

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MIGUEL ARAUJO BATISTA**

Nº Sinistro: **3180135746**

Vitima: **MIGUEL ARAUJO BATISTA**

Data do Acidente: **17/01/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180135746**.

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 12575175



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MIGUEL ARAUJO BATISTA**

Sinistro: **3180135746**
Vítima: **MIGUEL ARAUJO BATISTA**
Data do Acidente: **17/01/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180135746** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Carta nº: 12674405

A/C: MIGUEL ARAUJO BATISTA

Nº Sinistro: 3180135746
Vítima: MIGUEL ARAUJO BATISTA
Data do Acidente: 17/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MIGUEL ARAUJO BATISTA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000922**

Conta: **000000032593-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

711.191.444-93

Nome completo da vítima

Miguel Araújo Batista

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Miguel Araújo Batista		CPF titular da conta 711.191.444-93	Profissão estudante
Endereço Jilva Nova Rod. PB. 230		Número 51N	Complemento
Bairro Jilva nova	Cidade Caldas Brandão	Estado PB	CEP 58350-000
Email 2eduardosilva@hotmail.com			Telefone (DDD) 99342-1170

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ A PARTIR DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

0922

(Informar dígito se existir)

00032593

(Informar dígito se existir)

(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.

Caldas Brandão de maio de 2017

Local e Data

Miguel Araújo Batista

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rosimilde Carneiro de Araújo

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

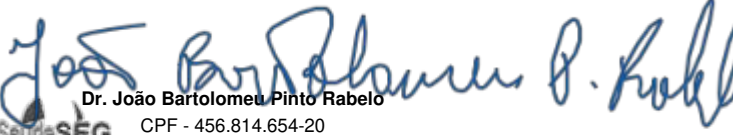
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180135746
Nome do(a) Examinado(a): Miguel Araujo Batista
Endereço do(a) Examinado(a): Rodovia Pb 230, S/N
Vila Nova Caldas Brandao PB CEP: 58350-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4685876
Data local do acidente: [17/01/2017]
Data local do exame: [09/04/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA TÍBIA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 20/06/2017
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MÊMBO INFERIOR DIREITO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MÊMBO INFERIOR DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | () "Sem seqüela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MÊMBO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17008823B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

JOSE SANDRO DE SOUZA OLIVEIRA/1069818

DATA/HORA:

17/01/2017 14:40

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

CALDAS BRANDAO/PB

BR:

230

KM:

82.7

SENTIDO:

Decrescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Pleno dia

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Active | Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Não

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



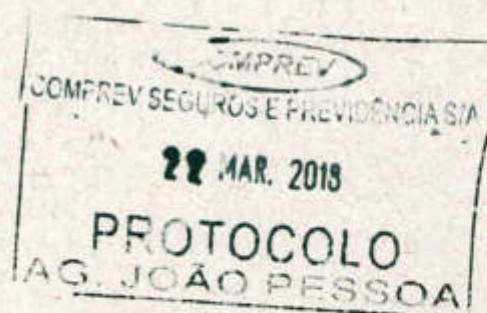
Sem Imagem

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F56338F26BDDF4467BB865BDD8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17008823B01

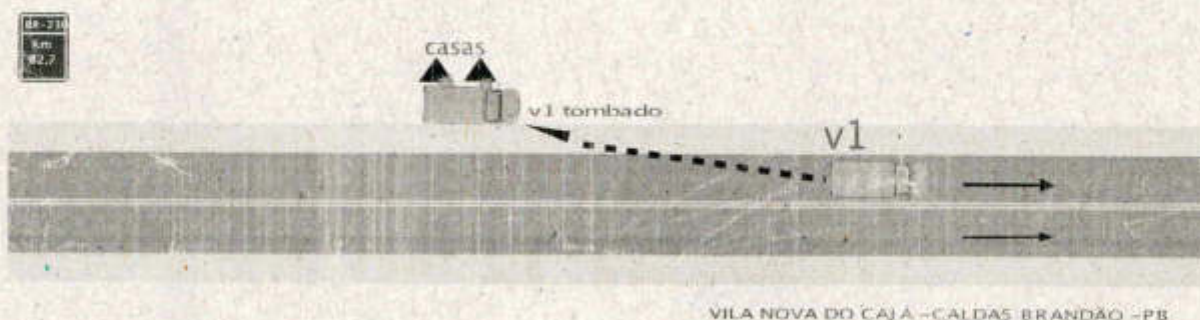
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de Pista	V1

Croqui



← CAMPINA GRANDE

JOÃO PESSOA →

Narrativa

CONFORME AVERIGUAÇÕES REALIZADAS NO LOCAL DO ACIDENTE, OCORRIDO NO KM 82,7 DA BR 230, NA LOCALIDADE DE CAJÁ, NO MUNICÍPIO DE CALDAS BRANDÃO -PB, VERIFICAMOS CONFORME VESTÍGIOS E DECLARAÇÕES VERBAIS DA TESTEMUNHA E DO CONDUTOR DO V1; UM CAMINHÃO VW/16.170 DE PLACAS: MNB-4409/PB, QUE O V1 SEGUIA SEU FLUXO NORMAL, E POR APRESENTAR ALGUM PROBLEMA MECÂNICO, PAROU SOBRE A RODOVIA E EM SEGUIDA, PASSOU A DESCER DE MARCHA A RÉ, JÁ QUE NO LOCAL EXISTE UM PEQUENO DECLIVE, TENDO O CONDUTOR SALTADO DO VEÍCULO, E ESTE VEÍCULO DESGOVERNADO, SAIU DA PISTA E TOMBOU COM A CARGA, ATINGIDO DUAS CASAS QUE FICAM ÀS MARGENS DA RODOVIA, CAUSANDO DANOS PARCIAIS NAS MESMAS, E CAUSANDO FERIMENTOS EM DUAS PESSOAS QUE SE ENCONTRAVAM EM UMA DELAS. OBS: FORAM QUEBRADOS DOIS POSTES DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, PERTENCENTES A CONCESSIONÁRIA DE ENERGIA.



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17008823B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: MNB4409	MARCA/MODELO: VW/16.170 BT	ANO FABRICAÇÃO: 1997
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Caminhão	
CHASSI: 9BWYTAGF2VRB02812	RENAVAM: 00683137352	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Carga	CATEGORIA: Aluguel	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: JOSENILDO SERGIO DA SILVA	CPF/CNPJ: 581.836.044-04
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: ITABAIANA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:




CARGA DE TIJOLOS

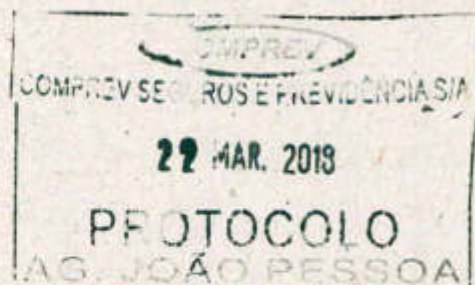
Encaminhamento

MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: Depósito credenciado
-------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

DEPÓSITO DA TRANSGUARD EM SANTA RITA - PB.

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:  Sem Imagem
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17008823B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MNB4409 / VW/16.170 BT		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: JONAS GALDINO DE ARAUJO	CPF: 082.176.204-40	DATA DE NASCIMENTO: 26/01/1990
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: EUNICE GALDINO DA SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA SAO PEDRO	NUMERO: 419
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: POPULAR
MUNICÍPIO/UF: SANTA RITA/PB	
TELEFONE: 83 - 986198136 / 993872984	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: D
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 05283994780	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 23/08/2011	VALIDADE DA CNH: 27/09/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		



Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
ETILÔMETRO DISPONÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: Não	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:		

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

FOI SUBMETIDO AO TESTE DE ETILÔMETRO, COM RESULTADO IGUAL A 0,00 PARA O USO DE ÁLCOOL.



IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	IMAGEM DE DECLARAÇÃO:  Sem Imagem
---	--

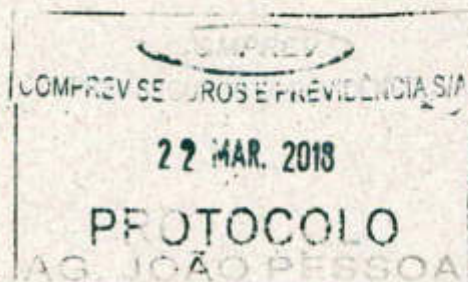
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA****DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**PROTOCOLO:**
17008823B01**STATUS:**
Encerrado**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO:
		Pedestre
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
JOSE ANTONIO BATISTA	062.739.944-47	23/09/1980
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
		Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	MARIA DO CARMO DA SILVA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO:		NÚMERO:
RODOVIA BR 230, VILA NOVA DO CAJÁ		S/N
COMPLEMENTO:		BAIRRO:
		VILA NOVA DO CAJÁ
MUNICÍPIO/UF:		
CALDAS BRANDAO/PB		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Leves		
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
ETILÔMETRO DISPONÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Sim		Não
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:	
Não	Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		
MORADOR DE UMA DAS CASAS ATINGIDAS PELO VEÍCULO. FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL POR UMA EQUIPE DO SAMU.		
IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:		IMAGEM DE DECLARAÇÃO:
 Sem Imagem		 Sem Imagem

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17008823B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO:
		Pedestre
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
MIGUEL ARAÚJO BATISTA	711.191.444-93	11/04/2001
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
		Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	ROSINEIDE CARNEIRO DE ARAUJO	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
RODOVIA BR 230, VILA NOVA DO CAJÁ	S/N
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
	VILA NOVA DO CAJÁ
MUNICÍPIO/UF:	
CALDAS BRANDAO/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Leves		
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
ETILÔMETRO DISPONÍVEL:	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:
Sim		Não
DESCRIÇÃO DA INDISPONIBILIDADE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:	
Não	Não	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:
MORADOR DE UMA DAS CASAS ATINGIDAS PELO VEÍCULO. SOCORRIDO PARA O HOSPITAL POR UMA EQUIPE DO SAMU.

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:	IMAGEM DE DECLARAÇÃO:



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO





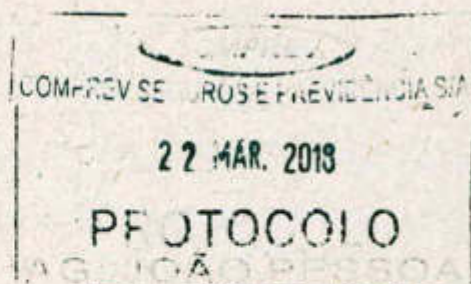
PROTOCOLO:
17008823B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO:
		Testemunha
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
JOSE LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA	098.803.867-60	
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO:		NÚMERO:
RODOVIA BR 230, VILA NOVA DO CAJÁ		S/N
COMPLEMENTO:		BAIRRO:
VIZINHO A BORRACHARIA MUTUCA		VILA NOVA DO CAJÁ
MUNICÍPIO/UF:		
CALDAS BRANDAO/PB		
TELEFONE:	EMAIL:	
83- 987128090		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	
IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:	IMAGEM DE DECLARAÇÃO:
 Sem Imagem	 Sem Imagem



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17008823B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MNB4409 / VW/16.170 BT

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

JOSE SANDRO DE SOUZA OLIVEIRA/1069818

NÚMERO DO BAT:

17008823B01

DATA/HORA:

17/01/2017 14:40

Item	Nome da Peça	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

DIMENSÃO DA MONTA:

Média

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17008823B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)



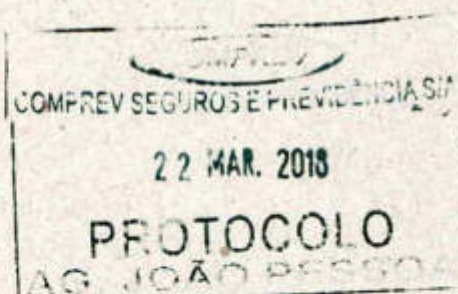
TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 24/01/2017 07:18

NÚMERO DE CONTROLE: 67F7F58338F26BDDF4467BB865BDD8

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIGUEL ARAUJO BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000032593-1

Nr. da Autenticação E0BC9164AA1F24A4

COMPRESSORES E PREVENÇÃO S/A
 22 MAR. 2010
 PFCOCCOIO

Fatura Mensal
 Número do Cartão: 526965XXXXX3655
 Atendimento a Clientes: 40049009
 Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura
 28/10/2017

Total da fatura
 R\$ 50,00

Pagamento R\$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encargos nesta fatura, incidindo sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínimo em caso de pagamento inferior ao valor total: R\$ 5,00.
 Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017



CTC RECIFE PE PLUS
 JOSE EDUARDO DA SILVA
 AV MARIA ROSA 58
 MANAIRA
 58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98668 2100044754 30 171017
 Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 19/10/17 Emissão: 13/10/2017

Demonstrativo		Cidade/Pais	Valor US\$	Crédito/Débito
Data	Descrição	Valor Original	Cotação	
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			
	Subtotal Nacional			
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			
	13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04			
	Subtotal Nacional			

Total Nacional
Total Internacional
Total da Fatura

Resumo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível	22276	Pontos a Expirar	1230
------------------	-------	------------------	------

ncargos	2,00 %
MULTA	1,00 %
IGRUA	5,00 %

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miguel Araújo Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 711.191.444-93 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Miguel Araújo Batista, inscrito (a) no CPF sob o Nº 711.191.444-93, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Stomaina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-400</u>
Email <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99242-1170</u>

_____ de _____
Local e Data

Assinatura do Declarante



CERTIDÃO

Nº. 0254/2017

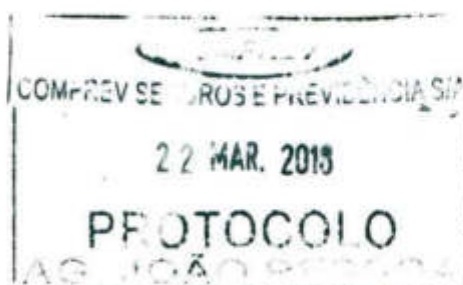
Atendendo solicitação de ROSINEIDE CARNEIRO DE ARAUJO, de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°908826, pertencentes ao menor **MIGUEL ARAUJO BATISTA** que foi atendido dia 17/01/2017 às 16h22min, vítima de capotamento, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Medicado e liberado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Fevereiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-704 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

PX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 922601

Atd: Nao Reg

Data: 17/01/2017

Hora: 16:22:58

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MIGUEL ARAUJO BATISTA

CNS: SEM CNS Sexo: M OUTROS: 1640960337200001 Fone: 91851381

Natural: GURINHEM/PB Data Nasc.: 11/04/2001 Id: 15 ano(s)

End.: RUA DODOVIA BR, 230

Bairro: CENTRO Cidade: CAJA UF: PB

Pai: ANTONIO BATISTA

Mae: ROSINEIDE CARNEIRO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: WASHINGTON LUIZ PEREIRA DE OLIVEIRA CHAVES

Tel/Doc. Responsavel: / IDENTIDADE: 2541075

Procedencia: BAIRRO VILA NOVA CAJA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.01.001479

FATURADO

FATURADO

Transporte utilizado: VEIO DE AMBULANCIA

Vitima de acidente por: CAPOTAMENTO HJ AS 15/30 PROX DA FAZENDA MICHELINE

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Lesão Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observacao

Ana Paula Camargo
COORDENADORA

Paciente com trauma

em extrusão de ossos para dentro da pele

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Fract. ossos da perna

Prescrição

1) Analgésico de ação rápida

2) Antibiótico de ação rápida

3) Observação por 24h

Dr. Daniel Braga Cavalcante
MÉDICO
CRM 9248 PB

Horário de atendimento

22 MAR. 2017

PROTOCOLO

Dr. Igor Nunes de Souza
Ortopedia e Traumatologia
TEOT-SBOT-2007

Dr. Raimundo

Ortopedia

Vitória de acidente de carro
apresentado para o pronto socorro

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

MD: Fratura Tibia @

CD: RTO Casca Verde

Osteossintese por 6h
relato c/ 7 dias.

Dr. Daniel Braga Cavalcante
MÉDICO
CRM 9248 PB

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030101007-2

030101007-2

030101007-2

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☒ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030101007-2



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Liguel Augusto Botelho		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
02/03/17		16/03/17			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
FX nos ossos peroneos D					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
Consolidação óssea					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
Sto cirurgia					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
cefalexina					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
CONDIÇÕES DE ALTA					
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)					
Paciente realizou tratamento cirúrgico					
DIETA: <u>livre</u>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>cefalexina</u>					
RETORNO Ao posto de saúde em _____					
Ao Ambulatório do _____					
para retirada de pontos.					
em 07 dias para revisão					
COMPREENSE-SE					
22 MAR. 2017					
MEDICO / CRM					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO: <u>PROTÓCOLO</u>					



PREFEITURA MUNICIPAL DE GURINHÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO MUNICIPAL DE AMBULÂNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO A OCORRÊNCIAS DA AMBULÂNCIA MUNICIPAL

INFORMAÇÕES DO ATENDIMENTO E PACIENTE

Data:	17/03/2017	Horário:	14:30	Local da ocorrência:	Vila Nova
Paciente:	Miguel Araújo Batista			Rua:	Vila Nova - Caldas Brand
Nome da mãe:	Rosimide Carmine Araújo			Bairro:	20200
Idade:	16 anos	Data de Nascimento:	11-04-01	Sexo:	M
PA:	110x80	Temperatura:	—	FC:	64 bpm
				FR:	18 rpm
				Pupilas:	Reativas a luz
					() Não reativas a luz
					() Outras?:
				CNS:	16409603372000
				Tel. Contato:	

HISTÓRICO CLÍNICO / SITUAÇÃO DO PACIENTE

Paciente consciente, orientado, queixando-se de dor, apresentando edema e suspeita de fratura em MTD. Paciente encaminhado ao H. Outatama com intermediários.

DESTINO DO PACIENTE

Destino:	Hospital Outatama	Data da Saída:		Hora da Saída:	
Motivos / Observações:					

DADOS DA EQUIPE

Assinatura e COREN da Enfermeira (o):	Nome e COREN do Tec. De enfermagem:	Condução:
Jordana Maria COREN: 435.611	COMPREV SEC. ROS E PREVID. ENFERMAGEM 22 MAR. 2018	José
Data da ocorrência:	Hora da ocorrência:	Veículo da Unidade Móvel
17/03/2017	14:30	Nº: 2452

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

087.367.834-63

ROSINEIDE CARNEIRO DE ARAÚJO

16/11/1982

COMPRESE ROS E PREVID. DA SIF

27 MAR. 2013

PF JTOCOIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P/917

ROSINEIDE CARNEIRO DE ARAÚJO

16/11/1982

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL

ROSINEIDE CARNEIRO DE ARAÚJO

Luis Antonio da Silva
Ines Carneiro de Araujo

16.11.1982

DATA DE NASCIMENTO

Gurinhém-PB

NATURALIDADE

Cart. Nasc. 5489. Fls. 172. Liv. A/6. Cart.

Gurinhém-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

16 DE 2008/83

AG 1004
PROTÓCOLO
 22 MAR. 2018
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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



12578

12578

12578

JOSE EDUARDO DA SILVA

12578

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOAO PESSOA-78

1.054.882 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO 02/04/1967

455.536.024-81

16/04/2018

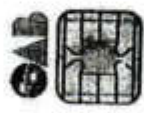
ATA 22 MAR. 2018

ATA 22 MAR. 2018

05701485



ATA 22 MAR. 2018



ATA 22 MAR. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180135746 **Cidade:** Caldas Brandão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIGUEL ARAUJO BATISTA **Data do acidente:** 17/01/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Rosineide Carneiro de Araújo,
brasileiro(a), estado civil casada, profissão
agricultora, CI RG nº 3330412,
CPF/MF nº 087.367.834-63, residente e domiciliado(a) à Rua
Vila Nova - Rod. PB-230, 512,
Cidade de Caldas Brandão, Estado
Paraíba, CEP: 58350-000, telefone
893 26 1057, * 98663-4900-99342-1170

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELIONATO

Reconheço a(s) Firma(s) Rosineide Carneiro de Araújo

Caldas Brandão 17 de 05 de 2017

Em Testemunha [assinatura] da verdade

☒ Edneide Alves de Paiva - Oficial

☒ Ednaldo Alves de Paiva Junior - Substituto

Caldas Brandão, 17 de maio de 20 17.

Rosineide Carneiro de Araújo

OUTORGANTE

Selo Digital PCR85P12-WJW2
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

