

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alvareo Venturoso da Silva

RG nº 3346732, data de expedição 30/07/05, Órgão SSP/PA

CPF nº 025.648.604-0 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)	SITIO RANCHO DO POVO	
Número	S/N	
Apto / Complemento	_____	
Bairro	ZONA RURAL	
Cidade	CATOLÉ DO ROCHA	
Estado	PARANÁ	
CEP	57.984-000	
Telefone de Contato	(83) 999 746322 (83) 981488766	
E-mail	_____	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CATOLÉ DO ROCHA - PA, 07.08.2018

Assinatura do Declarante: Alvareo Venturoso da Silva

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Gomes, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 51.015-570 - CNPJ: 03.123.456/0001-97

ÁREA CONTATO COM O CLIENTE
DEPARTAMENTO
FISCALIZAÇÃO

70632232

REFERÊNCIA

7/8/2018

COTA DE CONTRIBUIÇÃO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY

RUA BEL FLO DA SILVA ALMEIDA, 289 - ESCRITORIO -

PETROPOLIS POBREAL PB 58540-000

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
117.004.113 (R\$5.000,00)	000	0	1	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
YJF0624751	23/01/2018	INT. AC. 10.11.11.11.11	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	NR DE DIAS	PRÓXIMA LECTURA		
11	42	11	22	06/07/2018		
HIST. CONSUMO ANTER. LECT. QUANT. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
04/2018	9	0	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
05/2018	10	0	TURBIDEZ	0	0	0
06/2018	7	0	CLORO	0	0	0
07/2018	0	0	COL. TERMO	0	0	0
08/2018	10	0	CCR	0	0	0
09/2018	10	0	CCR	0	0	0
MEDIAÇÃO	7	DADOS REFERENTES A: 08/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 11-06-2018

NOME DO IMPRESSÃO: 03.06.52

DISCREÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

COMERCIAL: 1 UNIDADE(S)

ATE 10 MS - R\$ 67,65 POR UNIDADE

10 MS

67,65

ACIMA DE 10 MS - R\$ 11,72 POR MS

1 MS

11,72

ESGOTO

VALOR APROPRIADO DE 1080/05/18 7,34 PIS E CONFINS. 181 12.741/17

VENCIMENTO:

23/06/2018

Total a Pagar:

R\$ 79,37



CONDIÇÃO DE LETURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO PAGAMENTO: RPA

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** AQUIPARE COMO ESTA SEME APLICADO SEU DOWNEID ***

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA

MACRODULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

70632232

20/6/2018

23/06/2018

R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

SABEMI SEGURADORA S/A

28 AGO 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro, no 28^º AGO² 2018 determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu JUQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.936.139/00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALANNE MARTINS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.648.624/00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ALANNE MARTINS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.648.624/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

X Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ Recuso Informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA BEL. ECO. DA SILVA ALMEIDA</u>		<u>219</u>	<u>69.215.020</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>ROMBAL</u>	<u>PARANÁ</u>	<u>58840-000</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>JUQUES.ADV@BEL.COM-BR</u>		<u>(83) 99774-6322</u>	<u>(83) 98148-3466</u>

ROMBAL - PB, 07 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Juques Ramos Wanderley

Assinatura do Declarante

Código de Endereçamento: 2502460

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 249 Bairro: RAYMUNDO

Município: CATEIA DO ROCHA

Estado: PARAIBA

UF: PB

Aluno: Afonso Mota de Sousa Matrícula: 88.77.3446

Profissão: Médico de Família e Comunidade

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 249 Bairro: RAYMUNDO

Município: CATEIA DO ROCHA

Matrícula: 88.77.3446

Código FICIS: 01.05.01

Data de Nascimento: 01.05.81

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Data de Exatidão: 28.08.13

Veloso 752 24

De paisa - 201/13

ABSA 201/13

Dea Dae 4141 201/13

ABSA 201/13

ABSA 201/13

ABSA 201/13

ABSA 201/13

ABSA 201/13

ABSA 201/13

ABSA 201/13

ABSA 201/13

ABSA 201/13

SABEMI SEGURADORA S/A

28 AGO 2018

RECEBIDO

0 3 0 1 0 0 0 0 3 6

JOSÉ SASSARI C

CRM-PB 47

Assinatura do Presidente / Representante (Caso Representante)

Assinatura do Representante

Assinatura do Representante



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos que
Alone Mantias do Silva

Necessita de 90 (Noveenta) dias de afastamento das
atividades profissionais ou escolares, a partir desta data, por motivo de
doença.

Autorizo informar CID: M23.5

Assinatura do paciente/responsável

Católé do Rocha - PB

Cleber H. Pontes
Médico Ultrassom/Grafia
5630-RN 4210-PB

Assinatura do Profissional - Carimbo

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Erivaldo Diniz, 511 - Centro - CEP: 58.254-000 - Catolé do Rocha - PB
Fone: (53) 3441-1615/1352



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins

Alane Martins da Silva

Necessita de 120 (cento e vinte) dias de afastamento das atividades escolares ou atividades profissionais, a partir de 10 / 07 / 2015, por motivo de doença.

CID: M23.5

Catolé do Rocha - PB, 10 / 07 / 2015.

Dr. Anderson Pádua
Osteopata
CRM 1453 - 2007 / 1419

MÉDICO - CRM - CARIMBO

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Ernesto Rêgo, S/N - Centro - CEP: 58804-000 - Catolé do Rocha - PB
Fone: (33) 344-1010 - e-mail: sm@catole.rocha.pb.gov.br
CNPJ: 04.061.902/0001-77



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) ILIAMAR M. SILVA portador(a) da identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 M23.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120 cento e vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa, 25.11.15

Dr. Antônio Farias
Ortopedia
CRM 18.157

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATERIMENTO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Marlene D. Silva portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim, no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 H73.5 devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120 (Dois meses) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 12.07.16

Dr. André Farias
Otorrinolaringologista
CRM 1983 - 1987 11479

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

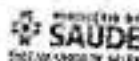
Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

☒ VIA-PACIENTE

☐ VIA ANEXO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Rua AC. Póca, 104 - Casa Verde, 571, CEP 58060-004, Mangabeira II, João Pessoa - PB



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr(a) Alone Martins da Silva, portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 H23.5, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 120
cento e vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa, 08/06/2016

Dr. Andrieu Farias
Osteopata
CRP 1197

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(*) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1. NOME DO PACIENTE

2. LOCALIDADE DO PRESTADOR DE ATENDIMENTO

Posto Ag. Pôrto, 1040 Costa D'Amor, S/N, CEP 82034-000, Maringá - PR, João Pessoa - PB.



Dr. Andrier Farias de Andrade

Membro Titular da
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
Especialista em Cirurgia de Joelho

Relatório

Paciente Maria Martins da Silva,
com queixa de instabilidade e dor no
joelho esquerdo. Ao exame, lesões em
McMurray (+). RUM: lesão de LCA e
menisco. Tem indicação de fisioterapia
iniciada, aguardando procedimento
cirúrgico, entre tanto ainda sem
data prevista. Deve afastar-se de
suas atividades por tempo indeterminado
até a realização da cirurgia e completa recuperação.

UID: M23.5/M23.2

Dr. Andrier Farias
Ortopedista
CRM 1593

2016

Catolé do Rocha: CLÍNICA DR. IRAN CAMPOS, Av. Dep. Américo Maia, 971. (83) 3441.1634
João Pessoa: PRONTO SOCORRO DE FRATURAS, Av. Jôlia Freire, 1058, Expedicionários.
(83) 3244-1520 / 3244-6041

andrier_f@yahoo.com.br

CLÍNICA DR. IRAN CAMPOS
Ultrassonografia - Eletroencefalografia
Ginecologia - Obstetrícia - Medicina Interna
CRM PB 2.687 CRM RN 1.755

Relatório

Paciente Alana Martins da Silva,
com queixa de dor e instabilidade
em joelho esquerdo. Anamnese (+),
McMurray (+). RNM: lesão de LCA e
menisco. Tem indicação de tratamento
cirúrgico e aguarda procedimento
pelo SUS, ainda sem data prevista.
Deve afastar-se de suas atividades,
por tempo ainda indeterminado, até
a realização da cirurgia e posterior
reabilitação.

CID: M23.5/M23.2

Atendimento por: Dr. André Maia, 971
Bairro: São José, Catolé do Rocha - PB
Fone: (33) 3443-1034
Cel: (33) 9902-4841

Email: iran@iran Campos.com

Dr. André Maia
Osteod
03 JUN 2017

End: Joaquim Gonçalves, 110
Bairro: Penedo, Catolé do Rocha - PB
Telefone: (34) 3421-2400
Cel: (34) 9914-5805



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PSF CAIC

Paciente:

Pedro Dantas A. dos Santos

RECEITUÁRIO

CRM: PB 3682 RN 4549

laudo notado

Afasto houve o, dia-
da Feb que Alvaro
bravies de lado
com queixo- de
e mobilidade
Joelmo Espinosa
RNM: laudo de LCA
e pressão. Tem sede
02/2/18. Profissional

verão de mobilidade
curativos e exames
aguarda prevenção
para SUS, ainda na
data prevista.

Fui operado de
nos atividades
for tempo mobilizar
havia, de a qual
gesso de curativo
e fratura mobilidade
cop. CID do: M23.5 /
Catolé do Rocha PB
02/2/18. Profissional

Pedro Dantas A. dos Santos

CRM: PB 3682 RN 4549

ALDA 00000 TERRITÓRIO NACIONAL
 3346732
 30 JUL 2008
 MARIA CELIA DE SILVA
 ALANNE MARTINS DA SILVA
 Antônia Martins da Silva
 João Pessoa PB
 07.05.1991
 Cart. Nasc. 16.704-Fla. 95-(IV.A-16)
 Cart. João Pessoa PB
 DIRETOR

ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 P.917
 ALANNE MARTINS DA SILVA
 CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
 095.648.624-00
 Nome
 ALANNE MARTINS DA SILVA
 Nascimento
 07/05/1991
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SABEMI SEGURADORA S/A
 28 AGO 2018
 RECEBIDO



SABEMI SEGURODORA S/A

28 AGO 2018

RECEBIDO



28 AGO 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAIS

A DETRAN - PB

Nº 012028694434

CERTEFICADO DE REGISTRO E LICENÇA DE DIRIGIR VEÍCULO

Nº 0087034642-6 00/000000000 2015

ANTONIO MARTINS DA SILVA

62933060400

OE22865/PB

FAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC

HONDA/CG 150 FAN EST

2º 09/14/7CL PARTIC VITRINETA

DATA EMISSÃO 09/08/2015

VENCIMENTO 09/08/2015

PRAZO DE VALIDADE 09/08/2015

A.F. ADM DE CONTRATO HONDA LTDA

REST. BEN. TRIBUTARIO 0

CATOLE DO ROLLA-PB

2194



22/05/2015 15989

PB Nº 012028694434 DILHETE DE SEGURO DPVAT

Este documento é de propriedade exclusiva da Sabemi Seguradora S/A e não pode ser utilizado para fins de garantia de seguro. A Sabemi Seguradora S/A não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido deste documento.

ESTE É O SEU DILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

Emissão 22/05/2015

62933060400

OE22865/PB

HONDA/CG 150 FAN EST

2º 09/14/7CL PARTIC VITRINETA

PRÊMIO TANTUMÁRIO

VENCIMENTO 09/08/2015

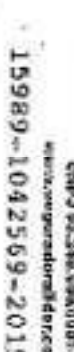
PRAZO DE VALIDADE 09/08/2015

A.F. ADM DE CONTRATO HONDA LTDA

REST. BEN. TRIBUTARIO 0

CATOLE DO ROLLA-PB

2194



15989-1042569-20150522

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.346.998/0001-04

www.sabemiseguradora.com.br



28 AGO 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: ALANNE MARTINS DA SILVA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTORA, COM RG: 3346732 SSP/PB E CPF: 095.648.624-00, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO RANCHO DO POVO, S/N, ZONA RURAL, CATOLÉ DO ROCHA - PB.

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT INVALIDEZ E DAMS, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT INVALIDEZ E DAMS para a vítima ALANNE MARTINS DA SILVA.

CATOLÉ DO ROCHA - PB, 11/07/2018.

Alanne Martins da Silva

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ALANNE MARTINS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180400568**

Vitima: **ALANNE MARTINS DA SILVA**

Data do Acidente: **28/12/2013**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180400568**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13306069



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ALANNE MARTINS DA SILVA
Nº Sinistro: 3180400568
Vitima: ALANNE MARTINS DA SILVA
Data do Acidente: 28/12/2013
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180400568**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180400568

Vítima: ALANNE MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 28/12/2013

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALANNE MARTINS DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

095-648.624-00

ALANNE MARTINS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ALANNE MARTINS DA SILVA	095-648.624-00	AGRICULTORA
Endereço	Número	Complemento
SÍTIO RANCHO DO BOJO	512	
Bairro	Cidade	Estado
ZONA RURAL	CATOLE DO ROCHA	PARAIBA
Email	CEP	Telefone (DDD)
	57.884-002	(83) 999746322

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (343)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NÚM.

DAY

CONTA

NÚM.

DAY

0585-1

30.969-3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NÚM.

AGÊNCIA

NÚM.

DAY

CONTA

NÚM.

DAY

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CATOLE DO ROCHA-PB, 07 de JULHO de 2018

Local e Data

Alanne Martins da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA DE CATOLÉ DO ROCHA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º

635/2015

Fls N.º 190

Livro N.º

01/2013

NAT. DA OCORRÊNCIA: Acidente de moto com vítima lesionada.
LOCAL: SÍTIO RANCHO DO POVO - CATOLÉ DO ROCHA - PB
HORA: 16:00 **DATA DA OCORRÊNCIA:** 28/12/2013
FORMA DA COMUNICAÇÃO: Verbal

SABEMI, SEGURADORA S/A

28 AGO 2018

DELEGADA PLANTONISTA: DR. RODRIGO R. PINHEIRO

NOTICIANTE	NOME:	ALANNE MARTINS DA SILVA		ALGUMA:	- - -
	IDADE:	24 anos	DATA DE NASC.:	07/05/1991	ESTADO CIVIL: Solteira
	SEXO:	F	NACIONALIDADE:	Brasileira	NATURALIDADE: João Pessoa -PB.
	COR:	Branca	PROFISSÃO:	agricultora	DOC. DE ID. 3346732 - SSP/PB.
	FILIAÇÃO:	Antonio Martins da Silva e Maria Célia da Silva			
	END.:	Sítio Rancho do povo zona rural CIDADE: Catolé do Rocha -PB.			
	TELEFONE:	83.996808439			

RECEBIDO

HISTÓRICO:

Afirma o comunicante QUE em 28/12/2013, por volta das 16h00min vinha pilotando um motocicleta Honda cg 150, FAN, cor vermelha, ano 2012, licenciada nome seu genitor ANTONIO MARTINS DA SILVA, na PB em direção a Patú R/N, quando aproximou se um carreta em alta velocidade, e ultrapassou a moto rapidamente :Que a comunicante também vinha rápido e se assustou perdendo o controle da moto e caindo no asfalto, causando lhe danos a sua saúde, sendo confirmado por laudos médicos em anexos. Que foi atendida no dia do acidente no Hospital Regional DR. Américo Maia de Vasconcelos, pelo medico DR. JOSE SUASSUNA CARNEIRO CRM/4724, no dia 28/12/2013. Diante do exposto, comunica o fato a Autoridade Policial, solicitando a expedição do Boletim de Ocorrência, para as medidas legais cabíveis. E nada mais disse.

O Comunicante está ciente das imputações culminadas nos Artigos 299 e 340 do CPB.

Catolé do Rocha-PB, 28 de julho de 2015.

Assinatura do Noticiante X Alanne martins da Silva

Policial civil

[Assinatura]

182.047.8



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados pessoais e do REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os casos de **SABEMI SEGURADORA S/A**.

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

28 AGO 2018

RECEBIDO

Nome Completo da Vítima

ALANNE MARTINS DA SILVA

CPF da Vítima

075.648.624-00

Data do Acidente

28.12.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

CARTEL DE POLÍCIA - 07 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Alanne Martins da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS



Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **ALANNE MARTINS DA SILVA**, RG 3.346.732 SSP/PB, residente e domiciliada no Sítio: Rancho do Povo- Catolé do Rocha – PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. José Suassuna Carneiro – CRM/ 4724, no dia 28 de Dezembro de 2013. Deu entrada na Urgência e Emergência vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros Procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de Julho de 2015.