



Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2016

Carta nº: 9224989

A/C: JOSIVANIA MARQUES PEREIRA

Sinistro: 3160345045 ASL-0910905/16
Vitima: MATEUS KARDEWALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES
Data Acidente: 24/03/2016
Natureza: MORTE
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 Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta n°: 9579086

A/C: JOSIVANIA MARQUES PEREIRA

Sinistro: 3160345045 ASL-0910905/16
Vitima: MATEUS KARDEWALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES
Data Acidente: 24/03/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório 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 Investprev 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, 02 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10452488

A/C: JOSIVANIA MARQUES PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160345045 ASL-0910905/16

Vitima: MATEUS KARDEWALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES

Data Acidente: 24/03/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação 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 **Investprev Seguradora S/A** 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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2017

Carta nº 11406201

a/c: JOSIVANIA MARQUES PEREIRA

Sinistro: 3160345045 ASL-0910905/16
Vitima: MATEUS KARDEWALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES
Data Acidente: 24/03/2016
Natureza: MORTE
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.seguradoralider.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


-0014*

Comments in comments.

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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.

EU, JOSIVANIA MARQUES PEREIRA

POR TADOR(A) DO RG N° 3.543.498 EXPEDIDO POR S.S.D/S/PB EM 14.05.07 E

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.260,00, E N A QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

E RECONHECIMENTO DE MATEUS KARDEVALETY DE O. RODRIGUES, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO, DO VENCIMENTO DA PREVIDÊNCIA PESOAS FÍSICAS, E TAMBÉM DO SEGURO DPVAT DA VITIMA MATEUS KARDEVALETY DE O. RODRIGUES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou TDA;
 - 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de 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)

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1960 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 810 99 - 6

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

Jean-Pierre des Abbayes

CARTÓRIO
de 16
VIEIRABATISTAS

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que varia de acordo com a data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em despesas médicas.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvat.gov.br.

SRRVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Taboão / Bnd. Residencial Vieira Batista - Subdistrito
Av. 4 de Julho, 41 - Vila das Flores - CEP 05650-010 - Águas Claras - Distrito Federal - DF 20230-010
Fone/Fax: (61) 3342-5500 / 3342-5501
E-mail: rvb@bol.com.br
Site: www.vieirabatista.com.br

DECLARAÇÃO

À SEGURADORA LIDER.

EU, Josivânia Marques Pereira

PORTADOR DO CPF: 097.000.714-05 VENHO DECLARAR QUE
FUI A AGÊNCIA DO(A) e c f E MINHA
CONTA: 00081099-6 E AGÊNCIA 1960 ENCONTRA-SE ATIVA,
DESBLOQUEADA E SEM LIMITES PARA MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS, SENDO ASSIM,
FICA POSSÍVEL O DEPÓSITO REFERENTE A MINHA IDENIZAÇÃO DO DPVAT.

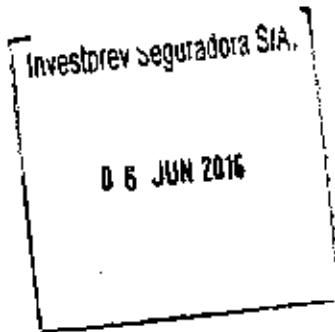
JOÃO PESSOA, 08 DE ABRIL DE 2016.

Josivânia Marques Pereira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Investorev Seguradora S/A,

06 JUN 2016





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
10º DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/n, Bairro do Calolé – Campina Grande/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL

Hora e data do fato: Às 17:30, do dia 24 de março de 2016

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: As 14:52, do dia 5 de abril de 2016.

Local do Ocorrência: SITIO BACHIO, ÁREA RURAL DE CAJAZEIRAS/PB.

COMUNICANTE: JOÃO AGLESMAR RODRIGUES DA SILVA, do sexo masculino, nascido no dia 31/08/1964, com 51 anos de idade. ID: 675.728-2^aVIA-SSP/PB, AUTÔNOMO, filho de JOSÉ CASUSA DA SILVA e de FRANCISCA GUILHERMINA DA CONCEIÇÃO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAJAZEIRAS/PB. BRASILEIRO, residente na RUA VITALIANO BARBOSA DE ALBUQUERQUE, complemento 275, bairro MANGABEIRA, na cidade de JOÃO PESSOA, PB, celular N° 98850.6393..

VÍTIMA: MATEUS KARDEVALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES, , do sexo masculino, nascido no dia 07/10/1990, com 25 anos de idade, ID: 3.700.031-SSP/PB, CPF: 097.712.274-32, BALCONISTA, filho de JOÃO AGLESMAR RODRIGUES DA SILVA e de ANA LÚCIA DE OLIVEIRA RODRIGUES, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de CAJAZEIRAS/PB, BRASILEIRA, residente na AV. PEDRO GONDIM, complemento S/N, bairro CNETRO, na cidade de CAJAZEIRAS, PB.

TESTEMUNHAS: A SEREM APRESENTADAS POSTERIORMENTE.

ACUSADO(S): A INVESTIGAR.

HISTÓRICO: Informa o comunicante, que por volta das 17h30min do dia 24.03/2016, o seu filho MATEUS KARDEVALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES, de 25 anos de idade, estava trafegando pelo Sítio Bachio, área rural de Cajazeiras/PB, conduzindo a motocicleta YAMAHA/YBR 125, de cor preta, cuja placa o comunicante não sabe informar, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após transpor em alta velocidade um quebra molas não sinalizado, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado inicialmente para o hospital Regional de Cajazeiras/PB e no dia seguinte transferido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde permaneceu internado até a data de hoje, quando foi a óbito ~~por volta das 05h30min.~~ em decorrência dos ferimentos sofridos. Que, no momento do acidente não estava chovendo e o

José Alves Portela de Souza

Avesflore Seguradora S/A.

- 6 JUN 2018

visibilidade do local era boa; Que, não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTran.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO A DELEGACIA COMPETENTE.

AUTORIDADE

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE

JOÃO AGLESMAR RODRIGUES DA SILVA

ESCRIVÃO

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO



SÓLITO
SENAI Centro de Desenvolvimento Profissional e Social
Av. Rio Branco, 1000 - Centro
Cidade de João Pessoa - PB
CEP 58010-000
Fone/Fax: (83) 3241-2300 - Fax: (83) 3241-2300

PEDIDO DE NOTA
Nº TABERNÁCULO DE PROTESTOS
PREÇA UNIT. R\$ 0,25 C/ENC. 00
CEP 58010-000 - JOÃO PESSOA - PB
FONE/FAX: (83) 3241-2300 - FAX: (83) 3241-2300

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB 28/04/2016 13:07:20

João Francisco da Silva - Escrivente

[2016-033301] END: R\$ 2,12 FAREM: R\$ 0,25 FTE: R\$ 0,00 ITR: R\$ 0,11

SELLO DIGITAL: AF00003-VFIN

Confira a autenticidade em <https://selodigital.sefaz.pb.gov.br>

Francisco da Silva
SÓLITO
SENAI Centro de Desenvolvimento Profissional e Social

Investorev Seguradora S/A

06 JUN 2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
10ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/n, Bairro do Catolé – Campina Grande/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL**

Hora e data do fato: Às 17:30, do dia 24 de março de 2016.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 14:52, do dia 5 de abril de 2016.

Local do Ocorrido: SITIO BACHIO, ÁREA RURAL DE CAJAZEIRAS/PB.

COMUNICANTE: JOÃO AGLESMAR RODRIGUES DA SILVA, do sexo masculino, nascido no dia 31/08/1964, com 51 anos de idade, ID: 675.728-2ºVIA-SSP/PB, AUTÔNOMO, filho de JOSÉ CASUSA DA SILVA e de FRANCISCA GUILHERMINA DA CONCEIÇÃO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAJAZEIRAS/PB, BRASILEIRO, residente na RUA VITALIANO BARBOSA DE ALBUQUERQUE, complemento 275, bairro MANGABEIRA, na cidade de JOÃO PESSOA, PB, celular Nº 98850.6393..

VÍTIMA: MATEUS KARDEVALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES, do sexo masculino, nascido no dia 07/10/1990, com 25 anos de idade, ID: 3.700.031-SSP/PB, CPF: 097.712.274-32, BALCONISTA, filho de JOÃO AGLESMAR RODRIGUES DA SILVA e de ANA LÚCIA DE OLIVEIRA RODRIGUES, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, EM UNIÃO ESTÁVEL, natural de CAJAZEIRAS/PB, BRASILEIRA, residente na AV. PEDRO GONDIM, complemento S/N, bairro CNETRO, na cidade de CAJAZEIRAS, PB.

Investigado Seguradora S/A

TESTEMUNHAS: A SEREM APRESENTADAS POSTERIORMENTE.

ACUSADO(S): A INVESTIGAR.

06 JUN 2016

HISTÓRICO: Informa o comunicante, que por volta das 17h30min do dia 24.03/2016, o seu filho MATEUS KARDEVALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES, de 25 anos de idade, estava trafegando pelo Sítio Bachio, área rural de Cajazeiras/PB, conduzindo a motocicleta YAMAHA/YBR 125, de cor preta, cuja placa o comunicante não sabe informar, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após transpor em alta velocidade um quebra molas não sinalizado, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado inicialmente para o hospital Regional de Cajazeiras/PB e no dia seguinte transferido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde permaneceu internado até a data de hoje, quando foi a óbito por volta das 05h30min, em decorrência dos ferimentos sofridos; Que, no momento do acidente não estava chovendo e a

Foto Atualizada em 8/4/2016

visibilidade do local era boa; Que, não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares do BPTran.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO A DELEGACIA COMPETENTE.

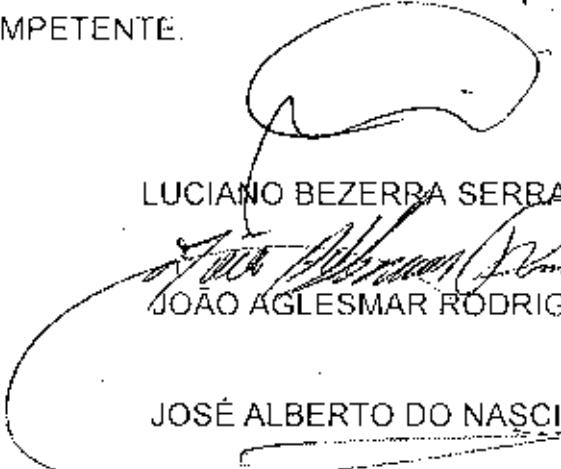
AUTORIDADE

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE


JOÃO AGLESMAR RODRIGUES DA SILVA

ESCRIVÃO


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Investigação Segurada

06 JUN 2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDAO DE ÓBITO

NOME:

MATEUS KARDEVALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES

MATRÍCULA:

0697730155 2016 4 00081 156 0033007 45

SEXO:

Masculino

COR:

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteiro, 25 anos

NATURALIDADE/UF:

Cajazeiras-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF nº 097.712.274-32

ELEITOR:

NÃO INFORMADO

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA DO FALECIDO:

JOÃO AGLESMAR RODRIGUES DA SILVA e ANA LUCIA DE OLIVEIRA RODRIGUES. Residia na(s) AV. PEDRO GONDIM S/Nº CENTRO no município de Cajazeiras-PB.

DATA E HORA DO FALECIMENTO:

Sexta-feira, dia 05 de abril de dois mil e dezessete - 06:30

DIA

MÊS

ANO

05

04

2016

LOCAL DO FALECIMENTO:

Hospital de Emergência e Trauma D. Luiz G. Fernandes no município de Campina Grande-PB

CAUSA DA MORTE:

TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO VITIMA DE QUEDA DE MOTO, SITIO BACHIO, ZONA RURAL CAJAZEIRAS-PB SENDO CONDUZIDO PARA IML DE CAMPINA GRANDE-PB

NOME DO MÉDICO / CRM:

Reginaldo A.P. Teixeira - CRM: 6999

LOCAL DO SEPULTAMENTO:

CEMETÉRIO LOCAL DE JOÃO PESSOA-PB

DECLARANTE:

JOÃO AGLESMAR RODRIGUES DA SILVA, pai do falecido, brasileiro, casado, com 51 anos de idade, Autônomo, residente e domiciliado R. VITALIANO BÁRBOSA DE ALBUQUERQUE N° 275, MANGABEIRA II, João Pessoa-PB, natural de Cajazeiras-PB.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES:

Registro lavrado em 05/04/2016, no Livro C-00081, Nº 33007, folha 156. Foi apresentada a Declaração de Óbito n° 220235986. O FALECIDO DEIXA UMA UNICA FILHA MENOR DE IDADE, NÃO DEIXA BENS, ERA BALCONISTA, NADA MAIS FOI DECLARADO.

Investigador Segurado(a) S/A,

NOME DO OFÍCIO:

Carone de Registro Civil de José Pinheiro

06 JUN 2016

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Campina Grande-PB, 5 de Abril de 2016.

Francisco Solano Rodrigues

Oficial do Registro Civil

Selos Digitais: ACV52734-VZ96

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.jpb.jus.br>

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Av. Ribeirão Vieira Batista - Tabuleiro J. Boa!, Residencial Vieira Batista - Subdistrito

Belo Horizonte-MG - CEP 31260-001 - tel. (31) 3280-7150

E-mail: cartoriojosepinheiro@hotmail.com

Autentico a presente cópia, reprodução ou cópia de documento originalmente apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB - 05/04/2016 19:58:31

Cartório de José Pinheiro

05/04/2016 19:58:31

E-mail: cartoriojosepinheiro@hotmail.com

SELÔ DIGITAL: ACV52734-VZ96

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.jpb.jus.br>

CARTÓRIO DE JOSE PINHEIRO

ZONA LESTE

Maria Desjardins Batista

Escrevendo Autorizado

CAMPINA GRANDE-PB



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
Tabelião Antônio Holanda - S/N- Centro - Cajazeiras - PB
Tel: (83)3531-3563/3531-2736



DECLARAÇÃO

Investiprev Seguradora S/A

18 JAN. 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

Declaramos que, no dia 25/03/2016 a ambulância de placa QFF8147, da localidade de Cajazeiras, dirigida pelo motorista Valdeci de Oliveira da Silva, conduzindo o paciente Mateus Kardevally de Oliveira Rodrigues, vítima de acidente de moto, para atendimento na cidade de Campina Grande – PB.

Cajazeiras, 25 de março de 2016

Isabel Cristina
Albuquerque Figueiredo
COORDENADORA DO SETOR DE
TRANSFERÊNCIAS DO HRC.
MATRÍCULA: 306.408-5

Isabel Cristina Albuquerque Figueiredo
Coordenadora do Setor de Transferências do HRC
Mat. 306.408-5

400-155
Deckardia Crowley SUSEP 44592

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSIVÂNIA MARQUES PEREIRA

RG nº 1.543.498, data de expedição 11/05/07, Órgão
SOS/PIB, CPF nº 037.000.714-05 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)	RUA RAD. NEWTON JUNIOR
Número	175
Apto / Complemento	1º ANDAR
Bairro	P. BOA ESPERANÇA
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	PARAÍBA
CEP	58089-160
Telefone de contato	(83) 9 8850 - 6393 / 98838-4807
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOSÉ PESSOA, 08/04/2016

CARTÓRIO

Assinatura do Declarante:  Jeferson xforionia Mangues Pereira

Investment Securities

06 JUN 2016



400-155
Deckardia Crowley SUSEP 44592

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSIVÂNIA MARQUES PEREIRA

RG nº 1.543.498, data de expedição 11/05/07, Órgão
SOS/PB, CPF nº 097.000.714-05, 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)	RUA RAD. NEWTON JUNIOR
Número	175
Apto / Complemento	1º ANDAR
Bairro	P. BOA ESPERANÇA
Cidade	JOAÍS PESQUERA
Estado	PARANÁ
CEP	58089-160
Telefone de contato	(83) 9 8850 - 6393 / 98838-4807
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOSÉ PEREIRA, 08/04/2016

CARTÓRIO

Assinatura do Declarante:  Jeferson xforionia Mangues Pereira

Investment Securities

06 JUN 2016



TAMARA MARIA SOUZA CORRÊA
RUA RODRIGO NEWTON JÚNIOR, 1751 ANDAR 1º BLOCO ESTÉRILICA
JOÃO PESSOA/PB CEP 58081-050/051

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Rotação: 14 - 5 - 572 - 9400 Referência: Fevereiro/2016
Nº medidor: 000000078307 Emissão: 23/02/2016

ENERGISA PB S/A - DEPARTAMENTO DE ENERGIA SA
BR 250, Km 26 - Cidade Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58017-870
CNPJ: 00.005.169/0001-40 - Ins. Ed 10.015.022-0
Nota Fiscal/Contrato Encargo: N001.020.003
Código para Série de Conta: 0001020100

Atendimento ao Cliente: 0800-085-0796

Conta referente a: 01/13 (Início do Contratado): 5/1358131-5

Fev/2016

Redução de valor da tarifa média para o potrope I: R\$ 3,00
a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/01/2016.

23/02/2016

Data prevista da
proxima leitura:

23/03/2016

CPV-CHEV-RANI

ANALISADO	ATUALIZADO	CONSTANTE	EXCEPCIONAL
001123456789123	Dia - Leitura	Dia - Leitura	

Fatura de 01/03/2016

DETALHAMENTO	
Balancete	Consumo em kWh
Consumo em kWh	13
Adm. B. Variável	0,00
IAMS	12,52
PIS	0,00
COFINS	3,00
LAVAMENTO DE SERVIÇOS	
CONTROLE SERVIÇOS PÚBLICOS	
	2,00

Histórico de Consumo (kWh)

Janeiro	73
Dez/15	73
Nov/15	74
Out/15	85
Sep/15	76
Agosto	78
Jul/15	73
Jun/15	134
Mai/15	74
Abr/15	73
Mai/15	112
Dez/14	78

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
100%	50,00%	50,00
PIB	60,00%	36,00
COFINS	6,00%	3,60
TOTAL A PAGAR		56,60

Média dos últimos meses:
76 kWh

01/03/2016 R\$ 52,09

b036.8618.5377.87b4.4636.6f15.2b12.815e

Indicadores de Qualidade (2015, Fornecimento)

Licitante	Aplicado	Limite de Tensão (V)
DCI-MENSA	6,70	0,00
DCI-TRONSTRA	11,34	N/000000
DCI-ANUAL	22,68	
FIC-MENSA	3,00	0,00
FIC-TRONSTRA	6,97	CONTRATADOR
FIC-ANUAL	13,95	LIMITE SUPERIOR: 231
GRCI	3,29	0,00
DCRI	11,72	

Observação	Valor (R\$)	%
Bônus de Dist. de Energia/P9	11,32	21,72
Combate à Energia	18,13	34,81
Serviço de Fazendado	0,00	1,80
Encargos Sociais	3,59	6,90
Imposta Distrital e Encargo	18,17	34,98
Outros Bônus	0,00	0,00
Total	62,03	100,00

Válida: 01/03/2016 a 22/03/2016 R\$ 52,09

ATENÇÃO

REAJUSTO: Caso não houver cotação contratada em fevereiro, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/03/2016. O pagamento sobre essa data não poderá ser considerado de direito, caso o fornecedor não tenha contrato com as empresas que não estejam na base de fornecedores para comprimento das suas respectivas obrigações contratuais ou devidas ao fornecedor.

ESTE PERÍODO NÃO VALERÁ PARA AS FATURAS DE REAJUSTAMENTO, MAS SIM AS FATURAS DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA, QUE SÓ VAI COMEÇAR A SER FEITA A PARTIR DE 01/03/2016.

Este documento é de propriedade da Energisa S.A. e deve ser devolvido imediatamente.

O fornecimento só pode ser iniciado se a propriedade da base de fornecedores estiver garantida.

Manterá-se a mesma faturação de fevereiro.

LAR GOMES PERINHOES
PRAIA VERDE 1009, 200 - JARDIM NORTE
CEP 69060-073 CEP: 69050-000 (INC. 1)

Concessionária: RENNER SISTEMAS MONOCAMPO
Rodovia: 13-1 - KM 100
Referência: 04212015
Telefone: (65) 3122212
Entrega: 22/12/2015

Preço: R\$ 323,42
Data de Vencimento: 30/12/2015
Código de barras: 650400100013-7
Site: www.rennersistemas.com.br



00016*

Impressão:

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196 | www.rennersistemas.com.br

Data: 06/06/2016 10:00 Hora: 6328 1426 8640

Conta referente a: UC (Unidade Consumidor) 3/478190-3

Código da unidade:

Dez / 2015

Novo nome: Agua potável. Tudo contra a dengue, zika e chikungunya.

Apresentação:

22/12/2015

Data proibida da
próxima leitura

21/01/2016

CPF/CNPJ/IEC

70000000001

Classe de consumo:

Referências à leitura

Anterior

Atual

Constante

Consumo

Dias

Data Leitura Data Leitura

2015-12-22 0000 2015-12-22 0000

Consumo em kWh

400

0,4017

175,83

Adm. B. Variável

18,00

DEPÓSITOS E ENCARGOS

(VALOR PAGO DE CLÁUSULAS R\$ 001,00 | REBATE 27,00%)

81,41

IB

4,00

CPME

21,31

CONTROLE SERVIÇOS PÚBLICOS

0,00

JUROS DE MORA 11/2015

0,00

MULTA 11/2015

5,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

(kWh)

Nov/15	60
Out/15	325
Sep/15	448
Agosto/15	280
Julho/15	277
Junho/15	250
Mai/15	250
Abril/15	612
Marc/15	610
Fev/15	420
Janeiro/15	240
Dez/14	214

Média dos últimos meses:

402,400

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

30/12/2015

R\$ 323,42

Indicadores de Qualidade: 2015-12-0000

Unidades Apuradas Unidade de Controle (U)

de ÁGUA



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 Laci Gomes Ferreira, portador(a) do RG nº 2.520.669, expedido por SSP / PD, em 28/11/12, CPF/CNPJ nº 794.586.614-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Josivania Marques Pereira do sinistro de DPVAT da natureza Morte da vítima Mateus Kardevally de O. Rodrigues, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ATENDENTE Renda Mêsal: R\$ reemborso

Documentos comprobatórios: ENH e comprovante renda

Laci Gomes Ferreira
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Investores Segurados...

06 JUN 2016

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 Leticia Gomes Fernandes, portador(a) do RG nº 2.520.669, expedido por SCV / PDS, em 28/11/12, CPF/CNPJ nº 394.586.114-045, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Luiz Marques Pereira do sinistro de DPVAT da natureza Morte da vítima Maíra Karla Kelly de O. Marques, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADM DIRETIVA Renda Mensal: R\$ 690,00

Documentos comprobatórios: Carteira de Identidade - Cédula de Cidadania

Investprev Seguradora S/A.

19 JUL 2010

Cecília Fernandes
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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 COAF.

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 da 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.

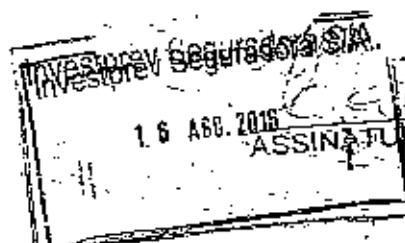
Relo exposto, eu, JACI GOMES FERREIRA, portador(a) do RG nº 21.526.669, expedido por SFP/PD, em 22/11/12, CPF/CNPJ nº 794.536.174-031, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) JOSE JOSÉ, do sinistro de DPVAT da natureza MOTOCICLETA, da vítima MATEUS KAROVSKI VIEIRAS, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Professão: Enfermeira

Renda Mensal: R\$ R\$ 1.000,00

Documentos comprobatorios:

Classification of Plants





*0018-
Documentário de regularização

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(am), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima MATEUS KARDEVALLY O. RODRIGUES, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 24/03/16, faleceu em 05/04/16, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. EVELYN KAVANNA M. Oliveira	FILHA		
2.			
3.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima (x) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser a expressão da verdade e sem qualquer vício da vontade ou de consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 02(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa quanto judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro Dpvat.

JOÃO PESSOA, 08/04/2016
LOCAL E DATA

Joséônio Moraes Pereira
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

X
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

QUADRO 1

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENORES DE IDADE *			
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

QUADRO 2

DADOS DAS TESTEMUNHAS			
NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. EUDALDO GOMES DE MEDEIROS	1.384.938-2ºV.-PB	325.830.104-68	<u>Eudaldo Gomes de Medeiros</u>
2. WALDIR CABRAL DOS SANTOS	83057-PB	396.306.684-91	<u>Waldir Cabral dos Santos</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) E 18 ANOS INCOMPLETOS, o beneficiário deverá assinar normalmente no campo ASSINATURA DO DECLARANTE, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

INTERLOCUTOR ESPECIFICAÇÃO: _____
06 JUN 2016

3 Nov 345015



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(smos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima MATEUS KARDEWALY O. RABELO²⁵, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 24/10/2016, faleceu em 05/10/2016, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. <u>EVELYN KAVANNA M. Chaves</u>	<u>FILHA</u>		
2.			
3.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(smos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(s) ou () deixou companheiro(s) de nome _____

Por ser a expressão da verdade e sem qualquer vício da vontade ou de consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 02(dois) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa quanto judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro Dpvat.

Joaí Peixoto, 08/10/2016
LOCAL E DATA

Joá Jiméia Silveira Peixoto
ASSINATURA DO DECLARANTE

X ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

QUADRO 1

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(I)S MENORES DE IDADE *			
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>JOAÍ VÂNIA MARIA PEIXOTO</u>	<u>3.543.497.13.09.00-24</u>	<u>305.230.109-63</u>	<u>joá Jiméia Silveira Peixoto</u>
2.			

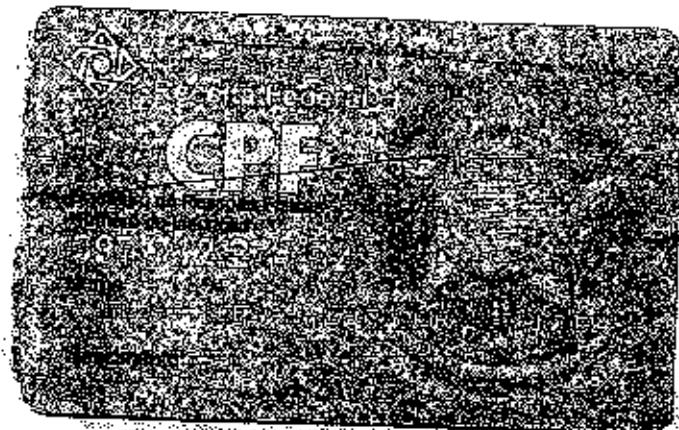
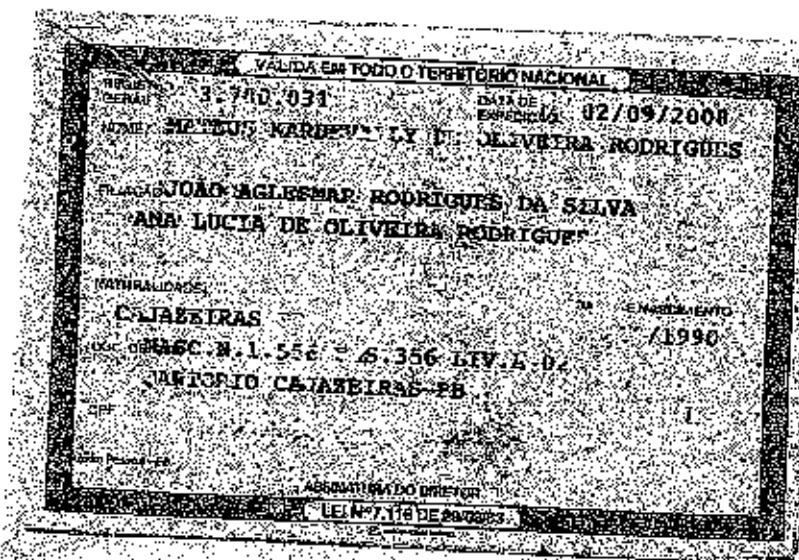
QUADRO 2

DADOS DAS TESTEMUNHAS			
NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>EDUARDO GOMES DE MORAES</u>	<u>1.384.031-241-13</u>	<u>095.230.109-63</u>	<u>eduardo gomes de moraes</u>
2. <u>VALÉRIA CAIS DEL DUS SANTOS</u>	<u>14.305.777-73</u>	<u>342.316.094-71</u>	<u>valéria cais del dus</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

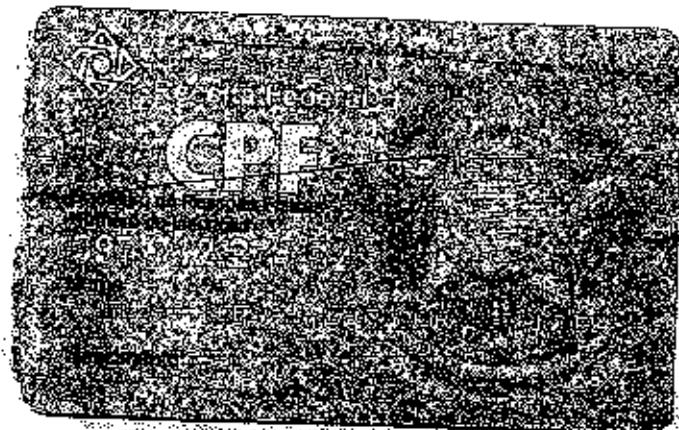
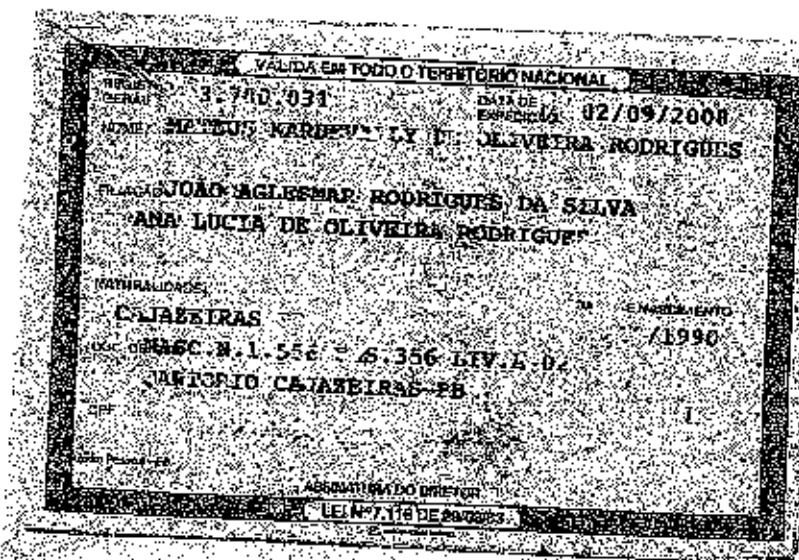
- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) E 18 ANOS INCOMPLETOS, o beneficiário deverá assinar normalmente no campo ASSINATURA DO DECLARANTE e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro INVESTITREV Seguradora S/A.

19 JUL. 2016



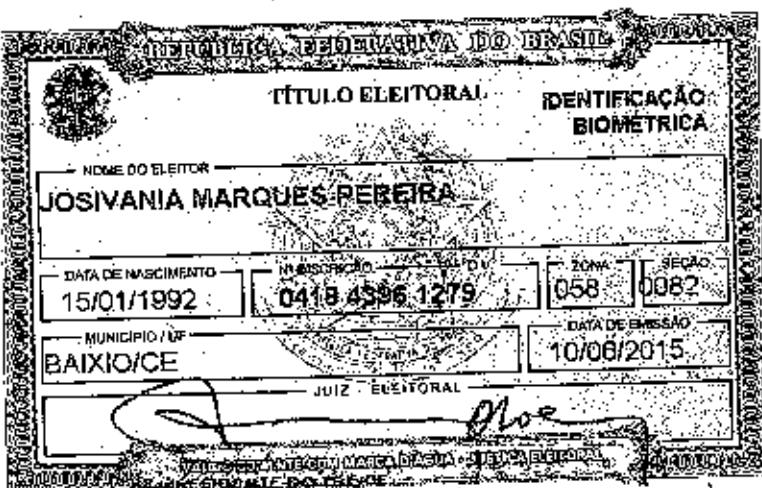
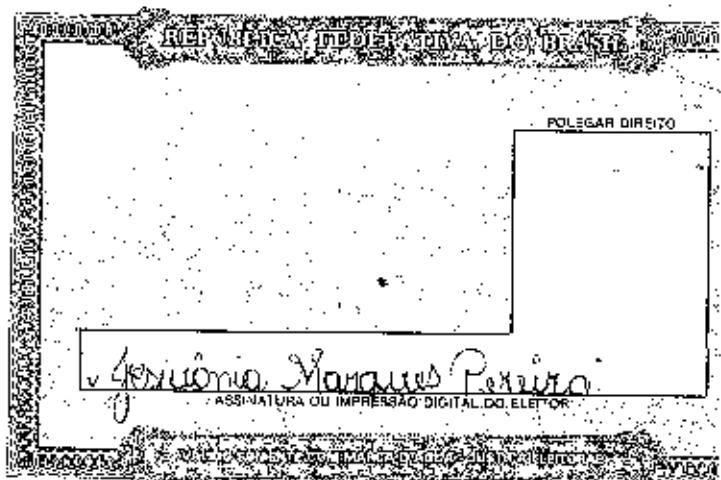
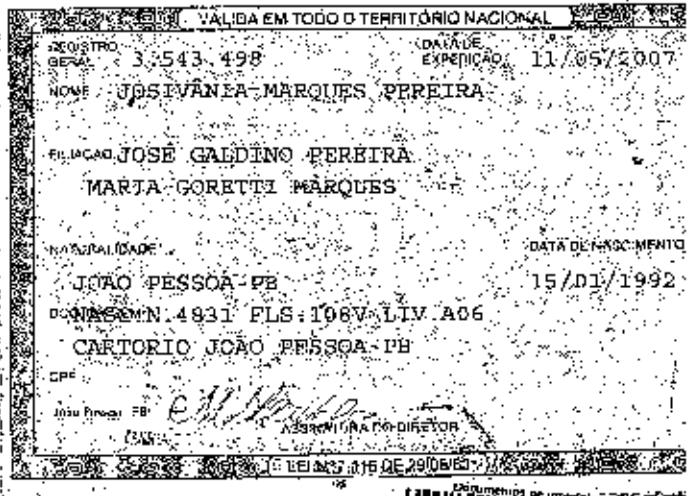
Investorev Seguradora S.A.

06 JUN 2016



Investorev Seguradora S.A.

06 JUN 2016





[Assinatura Registrada 616.]

06 JUN 2016



= Documento de Sobreaviso =

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SERVIÇO REGISTRAL ALCÂNTARA BRITO**



4º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Cruz das Armas, n.º 400 – Cruz das Armas – João Pessoa – PB – CEP 58085-000 – Telefax: (83) 242-6713

Maria de Lourdes Alcântara Brito Wanderley (titular)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

MATRÍCULA

073106 0155 2012 1 00094 150 0090115 35

Certifico que, às folhas 150, do livro A-94, de Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de **EVELLYN KAUANNA MARQUES DE OLIVEIRA**, nascida aos vinte de abril de dois mil e doze (20.04.2012), às 12 horas e 43 minutos, na Maternidade Frei Damião, João Pessoa-PB, do sexo feminino, filha de **Mateus Kardevally de Oliveira Rodrigues** e **Josivânia Marques Pereira**. São avós paternos: **João Aglesmar Rodrigues da Silva** e **Ana Lucia de Oliveira Rodrigues** e maternos: **José Galdino Pereira** e **Maria Goretti Marques**.

Foi declarante o pai - DNV 30-57115679-9.

Observações: Esta certidão não contém rasuras. O registro foi lavrado aos 22.04.2012.

O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa, 22 de abril de 2012

Simone Goretti Rufino Brandão

Escrevente Autorizada

Simone Goretti Rufino Brandão
Escrevente

Inscritório Segurança

SERVÍCIO REGISTRAL ALCÂNTARA BRITO

Maria de Lourdes Alcântara Brito Wanderley

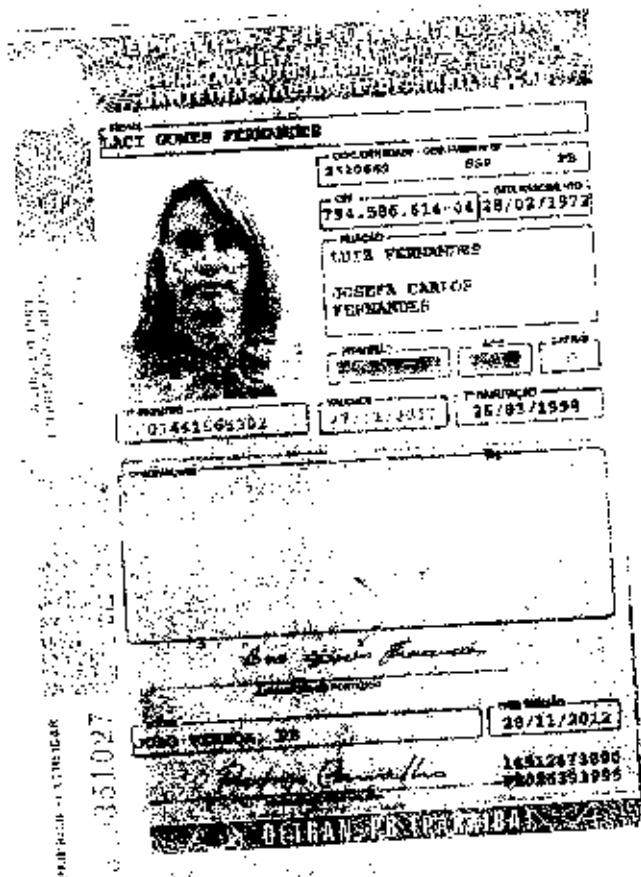
Regradora Pública

Av. Cruz das Armas - 400 João Pessoa-PB

Telef: (83) 242-6713

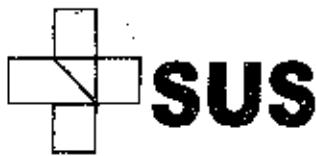
VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALquer ALTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

034374 A



Investores Seguradora S/A

06 JUN 2016



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0020-23

ENDERECO: TABELIÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25

PACIENTE

NOME: MATOS R. O. RODRIGUES SEXO: M IDADE: 26

PROFISSÃO: AUTÔNOMO DOCUMENTO:

ENDERECO: PEDRO MORENO 60021-000 - 751

MUNICÍPIO: CUNHA BONITA ESTADO: PB

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 2500770 CNS: 2101031580900008

DATA DO NASCIMENTO: 27/10/90 DATA DO ATENDIMENTO: 26/07/2016

SSV

PESO: ALTURA: TEMP:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Trabalha na fazenda São Pedro de Belém.
 Devido ao trabalho no campo, é exposta a um ambiente rústico com exposição ao sol e ao vento.
 No momento da consulta, sente-se fadiga e dor nas articulações.
 Sintomas iniciados há 1 mês.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Exames laboratoriais: hemograma.
 Radiografia torácica.

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Soro fisiológico 100ml
2. Cinflex 500mg
3. Diclofenac 200mg 10ml em gotas
4. _____

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- 01 - ELETIVO
- 02 - URGÊNCIA
- 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

TCE

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
<input type="checkbox"/> PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO
<input type="checkbox"/> APLICADA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

- 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1
 2-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1
 3-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1

DATA	ASS. DO PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - carimbo		
	CNS	CBO	CRM
06/07/2016	_____	_____	_____

ASS. DO PACIENTE / COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
RUA: TABELIÃO ANTONIO HOLANDA, S/N – CENTRO – CAJAZEIRAS – PB
TELEFONES: (83) 3531 - 3563 / 6867 / 1236**



RESUMO DE TRANSFERÊNCIA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Márcio K.O. Rodrigues Idade: 26 Sexo: (M) (F)
DN: 24.140.1990 Naturalidade: Portugal Telefone: _____
Endereço: R. Pedro Moreno Conduru - 751 Cidade: Batageira

2. DADOS DE SOLICITAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA

Solicitante: Dr. Allan Fernanó Solicitado: Dr. Stael.
Motivo da solicitação: Servico de preferência com Meino - Crivatão.
Diagnóstico (hipotético ou definitivo): TCE grave.
Destino da transferência: Hospital de Trauma Localidade: Campinas-SP
Responsável pela liberação da vaga: Aline - Digo: Dr. Stael
Data do contato: 25/03/16 Hora do contato: 04:30 Responsável pelo contato: Aline
Equipe: Médico: Dr. Allan (Juninho) Enfermeiro: Denise
Técnico em enfermagem: Leônio Motorista: Adolceci

3. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem
paciente vítima de acidente de moto, em TOT, SXB 5x30 cm.
FC 80, apresentando dorágia e, realizando TC da crânio, não
houve lesões no tronco cerebral, bem intracraniano.
Recebeu boletim Dr. Müller, porá a mesma para o
de aviso a papel.

Investores Seguradora S/A

06 JUN 2011

ab: o responder peritil co- plito facio no haveria
Tunc, per multa sita doppie.

Quantidade de lençóis levados na transferência (kits): ok Vkt

4. DADOS DE ENTREGA DO PACIENTE:

Data da chegada ao destino: 25/03/16 Hora de chegada: 12:40

Estado geral do paciente: Ótimo,仅有轻微的不适

Recebido por: Dr. Walther. Função: Médico.

Intercorrências na entrega do paciente:

Mai desigur, de rezistență, tineri, spre aducere pregiul său
aceea și înțeleptul său.

GOVERNO
DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SUS - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08-778.368/0001-80

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAÍBA

UF: 25

PRONTUÁRIO Nº: 1287240
MATEUS KARINALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES

Nome: MATEUS K. O. RODRIGUES

Sexo: MASCULINO: 28

Profissão: IT

Documento

Endereço: RIO MORENO GONDIM, 751

Bairro: CENTRO

Município: CHAMORIZES

CEP:

Data Atendimento: 25/03/2016 12:40h

Código do Município: 250370

DATA NASCIMENTO: 27/06/1990

QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

RACA/COR

() 1 - BRANCA

() 2 - PRETA

() 3 - PARDAS

() 4 - AMARELA

() 5 - INDÍGENA

() 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

(Assinatura) Tomografia 25/3/16

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

TIPO

TOMOGRAFIA

RESULTADOS

REALIZADA 25/3/16

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.

2.

3.

4.

DIAGNÓSTICO / CID:

Tomografia 25/3/16

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB)

Consulta Especializada

PROCEDIMENTO

TC - da HLC - Cervical
TC cervical - USI - Cervical
CD. Sagu e clav - T

TIPO DE ATENDIMENTO

- 01 - URGÊNCIA,
 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO:
 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

Tomografia
25.03.16
REALIZADO BSB/ATM

MEDICAÇÃO

01 - PRESCRITA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNACAO

02 - APLICADA

OUTRO HOSPITAL

OBITO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	DATA

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	DATA

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(A)S ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Investigador Segurança Júnior

06

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU PÔLEGAR DIRETO

Investigador Douglas Ferreira

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: Mateus K. O. Rodrigues

End: Pedro Moreno Gonçalves 751 Bairro: Capoeiras

Data de Nascimento: 27.10.1990 Documento de Identificação:

Quaixa: Ac. de MOTO Data do Atend.: 25-03-16 Hora: 1245 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Dosagem de HGT:

Mucosas: () Normopigmentada () Pálida

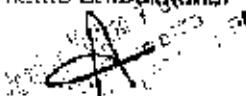
Daambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maça

Estratificação

AVG. 110

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 3 horas
 Azul - atendimento ambulatorial


Assinatura e carimbo do profissional

Investigador de Segurança Pública

06 JUN 2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL

GUIA DE RECOLHIMENTO DE CADÁVER N°

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDUS

ENDEREÇO: AV. FLORIANO PEIXOTO, 1045 - SÃO JOSÉ - CEP 58110-001 - C. GRANDE - PB.

NOME: João Vando da Silva

MILITAR: _____ MÃE: _____

PAI: _____

SEXO: Masculino COR: Pecúlio IDADE: 25

PROFISSÃO: _____ ENDEREÇO: Rua Pedro Vicente Cardoso

LOCAL DE ÓBITO: _____

DATA E HORA DO ÓBITO: 03/04/2016 - 05:30hs

BRIEVE HISTÓRICO DO O.C.: Acidente de trânsito na Rua Pedro Vicente Cardoso, bairro Centro, no dia 03/04/2016, envolvendo C/FC e Vítima, resultando na morte da vítima.

C/FC: Alisson Luis S. P. da Abreu

SOCORRO MÉDICO (data / hora / onde foi medicado / qual medicação usada / retirada do corpo estranho / classificação sítio de referência / qual intervenção? Retirada órgãos ou segmentos, quais?)
06 JUN 2016 - Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes - Campina Grande - PB.

OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS: _____

Instituto de Segurança Pública

06 JUN 2016

Campina Grande - PB.

Assinatura e Cartório do Médico Assistente

(PREENCHER EM LETRA DE FORMA OU À MÁQUINA)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

Nome: Mathewus Kaden Wolff Oliveira Idade: 25
Rodrígues

Como é conhecido(a) Ala UTI Em Rua Leito 12

Data de admissão 1/1 Procedência Rodrígues - PB

Endereço Av Pedro Gondim, 510 Centro

Ponto de Referência _____

Com quem reside? Com a esposa e filho

Resp. João Informar Telefone: 988506393 / 9991141953

DADOS SOCIAIS: (pai)

Está inserido em algum Programa Social? Não () Sim () Qual? _____

É acompanhado por algum Serviço de Saúde? Não () Sim () Qual? PSF

Causa da admissão: Acidente de trânsito

Se adulto ou idoso:

Estado civil: Casado Tem filhos: Não () Sim () Quantos? 2

Profissão: Eletricista Fuma? Não () Sim () Faz uso de bebida alcoólica?

Não () Sim () Eventualmente () Éptilista ()

Se criança ou adolescente:

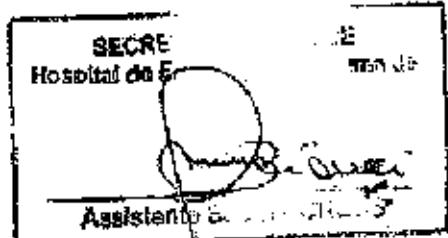
Estuda: Sim () Não () Que série está cursando? _____

Profissão dos pais ou responsável: _____

Observações: Receberá visita do pai, onde
receberá orientações do Socorro e Justi-
cia Social Investigador Seguradora SIA

06 JUN 2016

Mod.078



GOVERNOR
MCKEEAN

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA CAMPINA GRANDE

NOME : MATEUS R. O. RODRIGUES

IDADE: 25 ANOS

DN: 27/19/90

Pronkwater: 128/240

Pata de Adenssio (HTB) 28/03/16

Lektion 12

Informações - emissão (Hospitalar) 26/03/15

3.	POLITRAUMATISMO	HDX	Dx
2.	ICE GRAVE → HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR FRONTO - TEMPORO - PARIETAL DIREITO + BRAIN SWELLING COM EFEITO DE MASSA → TRATAMENTO CONSERVADOR PELA NEUROCHIRURGIA	HDX	Dx
3.	ALTERACAO GRAVE DA COMPACIDADE ENCEFALICA	HDX	Dx
4.		HDX	Dx
5.		HDX	Dx
6.		HDX	Dx
7.		HDX	Dx
8.		HDX	Dx
9.		HDX	Dx
10.		HDX	Dx
11.		HDX	Dx
12.		HDX	Dx

Hipóteses Diagnósticas (HDX) / Diagnósticos (Dx) / Listo de Problemas

Controle de Medicações

Investopedia Seguradora S.A.

06 JUN 2016

- Outros -

Motors K. O. Rodriguez

Nº 21:45

Feito em UPI sob VET 507
em relogios, um tempo menor que
Sedada, preços diferentes.

TC controle (28/3/16). HSDA lâmina direita
em círculo terminal igualitário em dia de mês,
em vez de segmentos de circunferência.

Cd: Por hora, não encontrei de UPI
máquina relogios, cabecas diferentes



Investigação Seguradora

06 JUN 2016

Seguradora Lider - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: MATHEUS KARDOUALLY DE OLIVEIRA RODRIGUES

DATA DO ACIDENTE:

CPF DA VÍTIMA 092.712.274-32

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: LACI GOMES FERNANDES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂMETRO COM

A VÍTIMA É:

ENDEREÇO DO PORTADOR: R. RAD. NEWTON JUNIOR
Nº 175 COMPLEMENTO 1º ANDAR BAIRRO: P. B. (ESPERANÇA)
CIDADE: JOAQUIM PESSOA UF: PB CEP: 58089-160

E-MAIL:

TELEFONE: ()

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NO SEU FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PÉDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC IMPAIS 0800 022 1200

MANQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

✓ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

✓ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

✓ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ LAUDO CADAVÍRICO (MIL) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

✓ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADAGENEFIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

✓ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO) (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTE A VÍTIMA, SÓcio, DE Cônjuges)

✓ CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CONJUGE (MARIDO OU MULHER)

✓ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL) INFORMANDO ESTAR O CONJUGE CASADO COM A VÍTIMA (A FAVOR DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS)

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRADA

✓ PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESESSE DOCUMENTOS, DA CARTA JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ FAHADIMENTOS OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO E CÔNJUGE

✓ PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESESSE DOCUMENTOS, DA CARTA JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER)

✓ TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELA(A) COMPANHEIRO(A) E O CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

✓ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(A) DA VÍTIMA

✓ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

✓ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

✓ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PÃES DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

✓ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA _____

DATA: 28/04/2016

DATA: _____

IDENTIDADE: _____

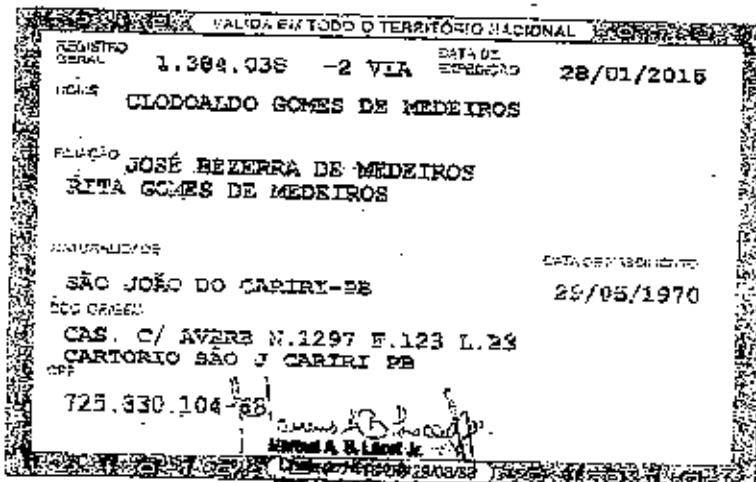
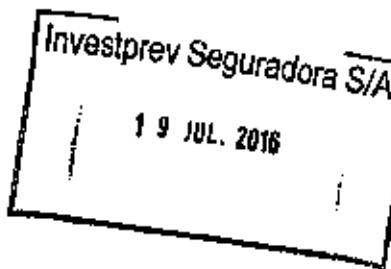
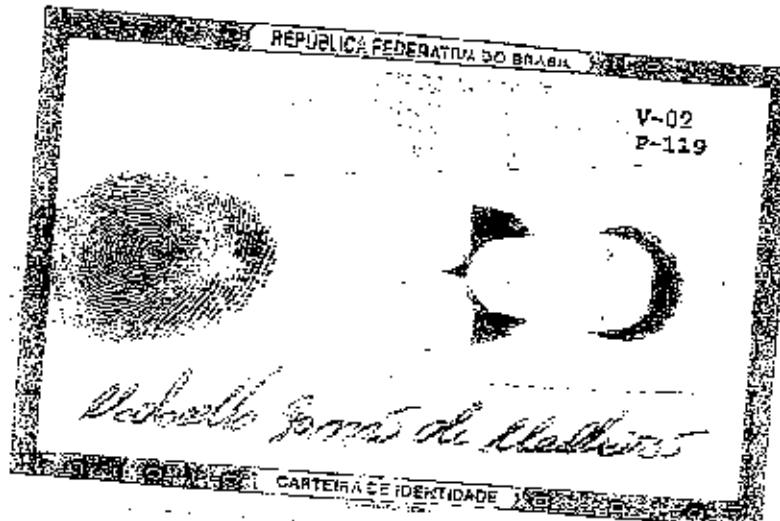
NOME: _____

ASSINATURA: _____

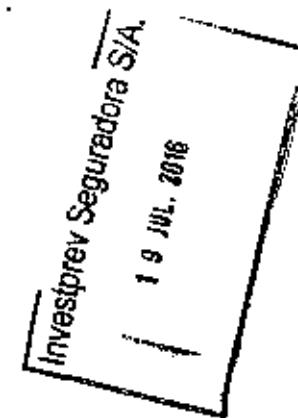
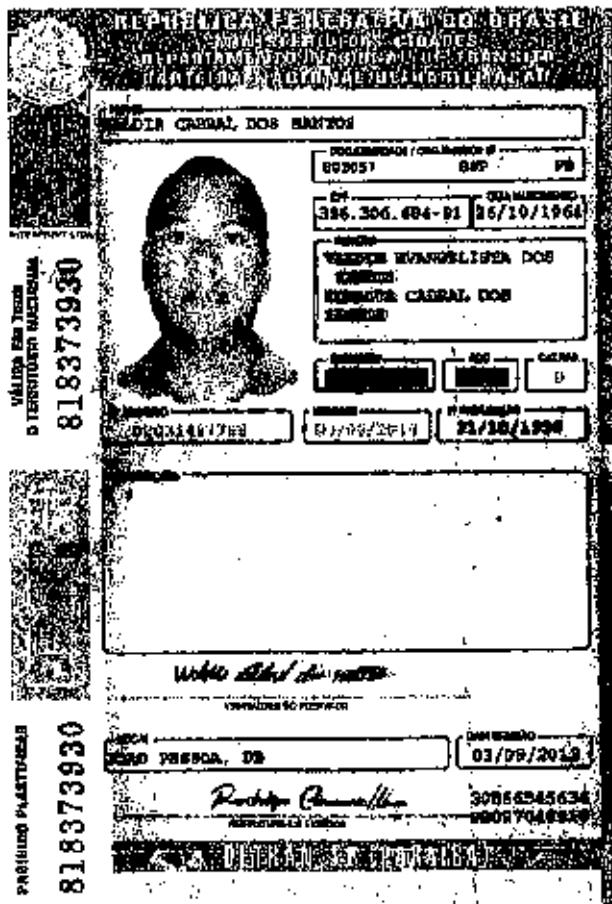
ASSINATURA: _____

Outros

Dulux



Outras



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

Ouros

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.

19 AGO. 2016

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 Laci Gomes Fernandes, portador(a) do RG nº 2.520.669, expedido por SSP / PD, em 28/11/12, CPF/CNPJ nº 394.586.614-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Júlio A. Marques Pereira do sinistro de DPVAT da natureza Hurto da vítima Mateus Kaldevaly de S. Marques, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Atendente Renda Mensal: R\$ 890,00

Documentos comprobatórios: Carteira de Empregado - RG

Laci Gomes Fernandes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE



Quarantine [demographic]

NOME: <u>JOSIVÂNIA MARQUES PEREIRA</u>	
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRA</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>
PROFISSÃO: <u>ATENDENTE</u>	
IDENTIDADE: <u>3.543.498 - PB</u>	CPF: <u>093.000.714-05</u>
ENDERECO <u>RUA RADIALISTA NEWTON JUNIOR, 115, 1º ANDAR, P. B. ESPERANÇA,</u> <u>JOÃO PESSOA - PB.</u>	OUTORGADO
NOME: LACI GOMES FERNANDES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
PROFISSÃO: AUTONOMA	
IDENTIDADE: 2.520.669 - PB	CPF: 794.586.614-04
ENDERECO: RUA MARLIO DIAS, 233, JAGUARIBE, JOÃO PESSOA - PB - (83) 98838-4807	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Joaquim Pedro, 28/04/2016

LOCAL E DATA

Invesco Ray Securities Corp.

CARTÓRIO

 VIEIRA BATISTA

VIEIRA BATES PA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

06 JUN 2016

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)