

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477783

A/C: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170433143 ASL-0303804/17

Vítima: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Data Acidente: 07/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477784

A/C: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170433143 ASL-0303804/17

Vitima: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Data Acidente: 07/02/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo 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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170433143**
Vitima: **DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA**
Data do Acidente: **07/02/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170433143**.

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12374124





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Diogo dos Santos Carmeiro da Silva,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.481.935 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 01/12/10 E
 CPF 104752804-58 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 820,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Diogo dos S. Carmeiro da Silva 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 LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

DOCUMENTO 1 "T190"



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3485 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01300005892-9

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinada PB 06 de Junho de 2016 Diogo dos Santos C. da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

APR 1964
100-100000
100-100000



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAMPINA GRANDE

DATA: 12/05/2016

HORA: 14:02:56

TERMINAL: 00411035

CDTROLE: 004110350430

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3485.013.00005892-9

NOME: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SI

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 10,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 4056568382

NÚMERO DE CONTROLE: 133236729

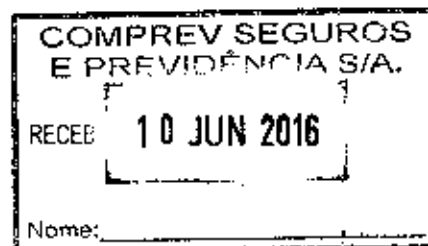
A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego dos Santos Carneiro da Silva,

RG nº 3.781.935, data de expedição 01/12/10, Órgão SSP

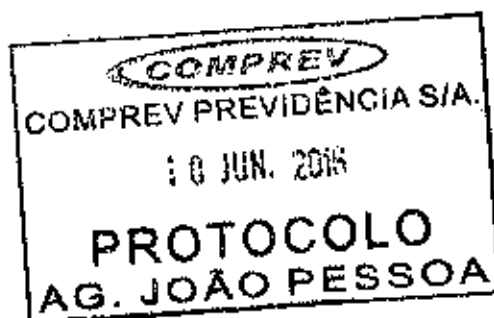
CPF nº 104.752.804-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Irmão Evangelista Pereira</u>
Número	<u>232</u>
Apto / Complemento	<u>por trás do posto de combustível</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Assunção</u>
Estado	<u>PR</u>
CEP	<u>58685-000</u>
Telefone de Contato	<u>(083) 9 9611-4618</u>
E-mail	<u>eybelionne.e@gmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Assunção PR, 06.06.2016

Assinatura do Declarante: x Diego dos Santos C. da Silva





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

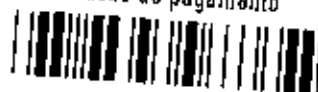
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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.

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF _____ /CNPJ _____, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 contém informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Autorização de pagamento



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo,

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 LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3485 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0130005892-9

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

 LOCAL E DATA

Duque dos Santos e do Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

OCORRÊNCIA Nº 005603/16

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005603/16 registrada em 06/04/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de abril do ano de 2016, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 09:37 horas, compareceu o Sr. DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA, com 24 anos de idade, filho de JOSEMBERG CARNEIRO DA SILVA e CLAUDIA DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JABOATÃO - PB, Solteira, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.781.935-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10475280458, residindo à rua SÍTIO CAJAZEIRAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de ASSUNÇÃO - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que na tarde do dia 07.02.2016, estava se deslocando para a sua residência, trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Cajazeiras, área rural de Assunção/PB, conduzindo a motocicleta SONDOWN/WEB 100 EVO, ano/modelo 2007/2007, cor preta, chassi nº 94J1XPBC77M009964, de placa MNT-7965/PB, licenciada em nome de Lucenildo Moreira da Silva, levando como "carona" a sua esposa ELIZÂNGELA SUZANA DOS SANTOS, portadora da Cédula de Identidade/RC nº 4.328.327 - SSP/PB, a qual levava nos braços o seu filho menor DIEGO FILHO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA, nascido aos 09.03.2015, quando ao se aproximar de uma porteira, empurrou a mesma com a perna para passar e neste momento perdeu o controle da motocicleta e acabou caindo ao solo juntamente com a sua esposa e seu filho, causando-lhes ferimentos graves, sendo todos socorridos inicialmente para o hospital Geral de Taperoá/PB, onde receberam atendimentos médicos e depois foram transferidos para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde finalmente foram submetidos a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

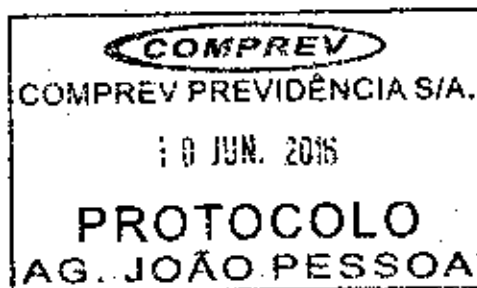
Campina Grande, Terça-feira, 5 de Abril de 2016

DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



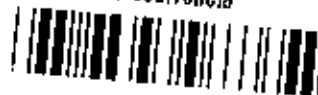
DOCUMENTO 1 *T14*





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Calolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 005603/16

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005603/16 registrada em 06/04/2016, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de abril do ano de 2016, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:37 horas, compareceu o Sr. DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA, com 24 anos de idade, filho de JOSEMBERG CARNEIRO DA SILVA e CLAUDIA DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JABOATÃO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3.781.935-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10475280458, residindo à rua SÍTIO CAJAZEIRAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de ASSUNÇÃO - PB

Declarou que:

Informa o declarante, que na tarde do dia 07.02.2016, estava se deslocando para a sua residência, trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Cajazeiras, área rural de Assunção/PB, conduzindo a motocicleta SONDOWN/WEB 100 EVO, ano/modelo 2007/2007, cor preta, chassi nº 94J1XPBC77M009964, de placa MNT-7965/PB, licenciada em nome de Lucenildo Moreira da Silva, levando como "carona" a sua esposa SUZANA DOS SANTOS, portadora da Cédula de Identidade/RC nº 4.328.327 - SSP/PB, a qual levava nos braços o seu filho menor DIEGO FILHO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA, nascido aos 09.03.2015, quando ao se aproximar de uma porteira, empurrou a mesma com a perna para passar e neste momento perdeu o controle da motocicleta e acabou caindo ao solo juntamente com a sua esposa e seu filho, causando-lhes ferimentos graves, sendo todos socorridos inicialmente para o hospital Geral de Taperoá/PB, onde receberam atendimentos médicos e depois foram transferidos para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde finalmente foram submetidos a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 5 de Abril de 2016

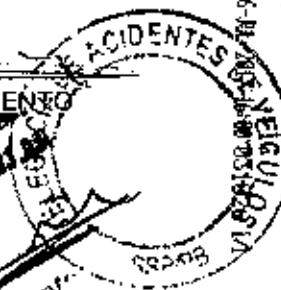
Diego dos Santos Carneiro da Silva
DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

Entrega com o original que me foi apresentado.
Art. 5º Parágrafo Único do Decreto nº 81.281
de 06-09-78.
José Alberto do Nascimento
Escrivão - 12.04.16



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Diogo dos Santos Lomino da Silva portador da carteira de identidade nº 3.781.935 e inscrito no CPF/MF sob o nº 104.752.804-58 residente e domiciliado na Ivan Evangelista Lomino - 232 - Centro Cidade Assunção Estado Paraná declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *T2%

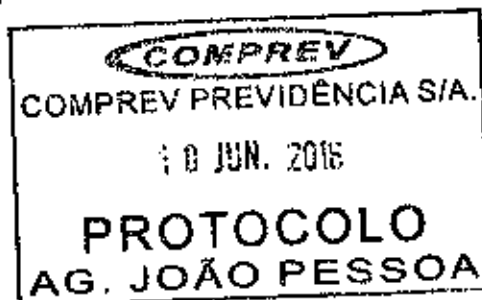


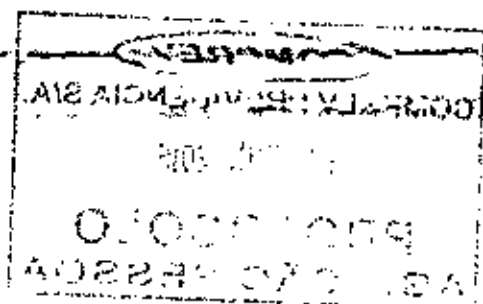
Diogo dos Santos L. da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Assunção PR. 06.06.2016.

Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/ME sob o nº _____, residente e domiciliado na _____, Cidade _____, Estado _____, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



Duogo dos Santos e do Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

DAMAC FERNANDES DA SILVA
SIT CAJAZEIRAS II, S/Nº - ZONA RURAL
ASSUNÇÃO / PB CEP: 53010-000

Classificação: RESIDENCIAL - Renda RENDIMENTO MONOFÁSICO
Roteiro: 9 - 738 - 930 - 7800
Referência: Jan/2016
Emissão: 15/01/2016

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 290, km 25 - Cadeia de Fátima - João Pessoa/PB - CEP: 54071-480
CNPJ: 06.916.700/0001-40 - INSC EST: 15.015.829-0
Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 0000531987
Código para Débito Automático: 0000171691

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196. Acesso: www.energisa.com.br

758.1845 e 46a 2601 541c 185d H042 d1c2

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/697609-6

Jan / 2016

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Não deve pagar nada. Todos contra e dengue, zika e chikungunya.

Apresentação

15/01/2016

Data prevista da próxima leitura

16/02/2016

DOCUMENTO 2 *T2%*



CNPJ/CNPJ/RAN
5512271432

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 15/12/15	Data: 15/01/16			
Leitura: 1824	Leitura: 8026	1	102	30

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 10/01/2016 PAGAS
OBRIGADO

Descrição	Demonstrativo	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo - 30 kWh - BR		30	0,14463	4,35
Consumo - 31 a 100 kWh - BR		70	0,24794	17,35
Consumo - 101 a 200 kWh - BR		1	0,37191	1,74
Adc. B. Vermelha				7,44
Subsídio				22,38
IMPOSTOS E ENCARGOS				
ICMS (Base de Cálculo R\$ 72,54 Alíquota 27,00%)				19,59
PIS				1,02
COFINS				1,70
CONTRIB. LUM. PÚBLICA				3,20
JUROS DE MORSA 11/2015				1,02
MULTA 11/2015				1,72
Devolução Subsídio				-22,38

Histórico de Consumo
(kWh)

Out/15	46
Nov/15	84
Out/15	20
Set/15	57
Ago/15	47
Jul/15	35
Jun/15	52
Mai/15	71
Abr/15	34
Mar/15	47
Fev/15	49
Jan/15	58

Médo das últimas 12 meses
46 kWh

VENCIMENTO
22/01/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 59,60

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIAMENSAL	11,80	
DIC TRIMESTRAL	23,89	
DIC ANUAL	47,79	
FIG MENSAL	8,00	
FIG TRIMESTRAL	15,84	
FIG ANUAL	31,68	
OMC	6,58	
QICR	15,80	

Descrição	Valor (R\$)	%
Salvador de Oel. da Energia PB	15,77	18,23
Compre de Energia	25,75	30,60
Serviço de Transmissão	1,23	1,50
Encargos Sociais	4,89	8,08
Impostos, Utiliz. e Encargos	24,74	42,38
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	51,69	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 11/2015) R\$ 9,31

ATENÇÃO

A unidade foi faturada como Energia Residencial, tendo um desconto de R\$ 22,30.
Leitura confirmada

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUN. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RECEIVED
JAN 10 1960
U.S. AIR FORCE
HEADQUARTERS
WASHINGTON, D.C.

CANDIDO MACEDO NORTE
AV. PAUL FLORES PEREIRA, 5935 - QUADRA B/LOTE 5 - SERRA VILLE
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 58100000 (AG-401)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL RES-220-AM-220-AM-13
Referência: Abr/2016
Nº medidor: 0802007003

Referência: Abr/2016
Emissão: 20/04/2016

ENERGISA BONSORREIA DIS TRIBUNAL DE ENERGIA S/A
Filiais: Camano Grande/PB - CEP 58400-700
CNPJ 06.279.206/0001-96 Ins. Est. 16.002.839-1

Nota Fiscal/Cota de Energia Elétrica Nº 000.146.752
Código para Dúvidas Automáticas: 00002580478

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 4/259047-9

Abr/2016

Canal de contato

Apresentação

20/04/2016

Data prevista da próxima leitura

20/05/2016

DOCUMENTO 1 *T196*



CPF/CNPJ/RANI

0700758489

Insc. Est.

Faturas em atraso

28/01/2015 14,40
29/01/2015 14,35
30/01/2015 13,88

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
22/03/16	0	20/04/16	0	26

Descrição	Demonstrativo	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade				13,10
Adm. B. Amarela				0,13
PIS				0,11
COFINS				0,50
JUROS DE MORA 07/2016				0,15
MULTA 07/2016				0,20

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16 0
Fev/16 0
Jan/16 0
Dez/15 0
Nov/15 0

REPÚBLICA DE PORTUGAL

CANDIDO MACEDO NORTE

1169511750

01249109142

25/11/2020

31/10/1973

40389039625

20031629954

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 JUN. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº _____, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de 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)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Comprovante de residência



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: *Diogo dos Santos e da Silva*

ALOMAR DA CUNHA VASCONCELOS
RUA PROJETADA, S/N - CENTRO
ASSUNÇÃO/MS CEP: 75000-000 (AC 85)

Class/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B.230, Km25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 53071-000
Roteiro: B - 208 - 010 - 8037 Referência: Abr/2017
Nº medidor: 00008226008 Emissão: 12/04/2017

Energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B.230, Km25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 53071-000
CNPJ: 09.005.102/0001-40 Tel: 51 315.823-0

Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica Nº000 807 428
Código para Dúvidas Atendimento: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora)** **6/1322595-8**

Abr/2017

Canal de contato

Apresentação

13/04/2017

Data prevista da próxima leitura

16/05/2017

CPF/CNPJ/RAM

1124844288

Faturas em atraso

23/03/2017 70,35

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 18/03/17	Letras: 9640	Data: 19/04/17	Letras: 8123	
			82	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	82	0,41650	34,15
Adc. B Amarela			0,05
Adc. B Verde			1,17
ICMS			13,20
PS			0,48
COFINS			2,23

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTROLE LUM. PÚBLICA	8,53
CUSTO DE REGULAÇÃO NORMAL 03/2017	7,27
JUROS DE MORA 01/2017	1,28
JUROS DE MORA 02/2017	0,15
MULTA 01/2017	1,31
MULTA 02/2017	0,28
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017	0,18

Histórico de Consumo

(kWh)

Mar/17	102
Fev/17	31
Jan/17	104
Dez/16	72
Nov/16	124
Out/16	82
Set/16	83
Ago/16	88
Jul/16	81
Jun/16	124
Maio/16	118
Abr/16	102

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	52,78	25,00	13,20
PS	52,78	0,9230	0,48
COFINS	52,78	4,2412	2,23

VENCIMENTO

24/04/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 69,79

Médis dos últimos meses

00

RESERVA DO FISCO

cc8b.0943.7c9d.8a8c.3efa.3c0f.89bf.78a0.

Indicadores de Qualidade

27/03/2017 - Janeiro

Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)
DC MENSA	5,37	
DC TRIMESTRAL	12,54	
DC ANUAL	25,08	
FC MENSA	3,47	
FC TRIMESTRAL	8,65	
FC ANUAL	12,70	
DMC	3,71	
DMC	12,22	

Orientações	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia (PS)	13,11	18,78
Outros Serviços	17,71	25,36
Serviços de Transmissão	0,90	1,29
Encargos Financeiros	6,18	8,86
Impostos Diretos e Encargos	25,84	36,94
Outros Serviços	7,27	10,42
Total	69,79	100,00

AGTA **Loteria CAIXA** **Lot**

CAIXA E O JORNAL FEDERAL

QUINA: 00 telos de segunda-feira e sábado. Ap

143-74351 8595-8

HORA DE 15:41:4

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8

143-74351 8595-8



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.

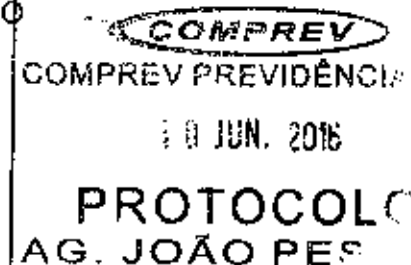
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rauldo Augusto Norte, portador(a) do RG nº 269.689, expedido por SSP. PB., em 31/10/13, CPF/CNPJ nº 087.007.964-68, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Diogo S. Romão da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidz da vítima Diogo Santos Romão da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

x Rauldo Augusto Norte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, _____
 RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
 Órgão _____, portador do CPF nº _____, com domicílio
 na cidade de _____, no Estado de _____
 onde resido na _____ (Rua/Avenida/Estrada)
 _____, nº _____, compleme
 nto _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado
 é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
 _____, cujo o condutor era
 _____.

Veículo: _____
 Modelo: _____
 Ano: _____
 Placa: _____
 Chassi: _____
 Data do Acidente: _____

Declaração do proprietário do veículo



Local e Data: _____

Lucimilda Moreira da Silva
 Assinatura do Declarante

Diego dos Santos A. da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 OBS: Reconhecer firma **AUTENTICIDADE**

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL
 E NOTAS DE ASSUNÇÃO
 CNPJ: 09.370.494/0001-11
 Rua da Salette Batista - Taboão
 Rua Nelson Rolim de Moraes, 100
 Centro - Jd. Piraí (33) 3468-1041
 CEP: 59265-000 - Assunção-PI

Reconheço por ☒ autenticidade
☐ semelhança.

A(s) Firma(s) Lucimilda Moreira da Silva e
Diego dos Santos A. da Silva
 Assunção, 12/05/2014
 EML RS 18.46 FERJ RS 330
 FARPEN RS 054

Marta da Salette Batista
 OFICIAL

Seto Digital: AEYS6835-13XT
 Lei Estadual nº 10.132 de 08 de Novembro de 2013
 Consulte a autenticidade em <https://setodigital.tpb.pa.br>
AEY86836-HURN

TERMINAL LÍQUID. PREST. 3.8 26-06-2017 16:09 831028 1/1



PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSUNÇÃO
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª Via - Recepção da Farmácia ou Drogaria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Yordis Arias Ramirez
RMS PB - 2500032

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente: Diego Da Santos Loren

Endereço: Sítio Catala

Prescrição: Ciprofloxacina 500mg
14 dias
Tomar 01 comp. de 12/12 horas
Por via oral

Yordis Arias Ramirez
RMS PB - 2500032

Data: 12, 02, 16

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

Endereço: _____

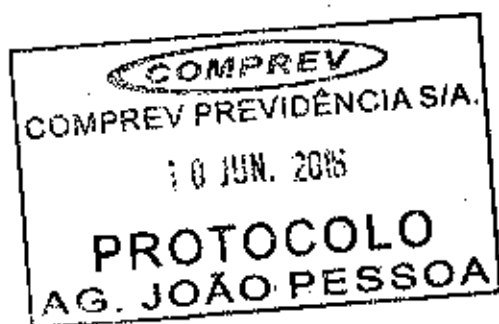
Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: 12, 02, 16



PRESCRIÇÃO

09/02/16

08:58h

Residência: Jaramatuba, Bairro: Centro, Rua: Lúcia
 1.º andar + R. para a República (C) 12.º andar, apto. 12.º
 andar, apartamento 12.º andar, 12.º andar + R. para a República, R. S. S. S. S.

COI: Saldade, Rua: Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

/ R. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

08:02.16 = 12.º andar

(04:20)

Residência: Jaramatuba, Bairro: Centro, Rua: Lúcia

1.º andar + R. para a República (C) 12.º andar, apto. 12.º

andar, apartamento 12.º andar, 12.º andar + R. para a República, R. S. S. S.

COI: Saldade, Rua: Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

/ R. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

EVOLUÇÃO

Residência: Jaramatuba, Bairro: Centro, Rua: Lúcia

1.º andar + R. para a República (C) 12.º andar, apto. 12.º

andar, apartamento 12.º andar, 12.º andar + R. para a República, R. S. S. S.

COI: Saldade, Rua: Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

/ R. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

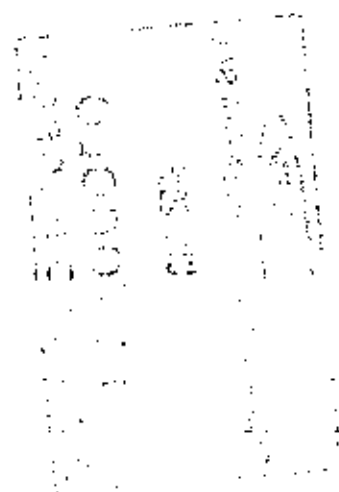
Dr. Saldade, 12.º andar

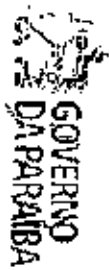
Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar

Dr. Saldade, 12.º andar





GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Dra. dos Santos Lourenço da Silva		
End:	Sítio Caribé		
Data de Nascimento:	30-09-91	Documento de Identificação:	Alisson
Quêbra:	Amarela	Data da Atend:	06-02-16
		Hora:	14h
		Documento:	---
Classificação de Risco			
Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fúria de dor
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dose de HGT:		Mucosas:	() Normalizadas () Palidas
Desambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Cama		

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

COMPREV
10 JUN 2016
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

3 - CID

2362850

4 - CID

2362850

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

Luiz Carlos Pereira dos Reis

2 - DATA NASCIMENTO

30/09/1971

3 - NOME DO PACIENTE

245.438

4 - NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Cláudio dos Santos Carneiro Silva

5 - ENDEREÇO (Cidade, Nº, Bairro)

Santa Catalina

6 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Assunção

7 - CID

2362850

8 - CID

2362850

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

9 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente de trânsito
com lesões graves

10 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quatro lesões

11 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO)

Torço ósseo

12 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fémur fraturado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

13 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Troca de torniquete do T.R.S.

14 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

15 - GRAU

16 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

17 - DOCUMENTO

18 - N° DOCUMENTO IDENTIFICADOR DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Assunção

20 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21 - DATA DA SOLICITAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

22 - TIPO DE ACIDENTE

23 - TIPO DE ACIDENTE

24 - TIPO DE ACIDENTE

25 - TIPO DE ACIDENTE

26 - TIPO DE ACIDENTE

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - TIPO DE ACIDENTE

29 - TIPO DE ACIDENTE

30 - TIPO DE ACIDENTE

31 - TIPO DE ACIDENTE

32 - TIPO DE ACIDENTE

33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

36 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

37 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

38 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

39 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

40 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 01-11-2000 BY 60322 UCBAW

PACIENTE:	Diego dos Santos Correia
DATA DO EXAME:	08/02/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

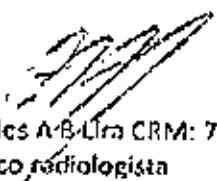
METODOLOGIA:

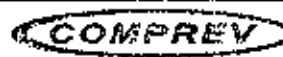
Exame realizado em modo bidimensional com equipamento de infravermelho multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.


Dr. Arquimedes A. B. Lima CRM: 7197
Médico radiologista


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUN. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SEÇÃO: DIRETORIA DE SAÚDE COLETIVA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS
PRIMEIRO: CLAYTON MARQUES DE OLIVEIRA
CONFERENTE: HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
PACIENTE: NOME: NOME SOBRENOME
DATA: 08-02-2016
HORÁRIO: 14:00
LOCAL: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

HEMOGRAMA
DATA DA COLETA: 08/02/2016 14:00

SÉRIE VERMELHA

4,14 milhões/mm ³	12,2 g/dL	36 g/dL	4,2 a 11,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL
4,0 a 10,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL	4,0 a 10,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL
4,0 a 10,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL	4,0 a 10,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL
4,0 a 10,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL	4,0 a 10,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL
4,0 a 10,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL	4,0 a 10,0 milhões/mm ³	12,0 a 16,0 g/dL	35,0 a 45,0 g/dL

Resultados

Valores de Referência

SÉRIE BRANCA

22.400 /mm ³	(%)	(/mm ³)	20.000 a 40.000 /mm ³	40.000 a 100.000 /mm ³	100.000 a 400.000 /mm ³
22.400 /mm ³	(%)	(/mm ³)	20.000 a 40.000 /mm ³	40.000 a 100.000 /mm ³	100.000 a 400.000 /mm ³
22.400 /mm ³	(%)	(/mm ³)	20.000 a 40.000 /mm ³	40.000 a 100.000 /mm ³	100.000 a 400.000 /mm ³
22.400 /mm ³	(%)	(/mm ³)	20.000 a 40.000 /mm ³	40.000 a 100.000 /mm ³	100.000 a 400.000 /mm ³
22.400 /mm ³	(%)	(/mm ³)	20.000 a 40.000 /mm ³	40.000 a 100.000 /mm ³	100.000 a 400.000 /mm ³

- Neutrófilos
- Linfócitos
- Monócitos
- Eosinófilos
- Basófilos
- Plaquetas
- Hemácias
- Hemoglobina
- Hematócrito
- Índice de Correlação
- Índice de Saturação
- Índice de Hemoglobina
- Índice de Hematócrito
- Índice de Hemoglobina
- Índice de Hematócrito

CONTEÚDO DE PLASMA

237.000	2,0	448	200.000 a 400.000 /mm ³
237.000	2,0	448	200.000 a 400.000 /mm ³
237.000	2,0	448	200.000 a 400.000 /mm ³
237.000	2,0	448	200.000 a 400.000 /mm ³
237.000	2,0	448	200.000 a 400.000 /mm ³

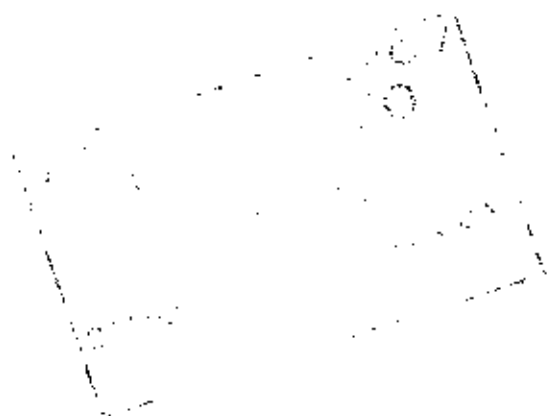
Contagens repetidas e confirmadas

Assinatura do Médico
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do Técnico

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
10 JUN. 2016
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Programa Nacional
de Controle de Qualidade
PNCQ



DIEGO DOS SANTOS CORRÊA DA SILVA

FLAVIA MARQUES DE BRAS
HOSPITAL DE TRABALHOS E ENFERMAGEM

[illegible]

ଅବସ୍ଥା

7P/BW 72

၂၀၂၀ ခု ဇူလိုင် ၁၁ ရက်

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE
BUREAU OF PRISONS
WASHINGTON, D. C.

১৯৭৭-৭৮-৭৯
 ১৯৭৮-৭৯-৮০
 ১৯৭৯-৮০-৮১

1. 36=20 9808/24/00 12117/00 40 211000

10/29/84

၁။ အထွေထွေအကျဉ်းချုပ်
 ၂။ အခြေခံသဘောထား၊ နိဒါန်း
 ၃။ အကျဉ်းချုပ်အကျဉ်းချုပ်
 ၄။ အကျဉ်းချုပ်အကျဉ်းချုပ်
 ၅။ အကျဉ်းချုပ်အကျဉ်းချုပ်
 ၆။ အကျဉ်းချုပ်အကျဉ်းချုပ်
 ၇။ အကျဉ်းချုပ်အကျဉ်းချုပ်
 ၈။ အကျဉ်းချုပ်အကျဉ်းချုပ်
 ၉။ အကျဉ်းချုပ်အကျဉ်းချုပ်
 ၁၀။ အကျဉ်းချုပ်အကျဉ်းချုပ်

3.2.2.1.8 数据源 200 兆以太网 1000Mbps 交换机
 100Mbps 以太网交换机
 1 台 200 兆以太网 1000Mbps 交换机

SECRET
NOFORN
2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

SECRET

COMPREV PREVIDENCIA S/A.
16 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



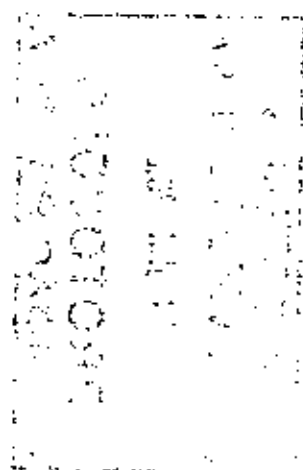
၂၀၁၆

[illegible]

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

26 JUN 2015

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

12B 9-4

Prescrição Médica

EVOLUÇÃO MÉDICA

DIET & LIVING

576 975 - 1500ml ESR tubes

MSC

10-11-1967

[illegible]

CYBERSECURITY • 100 DAYS TO GO

Calibration: 2000, 5=1.64, 200mL, at 12/12/85

On 25 May 2006, the author was in the field.

CONFIDENTIAL

DESIGNATION: NATIONAL ORGANIZATION

5521 - C00000

1947

10/1/19

13

100

100

PRO

20

AG

Einige der Neuentwicklungen des Polytechnischen Instituts in Karlsruhe

09/02/16- 1689- PA: 20x80; P: 20; R: 22; Paciente Admitido na Ala pl tratamento
Neurológico, submetido, com sucesso pelo corpo e
elimina parte em ventose com SVD.

[Handwritten signature]

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
0 JUN. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente:	Muro de Oscar	Alcômo	Leito	Sala	Convênio
-----------	---------------	--------	-------	------	----------

Data	Prescrição Médica	H	Horário	Evolução Médica
01.06.66	Dr. João G. Silva, Mendes	X		# Mendes
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000
	Dr. 2000 mg	X	X	Indicador 2000



Prefeitura Municipal de Assunção

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Cariri

Nº _____

Encaminhamento do Paciente

Nome: Diego Do Santos Cordeiro

End.: Assunção

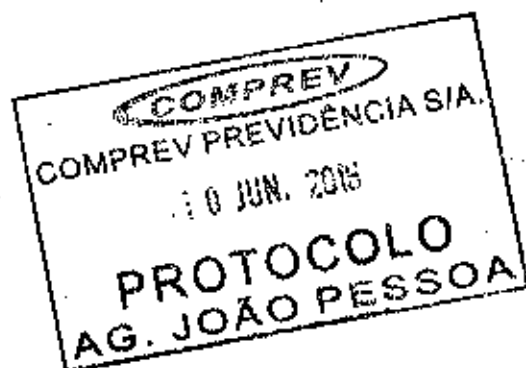
Doc.: _____

Clinica: Otorrinolaringologista

Assunção, 12, 02, 16

Yordis Arias Ramirez
RMS 2500032

Secretaria Municipal de Saúde





CERTIDÃO

Certificamos para os devidos fins de direito que o paciente atendido no dia 31 de março de 2017 (Atendimento nº. 1274737), pelas 23:42h, foi **DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de nº 3.781.935 SDDS/PB, inscrito no CPF sob o nº 104.752.804-58, filho de Josemberg Carneiro da Silva e Claudia dos Santos Carneiro da Silva, natural de Jaboatão/PE, residente na Rua Ivan Evangelista, nº. 206, Livramento/PB, estando o seu prontuário médico preenchido de forma errônea. Portanto, onde lê-se **DIEGO DOS SANTOS CORREIA DA SILVA**, leia-se **DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA**.

Certificamos, ainda, que o paciente apresentou Carteira de Identidade (cópia) e os dados foram confirmados através do site da Receita Federal onde consta o nome correto do mesmo.

Campina Grande/PB, 03 de julho de 2017

Hospital de Emergência e Trauma
Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Rodrigo Araújo Celino
Chefe do Núcleo de Auditoria
Médico 157.816-2 - OAB/PB 12.139

RODRIGO ARAÚJO CELINO

Chefe do Núcleo de Auditoria do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Mat.: 157.816-2 - OAB/PB 12.139

Paciente: Diego dos Santos Correia da Silva Renato

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

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO CNPJ: 08-778.268/0001-60
Código da Unidade: 00023871
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA COM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA UF: 25

PRONTUÁRIO Nº: 1274737
Nome: DIEGO DOS SANTOS CORREIA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Profissão: 98165343 Documento
Enfermagem CATCIE Bairro ZONA RURAL
Município: ASSUNCAO Estado: CEP:
Data Atendimento: 07/02/2016 23:42h Código do Município: 250135
Data Nascimento: 30/05/1991 QUEIXAS: ACIDE MOTO

RAÇA/COR
() 11-BRANCA () 12-PRETA () 13-PARDA
() 14-AMARELA () 15-INDÍGENA () 99-SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: Paciente com história de acidente de moto ocorrido em 07/02/2016, com trauma direto no tórax, apresentando dor no local de impacto, com presença de hematomas e edema. Não há sinais de comprometimento de membros superiores e inferiores. Não há sinais de comprometimento de órgãos internos. Não há sinais de comprometimento de pele. Não há sinais de comprometimento de olhos, ouvidos, nariz, boca e garganta. Não há sinais de comprometimento de pescoço e cabeça. Não há sinais de comprometimento de membros superiores e inferiores. Não há sinais de comprometimento de pele. Não há sinais de comprometimento de olhos, ouvidos, nariz, boca e garganta. Não há sinais de comprometimento de pescoço e cabeça.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO Físico Trauma de tórax, presença de hematomas e edema.

RESULTADOS
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1. Sinais vitais estáveis.
2. Não há sinais de comprometimento de membros superiores e inferiores.
3. Não há sinais de comprometimento de pele.
4. Não há sinais de comprometimento de olhos, ouvidos, nariz, boca e garganta.

DIAGNÓSTICO / CID: 86.01.99.01

14/02/2016 16:41 031021 26-04-2017 16:41 031021

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB)
Consulta Especializada (E.A.F.) Natureza Médica

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

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

MEDICAÇÃO
☐ 01-PRESCRIÇÃO
☐ 02-APLICAÇÃO
ENCAMINHAMENTO
☐ 01-OBSERVAÇÃO
☐ 02-CUTRO HOSPITAL
☐ 03-RESIDÊNCIA
☐ 04-OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:
CÓDIGO/PROCEDIMENTO
ICADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IA) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)
Dr. Francisco Barros
MÉDICO
CRM: 23.5228

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO
Carolina Maria L. Silva

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

SEBASTIAN LEE DEWITT 3 2 26-JUL-2017 16:23:10 1034 1/1

1039 171

PREScrição

0827116

2015 12 6 15 14

Pindley, Johannes, Minister, German Consul in
 London + Frankfurt. 11. 11. 1902. 1902. 1902. 1902.
 1902. 1902. 1902. 1902. 1902. 1902. 1902. 1902.

CC-1 Subtitle Homecoming Girl

Fluoride

உயர்நீதிமன்றம்

Dr. Miguel Linares
Calle Buca Mar 4210
CR 0-78-4210

Cien Grand

9602-16
108:20

(04:20)

Start upon dinner & read
~~Spencer's~~ Principles of Dr. Hall

1500 12/12/2000
C22110 12/12/2000
1500 12/12/2000

1437

Joseph Lawrence E. T. 1947

12

37. May 11, 1905

EVOLUÇÃO

Part 2: Write also your name

Geo. S. Smith.

27 June 2011

16:30 AM

Pd 1 General No 00 Pange
Lipsen en Andine

RECEIVED
10/1/83

Dr. Albert Einstein

8626 - DIRECTOR / EDWARD M. TIG

P. Roberts

Mr. Joseph Rodriguez, Owner
C/O. P.O. Box 177
Cambridge, MA 02140

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Dulce dos Santos Castro da Silva		
End:	Sltm Cabão		
Data de Nascimento:	20-09-91	Documento de Identificação:	Assinada
Queixa:	Arterial de	Data de Atendimento:	06-02-16 Hora: 3:40 Documento: —

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fútil de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dessecação de HGT:		Mucosas:	() Normocrômica () Palida
Desambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

2 - NOME DO LÍDER, RESPONSÁVEL EXISTENTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

7 - CNES

2 3 6 2 3 5 6

8 - CNES

2 3 6 2 3 5 6

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Luiz dos Santos Carneiro do Brasil

4 - DATA DE NASCIMENTO

30/09/91

245.438

9 - SEXO

M

10 - FIM

3

11 - NOME DA LOCA OU RESPONSÁVEL

Cláudio dos Santos Carneiro Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

9 6 1 6 5 2 4 8

13 - ENDEREÇO COMPLETO

São Carlos

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Assunção

15 - CDD, URA MUNICIPAL

POS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - ORTODONTIAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Indicador de
ausência de sintomas

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quanto ao

18 - HISTÓRICO E RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES RELEVANTES)

Fuam

19 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

765

PROCEDIMENTO SOLICITADO

20 - DESTINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

765

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

1

23 - DOCUMENTO

1

24 - Nº DOCUMENTO (CONSELHO PROFISSIONAL, SOCIEDADES E ASSOCIAÇÕES)

25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Assunção

26 - DATA DE SOLICITAÇÃO

1

27 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

28 - TIPO DE ACIDENTE

1

29 - ACIDENTE TRABALHO

1

30 - ACIDENTE TRABALHO TRÁFICO

1

31 - Nº DO ACIDENTE

1

32 - Nº DO ACIDENTE

1

33 - Nº DO ACIDENTE

1

34 - Nº DO ACIDENTE

1

AUTORIZAÇÃO

35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

1

36 - Nº DO DOCUMENTO

1

37 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

38 - DOCUMENTO

1

39 - Nº DOCUMENTO (CONSELHO PROFISSIONAL, SOCIEDADES E ASSOCIAÇÕES)

1

40 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1

41 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

1

[illegible]

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A):

Carmem S. dePORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. 10102116SÉRIE 10102116 ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE ATRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 506.5 NO CID. DURANTEO PERÍODO DE 07/02/16 A 10/02/16 NECESSITANDO DE20 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.Campina Grande, 10/02/16

Ass. do Médico, Nº. do CRM

Dr. Valdeir Trindade do Vale
CRM 10102116AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PRESELA 153.71965.27-4

NÚMERO

8534148

SÉRIE

0030

UF

PB

Diego dos Santos Carneiro da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



IMAGEM DO TITULAR



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

10 JUN. 2015

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 4 "T4"



DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

FILIAÇÃO JOSEMBERG CARNEIRO DA SILVA

CLAUDIA DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

NASCIMENTO 30/09/1991 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

NATURALIDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DOCUMENTO C. I. 3781835 01/12/2010 85DS PB

LEI Nº 9.049, DE 10 DE MAIO DE 1996

CNPJ 104.732.004-08 CN

TIT. ELEITOR 041062861201 SEÇÃO 0085 ZONA 077

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 18/02/2012

Superintendência Regional do Trabalho e Emprego em Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE

1. EMISSÃO 2. ALTERAÇÃO 3. CANCELAMENTO 4. OUTROS	1. EMISSÃO 2. ALTERAÇÃO 3. CANCELAMENTO 4. OUTROS	1. EMISSÃO 2. ALTERAÇÃO 3. CANCELAMENTO 4. OUTROS	1. EMISSÃO 2. ALTERAÇÃO 3. CANCELAMENTO 4. OUTROS	1. EMISSÃO 2. ALTERAÇÃO 3. CANCELAMENTO 4. OUTROS	1. EMISSÃO 2. ALTERAÇÃO 3. CANCELAMENTO 4. OUTROS
---	---	---	---	---	---

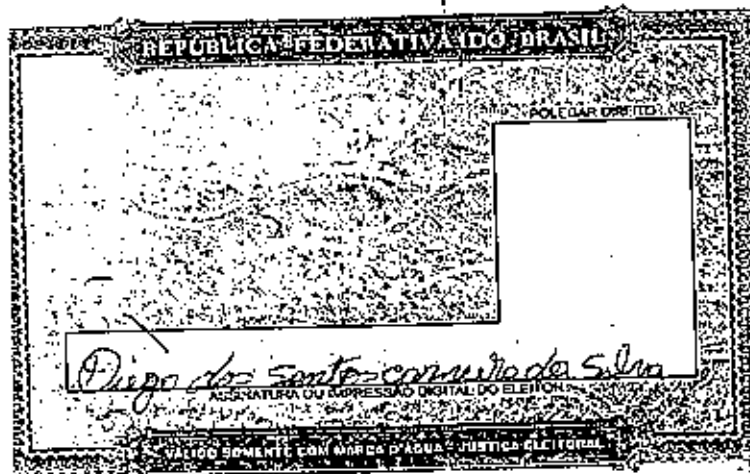
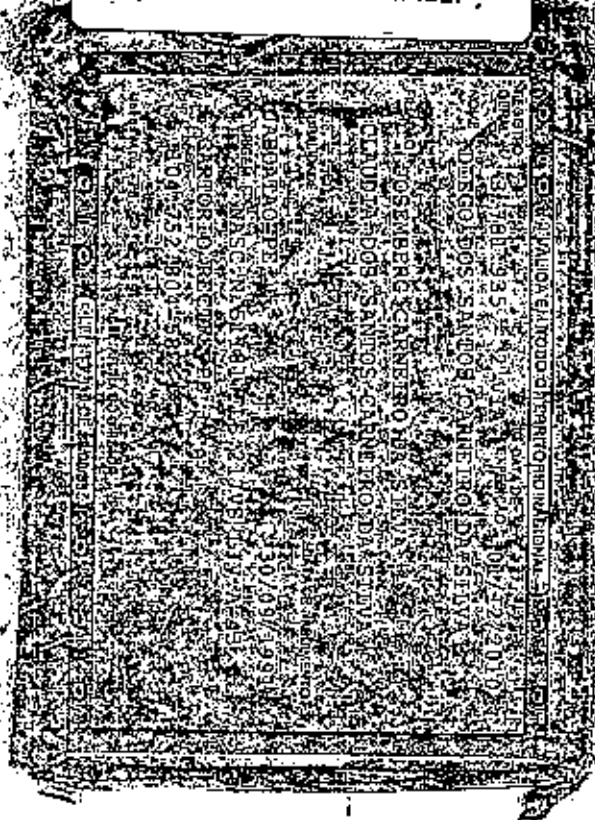
RECEIVED
JAN 12 1977
COMMUNICATIONS SECTION
U.S. AIR FORCE

12229 11 1 1 41233 00001 000000001

[illegible]

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
14 JUN. 2006
PROTOCC
AG. JOAO P

1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919



MINISTÉRIO DAS CIDADES

[illegible]

CERTIFICATE OF EFFECTIVE DATE OF VOUCHER

01234567891011121314151617181920212223242526272829303132333435363738394041424344454647484950515253545556575859606162636465666768697071727374757677787980818283848586878889909192939495969798991001011021031041051061071081091101111121131141151161171181191201211221231241251261271281291301311321331341351361371381391401411421431441451461471481491501511521531541551561571581591601611621631641651661671681691701711721731741751761771781791801811821831841851861871881891901911921931941951961971981992002012022032042052062072082092102112122132142152162172182192202212222232242252262272282292302312322332342352362372382392402412422432442452462472482492502512522532542552562572582592602612622632642652662672682692702712722732742752762772782792802812822832842852862872882892902912922932942952962972982993003013023033043053063073083093103113123133143153163173183193203213223233243253263273283293303313323333343353363373383393403413423433443453463473483493503513523533543553563573583593603613623633643653663673683693703713723733743753763773783793803813823833843853863873883893903913923933943953963973983994004014024034044054064074084094104114124134144154164174184194204214224234244254264274284294304314324334344354364374384394404414424434444454464474484494504514524534544554564574584594604614624634644654664674684694704714724734744754764774784794804814824834844854864874884894904914924934944954964974984995005015025035045055065075085095105115125135145155165175185195205215225235245255265275285295305315325335345355365375385395405415425435445455465475485495505515525535545555565575585595605615625635645655665675685695705715725735745755765775785795805815825835845855865875885895905915925935945955965975985996006016026036046056066076086096106116126136146156166176186196206216226236246256266276286296306316326336346356366376386396406416426436446456466476486496506516526536546556566576586596606616626636646656666676686696706716726736746756766776786796806816826836846856866876886896906916926936946956966976986997007017027037047057067077087097107117127137147157167177187197207217227237247257267277287297307317327337347357367377387397407417427437447457467477487497507517527537547557567577587597607617627637647657667677687697707717727737747757767777787797807817827837847857867877887897907917927937947957967977987998008018028038048058068078088098108118128138148158168178188198208218228238248258268278288298308318328338348358368378388398408418428438448458468478488498508518528538548558568578588598608618628638648658668678688698708718728738748758768778788798808818828838848858868878888898908918928938948958968978988999009019029039049059069079089099109119129139149159169179189199209219229239249259269279289299309319329339349359369379389399409419429439449459469479489499509519529539549559569579589599609619629639649659669679689699709719729739749759769779789799809819829839849859869879889899909919929939949959969979989991000100110021003100410051006100710081009101010111012101310141015101610171018101910201021102210231024102510261027102810291030103110321033103410351036103710381039104010411042104310441045104610471048104910501051105210531054105510561057105810591060106110621063106410651066106710681069107010711072107310741075107610771078107910801081108210831084108510861087108810891090109110921093109410951096109710981099110011011102110311041105110611071108110911101111111211131114111511161117111811191120112111221123112411251126112711281129113011311132113311341135113611371138113911401141114211431144114511461147114811491150115111521153115411551156115711581159116011611162116311641165116611671168116911701171117211731174117511761177117811791180118111821183118411851186118711881189119011911192119311941195119611971198119912001201120212031204120512061207120812091210121112121213121412151216121712181219122012211222122312241225122612271228122912301231123212331234123512361237123812391240124112421243124412451246124712481249125012511252125312541255125612571258125912601261126212631264126512661267126812691270127112721273127412751276127712781279128012811282128312841285128612871288128912901291129212931294129512961297129812991300

9529-4266

Figure 1

ENLIGHTENED PROGRESS

APPROPRIATE TO THE CAUSE

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY
ASTOR LENOX TILDEN FOUNDATION
500 5TH AVENUE
NEW YORK 17, N.Y.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

70584757

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

4

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

THE

CONTEATTO

1. **THE STATE OF TEXAS, COUNTY OF DALLAS.**
 2. **Know all men** that **JOHN A. HARRIS**, of the County of Dallas, State of Texas, for and in consideration of the sum of **Five Hundred Dollars**, to **JOHN A. HARRIS** in hand paid by **JOHN A. HARRIS**, the receipt of which is hereby acknowledged, have granted, sold and conveyed, and by these presents do grant, sell and convey unto the said **JOHN A. HARRIS**, his heirs and assigns forever, all that certain **Five Acres** of land, situate in the County of Dallas, State of Texas, more particularly described as follows, to-wit:

PAID BY THE VENDOR

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

973-676-CTA PARTING LINE

Figure 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

DA NAVE INCALCINO SA

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

100

14

AURELIANO FLEITE

THE

100

DOCUMENTO 5 "T50%"



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
11 JUN. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEICULO, PARA:

VALOR-R:

DIFFERENCE COMPARISON

DATE RECEIVED

INDEX

LOCAL

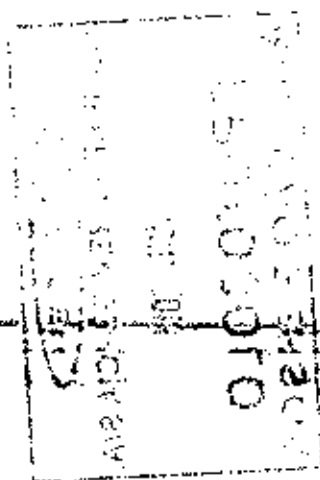
ASSIGNATURA DI PROSPETTIVO E PERSPECTIVE

[illegible]

NE 462,300

ASSIGNATURA DI COMPTON

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/VENDEDOR
CONFORME ART. 358 C.P.C.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - PB

Nº 6921480317

24698954808
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20070100033950-1
1 9222216857

LOCENILDO MOREIRA DA SILVA
RUA PROJETADA SN CASA
CENTRO
58685000 ASSUNÇÃO - PB

03727058471
03727058471
PMT7965/PB

PARCELHAS GAS LTDA

NOVO PB 94J1XPBC77M0099564

PAS/MOTONETA / GABOLINA

SUNDOWN/WEB 100 EVO 2007 2007

2 P/97 / CI PARTIC PRETA

A.F. BGO PANAMERICANO SA

ASSUNÇÃO 2011 22/06/2007

AURELIANO D. LEITE 395519

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO - DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR

CÉP/LOGO

ENDEREÇO

VALOR

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)

VERIFICAÇÃO SE HAVIA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL, A PARTIR DA DATA ACIMA, TRANSFERINDO AO COMPRADOR A RESPONSABILIDADE DE REGISTRO DO VEÍCULO PARA O SEU REGISTRO. SER CONSIDERADA PELO VENDEDOR, REATUANDO EM QUALQUER FORMA DE REGISTRO PODENDO, SER CONSIDERADA PRETENDENDO E PRIMADO, VIA DESSE DOCUMENTO AO DETRAN, APÓS ORIGINAMENTE PREENCHIDO E PRIMADO.

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONECIMENTO DE FIDELIDADE DO PROPRIETÁRIO (VENDIDOR)
CONFORTAR ART. 388 C.T.C.



141 420150 04-91 2102-70-92 3 1 JUNHO 2007 10:00:00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303804/17

Vítima: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

CPF: 104.752.804-58

Data do Acidente: 07/02/2016

CPF de: Próprio Titular do CPF: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA : 104.752.804-58

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/07/2017

Nome: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

CPF/CNPJ: 104.752.804-58.

Responsável pelo cadastramento na seguradora

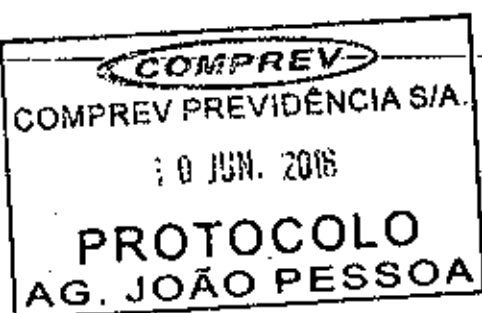
Data do cadastramento: 07/08/2017

Nome: FELIX LUIZ DE SOUZA

CPF: 571.142.347-91

DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

FELIX LUIZ DE SOUZA

**PROCURAÇÃO****OUTORGANTE:**

Nome: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: SOLTEIRO
 Identidade: 3.483.935-22 via - SSDS - PB. (01-12-2010)
 CPF: 304.752.804-58
 Profissão: AGRICULTOR
 Endereço: RUA IVAN EVANGELISTA CORREIA, S/N - ASSUNÇÃO
 CEP: 58.685-000
 Telefone: 99 6114 616

OUTORGADO:

Nome: CANDIDO MACEDO NORTE
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 269.689 - SSP/PB
 CPF: 087.007.964-68
 Endereço: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, Nº 1166-A, CENTENÁRIO, CAMPINA GRANDE-PB.
 CEP: 58.428-130
 TELEFONE: (083)3065.5017 / (083) 98769.6065

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Reclamar junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização por invalidez permanente/morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de únicos herdeiros, bem como qualquer documento/formulário inerente ao pedido de indenização, 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 RESPONSABILIDADE DO OUTORGANTE A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS APRESENTADOS E DISPONIBILIZADOS AO OUTORGADO. CIENTE DAS IMPLICAÇÕES LEGAIS CONTIDAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, O REFERIDO É VERDADE DOU FÉ.

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL

E NOTAS DE ASSUNÇÃO

CNPJ 08.370.404/000141

Maria da Salete Batista Tabella

Rua Tereza Balduino da Nobrega, 100

Centro - Tel/Fax: (83) 3466-1041

CEP: 58835-000 - Assunção - PB

 Reconheço por ☒ autenticidade
☐ semelhança.

 A(s) Firma(s) Diego dos
Santos Carneiro da Silva

 Assunção, 28/04/2016

 EML R\$ 8,49 FERJ R\$ 1,70

 FARPEN R\$ 0,25

 Maria da Salete Batista
 OFICIALA

 Setor Digital: ADAT1842.FFP3

Lei Estadual nº 10.132 de 05 de Novembro de 2015

 Consulte a autenticidade em <https://portal.digital.pb.gov.br>
OUTORGANTE
OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE.

 Mª da Salete Batista
 Oficiala do Registro Civil
 CRR, PPR, EML DE ASSUNÇÃO

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2016

Carta nº: 9246125

A/C: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro: 3160365352 ASL-0920005/16
Vitima: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2016

Carta nº: 9246126

A/C: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro: 3160365352 ASL-0920005/16
Vitima: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/06/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/02/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

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 COMPREV 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, 19 de Dezembro de 2016

Carta nº 10210719

a/c: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA

Sinistro: 3160365352 ASL-0920005/16
Vitima: DIEGO DOS SANTOS CARNEIRO DA SILVA
Data Acidente: 07/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CANDIDO MACEDO NORTE

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

