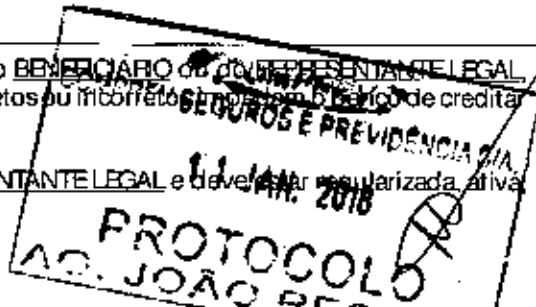
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos poderão impedir o crédito do pagamento.

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:

Bene[ci]ário 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").

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



Número do Sinistro ou ASL: [] CPF da vítima: 006.998.408-67 Nome completo da vítima: JOSÉ ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: JOSÉ ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO CPF titular da conta: 006.998.408-67 Profissão: [] Endereço: R. ANÁBIA Número SIN: [] Complemento: QD 547 LT 193-A Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PARAIBA CEP: 58033-607 Email: [] Telefone (DDD): []

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

RECURSO INFORMAR [X] SEM RENDA [] ATÉ R\$ 1.000,00 [] R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 [] R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 [] ACIMA DE R\$ 10.000,00 [] R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 []

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) [X] BRADESCO (237) [] BANCO DO BRASIL (001) [] ITAÚ (341) [] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos) [] BANCO Nome: [] N°D: []

AGÊNCIA N°D: 0036 DIV: [] CONTA N°D: 00061506 DIV: 2

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 09 de JANEIRO de 2018
Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00031.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00031.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:01 horas do dia 09 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **José Alberto Bandeira do Nascimento**, CPF nº 006.978.408-67, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Cabelereiro, filho(a) de Júlia Bandeira de Assis e Manoel Antonio do Nascimento, natural de Surubim/PE, nascido(a) em 05/06/1955 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Árabia, Nº S/N, complemento QD 547 LOTE 173 A, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Material de Construção Bom Jesus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98772-1552.

Dados do(s) Fatos:

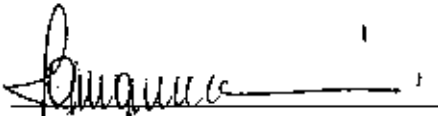
Local: Av Cidade de Cajazeiras, Em Frente Ao Colégio Anaide Beiris, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/07/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

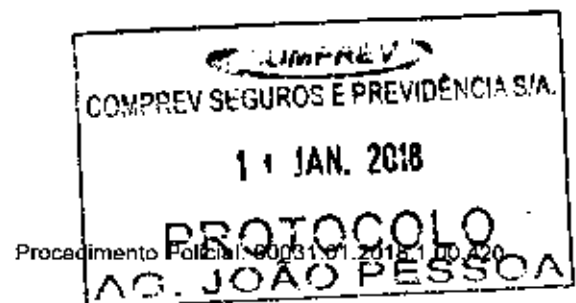
QUE SEGUNDO O NOTIFICANTE, no dia 22/07/2017, por volta das 19:00 hs, precisamente na AV cidade de Cajazeiras, no bairro das Indústrias, quando pedalava a sua bicicleta, momentos em que um veículo tipo motocicleta, modelo YAMAHA fazer, ano 2008 de cor azul e de placa MO1 6276 /PB, cujo condutor até o momento não identificado pelo notificante conduzindo o seu veículo irresponsavelmente atropelou ao notificante que devido ao impacto veio a se lesionar sendo socorrido para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 27/12/2017, assinado pelo médico Dr. Éwerton Noronha Teixeira CRM 2516/PB. Não querendo representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 09 de janeiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JOSÉ ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO
Notificante



Declaração de Inexistência de



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO

CPF da Vítima

006.978.408-67

Data do Acidente

22.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, nos termos 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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 JAN. 2018

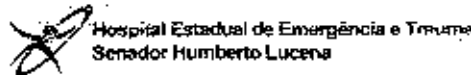
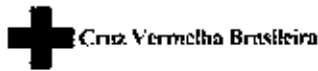
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA 09 de JANEIRO de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1015383



Identificação do paciente							
ID 1192726	Nome JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO	Sexo Masculino					
Data de nascimento 05/06/1955	Idade 62 anos 4 meses 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário			
Mãe JULIA BANDEIRA DE ASSIS	Pai MANOEL ANTONIO DO NASCIMENTO						
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)						
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987721552	DDD Fixo	Fone Fixo				
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 77661899	Nº Cns 700309964360637					
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS	Tipo BAIRRO		UF PB				
Email	Naturalidade SURUBIM	CBOR					
Endereço							
CEP 58063502	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CIDADE DE CAJAZEIRAS				
Número 655	Complemento		Bairro INDÚSTRIAS				
Comprovação de ato declaratório:							
<table border="1"> <tr> <td>Data e Hora 22/07/2017 20:26:56</td> <td>Número da pulseira 1000004300518</td> <td>Convênio SUS</td> </tr> </table>					Data e Hora 22/07/2017 20:26:56	Número da pulseira 1000004300518	Convênio SUS
Data e Hora 22/07/2017 20:26:56	Número da pulseira 1000004300518	Convênio SUS					
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica						
Classificação de risco	Origem do paciente RUA						
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE					
Indicadores e Transporte							
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não				
Melo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou:						
Sinais Vitais							
PA X mmHg	Pulso	Temperatura					
Exames complementares							
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos							
Diagnóstico	11 JAN. 2018			CID			
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			Tempo 01min 03seg			



603589
REFERENCIA
MAR/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

CYNARA SOUZA QUIRINO
AV CAP JOSE PESSOA 602
JAGUARIBE 58015-170
JOAO PESSOA

Comprovante de residencia



Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Sanitário	Cozinha	Quarto	Outros	
001.06.280.0290	0	1	0	0	0	603589

Matrícula	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A06X037899	07/04/2006	1	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)	MAR. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
2202	2205	3	30	06/04/2017

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

SET/2016	OUT/2016	NOV/2016	DEZ/2016	JAN/2017	FEV/2017	HEDIA(1)
0	6	2	3	0	3	4
PARÂMETROS EXIG.	CON	COL.TERMOT	TURBIDEZ	COL.TOTALS	CLORO	DADOS REFERENTES A: JAN/2017
ANALIS.	77	0	294	294	294	
CONFORMES	123	0	317	317	317	

DATA DA LEITURA:	HORA DA LEITURA:	DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
09/03/2017	07:57:36	RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m ³	10	30,44	20,47	R\$66,31

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$6,13 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
21/03/2017	R\$66,31

V 16 10 R. 3.0

REGISTRO DE LEITURA: REALIZADA
MODO DE FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA CONVIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMÁTICO.



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
603589	MAR/2017	21/03/2017	R\$66,31



8261000000-7 80310010120-3 06035890320-5 1700000002-7



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE JOSÉ ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 05/06/55

NOME DA MÃE JÚLIA BANDEIRA DE ASSIS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.015.383

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 22/07/17

HORA DO ATENDIMENTO 20:26

MOTIVO DO ATENDIMENTO ATROPELAMENTO

DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DO COTOVELO D + CONTUSÃO DO PUNHO D

CID 10 S 50.0 + S 60.2

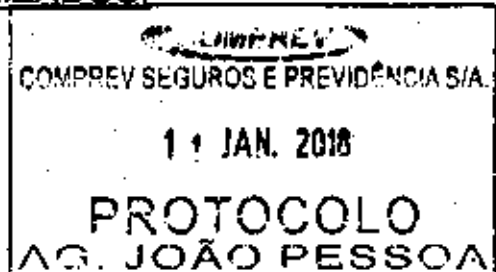
AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento (colisão moto x bicicleta) hoje, apresentando queixas de dor em cotovelo D e punho D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do cotovelo D - AP e P

RX do punho D - AP e P

**TRATAMENTO:**

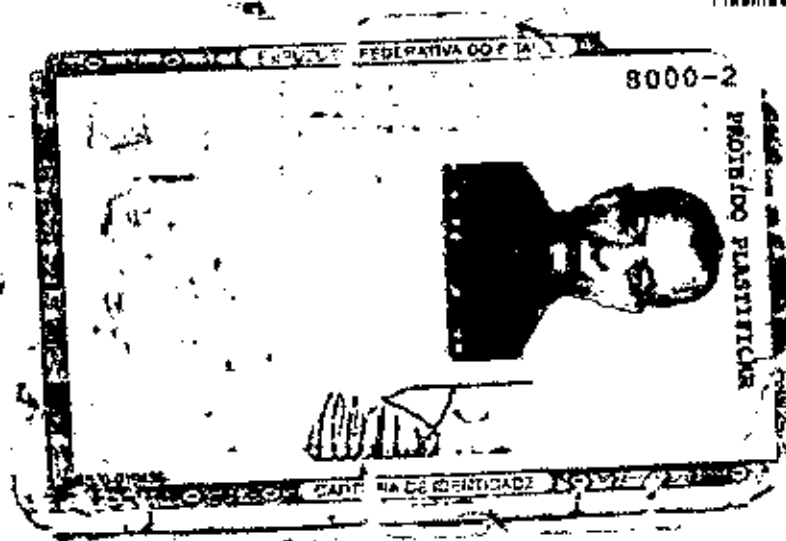
Sem alteração aos RX. Realizado atendimento, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 22/07/17

DATA DA EMISSÃO: 27/12/17

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



COMPRES
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2018
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

7.786.189-9 119 MAI/2010
JOSE ALBERTO BANDEIRA DO
NASCIMENTO
MANOEL ANTONIO DO NASCIMENTO
E JULIA BANDEIRA DE ASSIS
SURUBIM - PE 05/JUN/1955
SURUBIM-PE
IPOJUCA
CN: LV. A6 / FLS. 152 / N. 002701
006978408/67
16 Delegacia Distrital
L. 11.117, 16 DE FEVEREIRO DE 2002

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2010
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10494508

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei, nº 8.906/94)



REGISTRO NACIONAL DO AB

SIGNATURA DO PORTADOR
 Maria Cíntia Grilo da Silva

OBSERVAÇÕES



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
 MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

FILIAÇÃO
 JOSE EDUARDO DA SILVA
 KÁTIA DE LOURDES FERREIRA GRILLO

NACIONALIDADE
 SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO
 07/07/1988

RG
 2911924 SSP/PB

CPF
 051.690.444-29

DATA DE EXPEDIÇÃO
 06/08/2012

CONDOMÍNIO DE ORÇÃOS E TÍTULOS
 N/A

CONDOMÍNIO DE ORÇÃOS E TÍTULOS
 ODON BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO
 PRESIDENTE

REGISTRO NACIONAL DO AB

CUMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 11 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034969 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 22/07/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

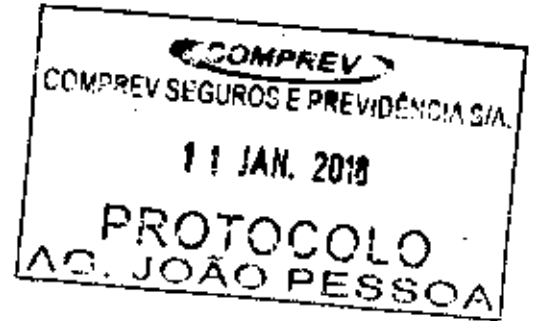
Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSAO: CABELEIREIRO **Nº DO RG:** 7.786.189-9
ORGÃO EMISSOR: SSP/SP **DATA DE EMISSÃO:** 11 / 05 / 2010
Nº CPF: 006.978.408-67 **ENDEREÇO:** R. HIRABIA, S/N - QD 547
LT 173-A - BAIRRO DAS INDÚSTRIAS - JOÃO PESSOA - PB.

OUTORGADO: Maxia Cinthia Guilo da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** casada
PROFISSAO: Advogada **Nº DO RG:** 17295
ORGÃO EMISSOR: OAB/PB **DATA DE EMISSÃO:** 1 / 1 /
Nº CPF: 05169049429 **ENDEREÇO:** Rua Capitão João
Pessoa, 602, Jaguaribe

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA - PB 20 de NOVEMBRO de 20 17

20 NOV. 2017

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

SOCIO
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
 Rua: Maria Angélica Santos Cerâmica
 João Pessoa - PB

PERÍODO DE NOTAS
 7 TABULETOS DE PROTECTOR
 PRAGA 1017 10-41 - CUM Nº 0
 CEP: 55013-010 - JOÃO PESSOA - PB
 FONE: (35) 3242-2000 - FAX: (35) 3242-2011

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de.....
 JOSE ALBERTO BANDEIRA DO NASCIMENTO.....

 Em test.da verdade. João Pessoa-PB-20/11/2017 11:39:48
 Dario dos Santos Lima - Escrivente
 [2017-032776]EVID:R\$ 49,23 FARPEN:R\$ 0,27 FEPO:R\$ 1,85 ICS:R\$ 0,00
 SELO DIGITAL: AF221989-AMUR-2017-11-20 11:39:48
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>