
Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Nº Sinistro: 3180363688

Vitima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Data do Acidente: 29/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180363688**.

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

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 ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Lúcio de Andrade Farias Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF	Profissão
Lúcio de Andrade Farias / Ana		092.202.307-71	Son/Estudante
Endereço		Número	Complemento
morar Felipe de Andrade, Rue profeta, 1/n			
Bordim Oeonica		Cidade	Estado
		Caledela	PB
Email		CEP	
		58000-000	
Telefone (DDD)			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00
COMPROVANTE			
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A			
07 AGO 2018			
PROTOCOLO			
AG. JOÃO PESSOA			

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 3069 CONTA: 01444.1/500

Informar digitar se existir

Informar digitar se existir

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

João Pessoa 13 de 03 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário  **Campo 2 - Assinatura do Representante Legal** 

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 ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Lúcio de Andrade Farias Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF	Profissão
Lúcio de Andrade Farias / Ana		092.202.307-71	Son/Estudante
Endereço		Número	Complemento
morar Felipe de Andrade, Rue profeta, 1/n			
Bordim Oeonica		Cidade	Estado
		Caledela	PB
Email		CEP	
		58000-000	
Telefone (DDD)			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00
COMPROVANTE			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____			
AGENCIA NRO. _____ DATA _____ Local e Data _____			
AGENCIA NRO. _____ DATA _____ Local e Data _____			

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

João Pessoa 13 de 03 de 2018

Local e Data

Lúcio de Andrade F. Alves / Ana Maria Filho de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00599.01.2018.1.03.007

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00599.01.2018.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:49 horas do dia 01 de março de 2018, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7^ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Antonio Carlos dos Santos, Agente de Investigação, matrícula 1372793, ao final assinado, compareceu Ana Maria Felipe de Andrade, CPF nº 092.202.307-71, nacionalidade brasileira, identidade de gênero feminino, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Manoel Felipe de Andrade, natural de Umbuzeiro/PB, nascido(a) em 13/09/1977 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Oceania VI, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98614-7862.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Jair Cunha, Rua de Terra, Próximo a Estação de Trens, Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/08/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

CONTA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, TRAFEGAVA NO BANCO DO CARONA DA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q, PHOENIX, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACAS OEV 0511/PB, CHASSI LXYXCBL02E0517089, LICENCIADO EM NOME DE JOSE ARIMATEIA DE BRITO EVANGELISTA, CONDUZIDA PELO PRIMO GILSON RIDAN, QUE NA ALTURA DA ESTAÇÃO DO JACARÉ, OUVE A COLISÃO DE FRETE COM OUTRA MOTOCICLETA, DEVIDO AOS BURACOS EXISTENTES NAQUELA LOCALIDADE, QUE DEVIDO O IMPACTO O MENOR SOFRU ALGUNS FERIMENTOS PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO, COMO CONSTA EM CERTIDÃO Nº 1593/2017, APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLICIA.

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

Cabedelo/PB, 01 de março de 2018.

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS
Agente de Investigação



Ana Maria Felipe de Andrade
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

Noticiante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Kauê de Andrade Faro Alves CPF da Vítima: 092.202.307-71 Data do acidente: 29/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:	<u>Ana Maria Felipe de Andrade</u>	CPF do Representante legal:	<u>092-202.307-71</u>
Email:		Telefone (DDD):	

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

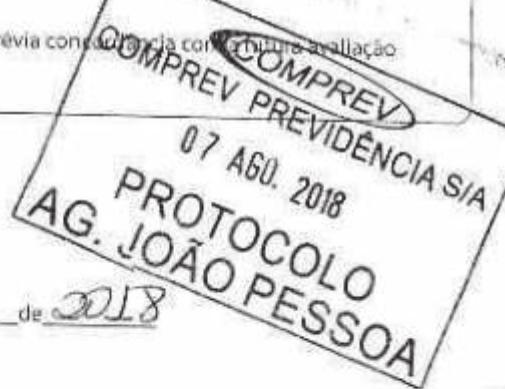
Assinalar uma das opções abaixo:

- 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 Lider 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 sua realização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

J. Pessoa, 13 de 03
 Local e Data



Kauê de Andrade Faro Alves Ana Maria Felipe de Andrade
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FREITEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISTO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulada
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Num. Prontuario: 2017.08.004425

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)

End.: RUA PROJETADA,00SEM CARTAO DO SUS

Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF :PB

Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MAE RESPONSAVEL

Tele/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX

Vitima de violencia por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

Aparentemente Bem Grave

FC: TP:

Politraumatizado Convulsao

Peso: Altura:

Hemorragia Dispneia

Glicemias: IMC:

Diarreia Agitado

Circ. Abd: O2%:

Regular Chocado

Queixa Principal

Vomito

Observacao

*COLISAO moto + moto : TRAVOU EM MSE. NELA COMPREV PREVIDENCIA SIA
CABECA E TORAX !*

Historia - Exame Fisico - (hora: 18:42:578
Local: 1942578
Atendente: Dr. RENATO medico)

*COMPREV PREVIDENCIA SIA
07 AGO. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA*

Diagnostico

Conduta

Ex de onda de automov. E

Rx d'inf. @ u C + C

Prescricao

Horario da medicacao

Okedurao inverte + Endobil. gelat. bem qd d' tempo em donde.

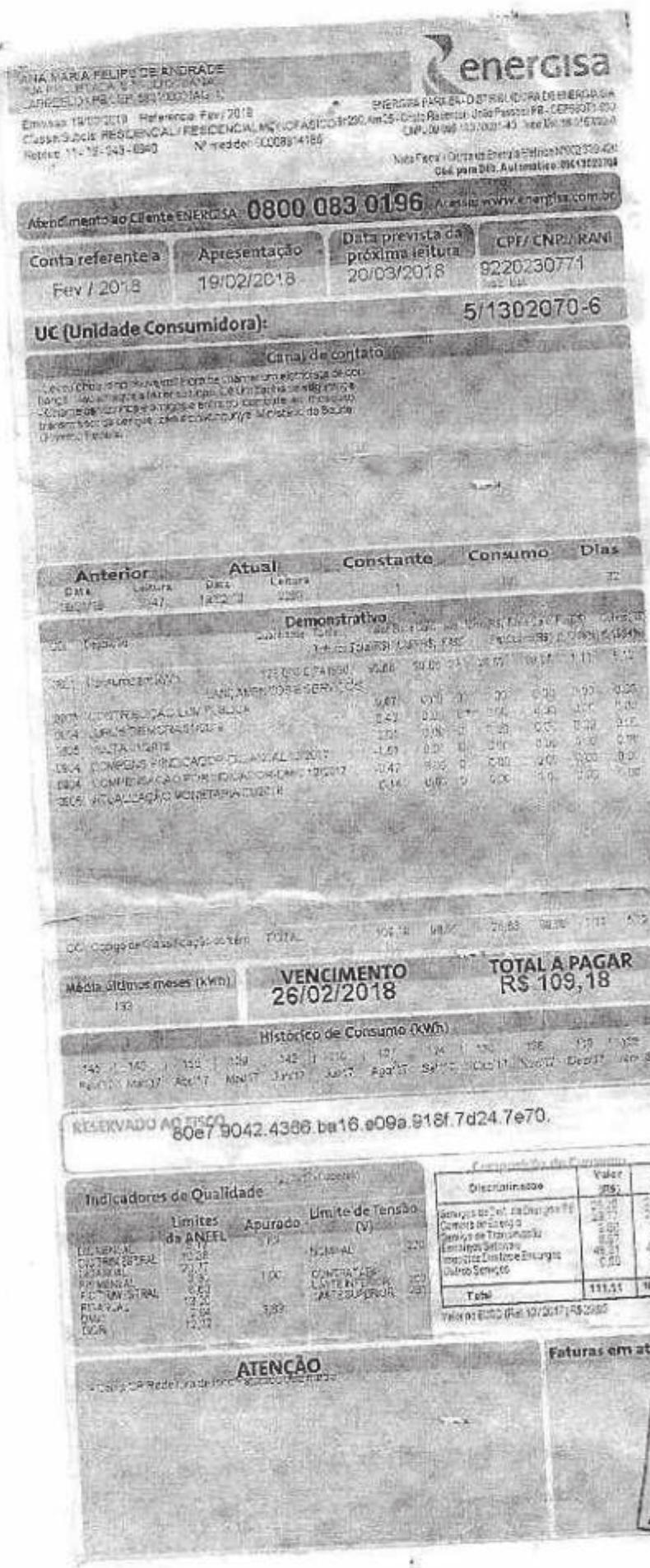
② AINES

③ Orientaç

④

Parceria da Buna maxifon Reino

*Carlos A. V. Salvão Filho
Doutor Marcio So-Facial
Instituto de Clínica 2293*



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 0221206 (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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão** e **renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Floriana da Silveira Corrêa inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624-169,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Floriana de Andrade Corrêa Alves inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 408.260.624-90, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Floriana de Andrade Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.200.624-90, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua da República	Número	390	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	João Pessoa	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 31 de 07 de 2018
 Local e Data

Floriana da Silveira Corrêa
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Arimatea de Brito Evangelista,
RG nº 2696135, data de expedição 20/07/1989
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 052.143.854-39, com
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projeto do, nº b/n,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fábio de Andrade Farias, Alves, cujo o condutor era
Gilson Ridan da Silveira.

Veículo: Moto Shineray XY 500

Modelo:

Ano: 2014

Placa: 0EY 0511/PB

Chassi: LXXXCBL92E0517089

Data do Acidente: 29/08/2017

Local e Data: João Pessoa, 18/07/2018

Figueiredo
Dornelas
Serv. Notarial

José Arimatea de Brito

Assinatura do Declarante

Gilson Ridan da Silveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registrário
1º Ofício de Notícias e Privacidade no Registro Imobiliário
Praça da Matriz, nº 22 - Centro - CEP: 58010-000 - Cabedelo - PB

RECONHECO, como autêntica e VERDADEIRA, a(s) Firma(s) de:
JOSE ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA
En test. da verdade. Cabedelo-PB 18/07/2018 13:51:50
Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto
[2018-007217]ENOL:R\$ 49,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AH58165-1399
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





29 -

CERTIDÃO

Nº. 1593/2017

Atendendo solicitação de ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº56845 pertencente a LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES que foi atendido dia 29/08/2017 às 13H01min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura antebraço esquerdo. Realizado imobilização, medicação e liberado.

E para constar eu Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de outubro de 2017
Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

030101007-2

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Ana Maria Filho de Freitas

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

0301060561
0301010048



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

GOSTRO
RAL

4.233.702

DATA DE
EXPEDIÇÃO 20/03/2014

LAÉRCIO DE ANDRADE FARIA ALVES

NACIONAL SEVERINO DE FARIA ALVES

MARIA FELIPE DE ANDRADE

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

JOÃO PESSOA-PB

04/04/2002

LUGAR DE ORIGEM

NASC. N. 23.507 FLS. 216 LIV. A-23

HABITACAO AROEIRAS-PB

08.260.624-90

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DOTOULAR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Estado da Paraíba
MUNICÍPIO DE AROEIRAS

Nascimentos, Casamentos e Óbitos

Selma Santos de Lima Registradora
Regina Coeli Santos Lima de Araújo-
Substituta

A Registradora de Nascimentos, Casamentos e Óbitos, da Cidade de Aroeiras, Município e Comarca de igual nome, do Estado da Paraíba, abaixo assinada, na forma da Lei, etc.

C E R T I DÃO D E N A S C I M E N T O

CERTIFICO que às fls.216 do livro nº A -23 sob Nº de Ordem 23.507 foi lavrado o assento do nascimento de: LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, do sexo masculino, nascido no dia quatro de abril de dois mil e dois (04/04/2002) às 13:40 horas, no Hospital Edson Ramalho, em João Pessoa-PB.

Filho de: Severino de Farias Alves e Ana Maria Felipe de Andrade.

São avós Paternos: José Vicente Alves e Josefa de Farias Alves e avós Maternos: Manoel Felipe de Andrade e Severina Maria da Conceição.

O assento foi lavrado em 06 de março de 2003, tendo sido declarante a própria mãe. Serviram de testemunhas: José Paulo de Oliveira e Rita Maria da Conceição.

Observações: A presente certidão envolve elementos de Averbação à margem do termo"

O referido é verdade e dou fé.

Aroeiras, 28 de maio de 2008

Selma Santos de Lima
Selma Santo de Lima
Registradora

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Regina Coeli S. L. de Araújo - Substituta
Rua Neco de Andrade, 60 - Aroeiras
FONE: (83) 3386-1063
CNPJ: 35.492.990/0001-07

07 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPETÊNCIA S/A

07/04/2018

19 VIA

0021: Censura em MVA
0021: Adic. B. Ameri

0022: CONTRIBUIÇÃO
0024: JUROS DEMORA
0025: MULTA 06/2017

CCD: Código de Classificação

Média últimos meses

125

142 | 106 | 11
Jun17 Mai17 Abri17

RESERVADO PARA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20160000023046-0
CÓD. FABRICA: 0107638941-1 | PERÍODO: 00/00000000 | 2016

1 | JOSE ARIMATEA DE B EVANGELISTA | NOME

05214385439 | PLACA: OEV0511/PB

1 NOVO PB | LXYXCB02E0517089

ESPECIE VDO: PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC | CONDUZIVEL: GASOLINA

I/SHINERAY XY500 PHOENIX | ANO DE PRODUÇÃO: 2013 | ANO DE VENCIMENTO: 2014

CAPACIDADE: 2 P/49 /CI | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: PRETA

IPVA ISENTO | VENC. IPVA UNICA: 00/00/0000 | VENC. COTAS: 22/01/2016

PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$): SEGURO | PRÉMIO TOTAL (R\$): PAGO | DATA DE PAGAMENTO: 22/01/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB
42277 | 05/02/2016 | 14516

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE MATERIAIS DE UMA MARCHA, ARES DE TRANSPORTES DAS QUADRIAS, SEGURO DPVAT

PB Nº 012427254268 | BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATUAÇÃO
www.dpvatsegurodetranito.com.br
SAC DPVAT 0300 822 1204

2016 | 05/02/2016

1 | 05214385439 | OEV0511/PB

01076389411 | I/SHINERAY XY500 PHOENIX

2013 | 0517089 | LXYXCB02E0517089

PRÉMIO TARIIFÁRIO

PNS (R\$): DESATRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IGT (R\$): TUPA (SEGURO DE DANOS):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PAGAMENTO: PAGADO: DATA DE VENCIMENTO: 22/01/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.604/0001-04
www.seguradoralider.com.br

14516-1057530-20160205

05/02/2015



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA P. 912
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2696135 DATA DE EXPEDIÇÃO 20 SET. 1959

RELOS DE TITULAR
NOME: JOSÉ ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA
JOÃO RODRIGUES EVANGELISTA
VILLAGEM: MARIA LUCIA DE BRITO EVANGELISTA

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB DATA DE NASCIMENTO: 08.02.1982

DOC. N.º 29.962, fls. 003, Liv. S1-A
2º Cart. João Pessoa - PB

CPF: 000-000-000-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEIN 1.116 DE 29/08/83

ESTADO
BRASIL
LIVRE

Proprietário da motocicleta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



06

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

01/11/2007

REGISTRO
GERAL
NOME
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

PILAÇÃO
MANOEL FELIPE DE ANORADE
SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

URIBUZEIRO-PB
DOC. CRÍMEU
NASC. N. 6798 FLS. 185 LIV. A7

13/09/1977

CARTÓRIO DE AROEIRAS

CPF 092.202.307-71

João Pessoa, PB
LIA DO SOCORRO ASSINATÓRIO DO DIA 19/08/2018

ANALISTA DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

• Ana Maria Felipe de Andrade.

Assinatura digital

Representante legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Nº Sinistro: 3180363688

Vitima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Data do Acidente: 29/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180363688**.

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

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 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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Bruno de Andrade Farias Alves

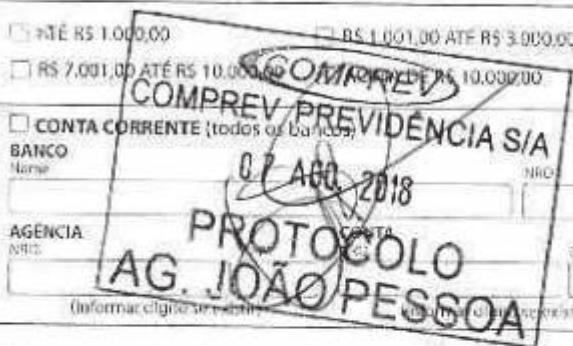
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>Bruno de Andrade Farias/Ana</i>	092.202.307-71	<i>Son/Estudante</i>
Endereço	Numero	Complemento
<i>morria Felipe de Andrade, Rue profeta, 1/n</i>		
CEP	Estado	CEP
	PB	58000-000
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00
<i>COMPROVANTE</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
3069	01444.1/500		
Informar digitar se existir	Informar digitar se existir	Informar digitar se existir	Informar digitar se existir



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

João Pessoa 13 de 03
 Local e Data:

Bruno de Andrade F. Alves *Ana Maria Filho de Andrade*
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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 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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Bruno de Andrade Farias Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>Bruno de Andrade Farias/Ana</i>	092.202.307-71	<i>Son/Estudante</i>
Endereço	Numero	Complemento
<i>morria Felipe de Andrade, Rue profeta, 1/n</i>		
CEP	Estado	
	PB	58000-000
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 15.000,00
<i>COMPROVANTE</i>			
<input checked="" type="checkbox"/> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 07 AGO 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESOA			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
3069	01444.1/500		
Informar digitar se existir	Informar digitar se existir	Informar digitar se existir	Informar digitar se existir

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

João Pessoa 13 de 03
 Local e Data:

Bruno de Andrade F. Alves *Ana Maria Filho de Andrade*
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00599.01.2018.1.03.007

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00599.01.2018.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:49 horas do dia 01 de março de 2018, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7^ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Antonio Carlos dos Santos, Agente de Investigação, matrícula 1372793, ao final assinado, compareceu Ana Maria Felipe de Andrade, CPF nº 092.202.307-71, nacionalidade brasileira, identidade de gênero feminino, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Manoel Felipe de Andrade, natural de Umbuzeiro/PB, nascido(a) em 13/09/1977 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Oceania VI, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98614-7862.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Jair Cunha, Rua de Terra, Próximo a Estação de Trens, Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/08/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

CONTA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, TRAFEGAVA NO BANCO DO CARONA DA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q, PHOENIX, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACAS OEV 0511/PB, CHASSI LXYXCBL02E0517089, LICENCIADO EM NOME DE JOSE ARIMATEIA DE BRITO EVANGELISTA, CONDUZIDA PELO PRIMO GILSON RIDAN, QUE NA ALTURA DA ESTAÇÃO DO JACARÉ, OUVE A COLISÃO DE FRETE COM OUTRA MOTOCICLETA, DEVIDO AOS BURACOS EXISTENTES NAQUELA LOCALIDADE, QUE DEVIDO O IMPACTO O MENOR SOFRU ALGUNS FERIMENTOS PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO, COMO CONSTA EM CERTIDÃO Nº 1593/2017, APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLICIA.

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

Cabedelo/PB, 01 de março de 2018.

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS
Agente de Investigação



Ana Maria Felipe de Andrade
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

Noticiante



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Kaerio de Andrade Faro Alves CPF da Vítima: 092.202.307-71 Data do Acidente: 29/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:	<u>Ana Maria Felipe de Andrade</u>	CPF do Representante legal:	<u>092-202-307-71</u>
Email:		Telefone (DDD):	

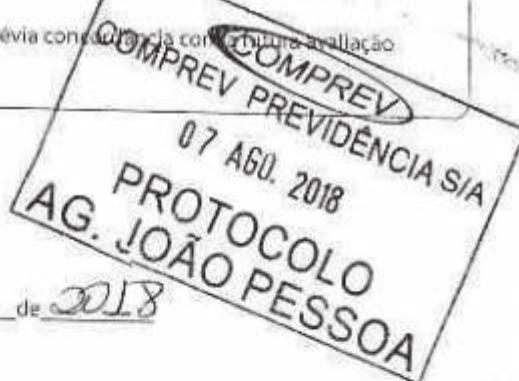
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.

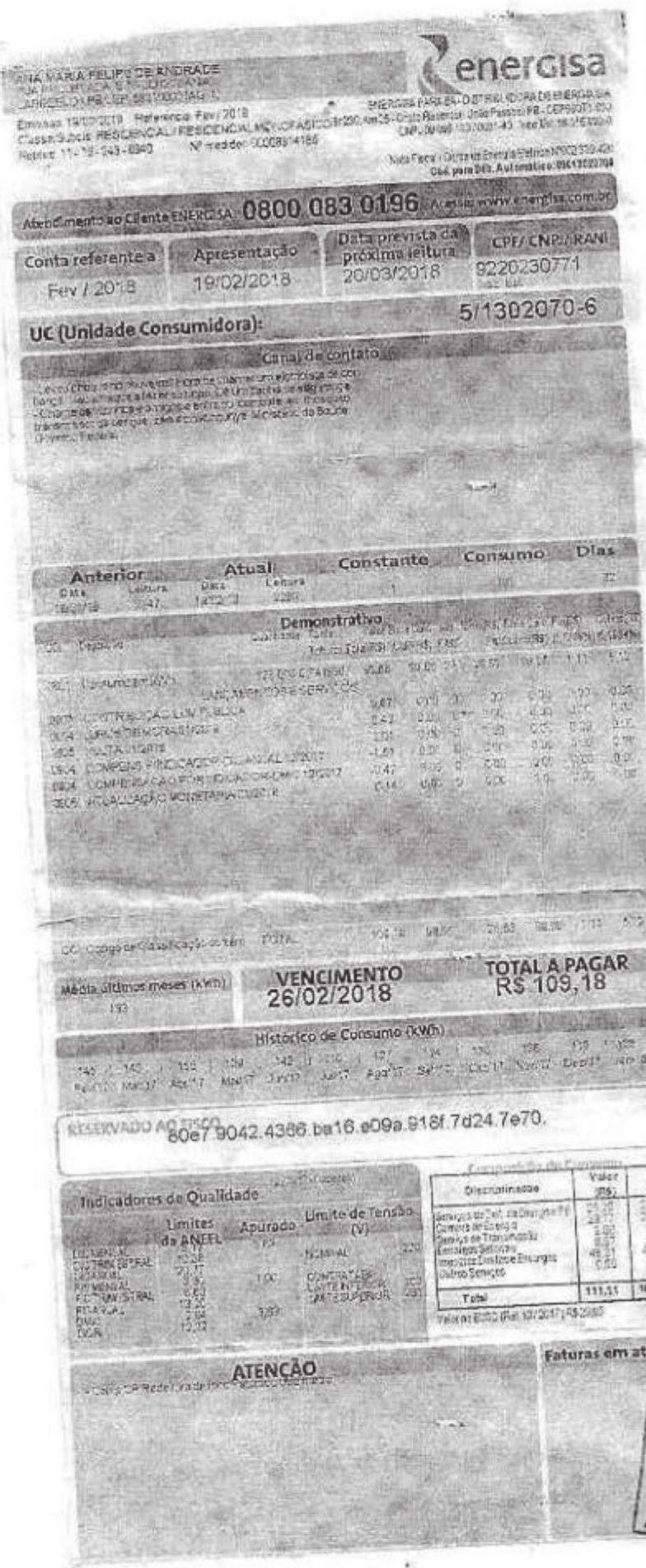
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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



J. Pessoa, 13 de 03
 Local e Data

Kaerio de Andrade F. Alves Ana Maria Felipe de Andrade
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSOA

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140 0
Nº do Medidor: 00008162616 Referência: JUN/18
Emissão: 15/06/2018



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 200, Km 29 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.995.183/0001-48 INSC Est. 16.915.823/00

Nº Fisco/Custo de Energia Elétrica
Nº 006.085.841

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar tenha sempre em mãos a conta.

0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade - 04/2018 - Conjunto: Linha de Básico

LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	4,95	0,00
DIC TRIMESTRAL	9,51	
DIC ANUAL	19,82	
FIC MENSAL	3,23	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,47	
FIC ANUAL	13,0	
DMIC	2,77	0,00
DICB	12,22	

DICm: nº de horas que o cliente ficou sem energia; FIC: nº de vezes que o cliente ficou sem energia; DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICB: Duração da interrupção individual ocorrida em dia útil. Positivos valores: indicação apurada acima dos padrões nesta unidade consumidora implicando direito à compensação. F: direito do consumidor: solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CNPJ/CPF/RG/N: 38562381400

INSC. EST: 20000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	TAB. QUANT.	%
SERVICOS DE ESTABILIZACAO DA ENERGIA/PO	51,91	32,90
COMSUMO DE ENERGIA	74,21	37,00
SERVICOS DE TRANSMISSION	0,87	0,43
ENCARGOS DE SERVICOS	14,21	8,68
IMPOSTOS DIRETOS E ENCAIXADOS	78,35	34,92
OUTROS SERVICOS	0,00	0,00
TOTAL	225,64	100,00

*Valor do Boleto deixa de ser válido de 04/07/18 a 03/08/18

CONTA REFERENTE A

ANTERIOR	ATUAL
DATA LEITURA	DATA LEITURA

JUN/18

APRESENTAÇÃO

20/06/2018

DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

16/07/2018

FATURAS EM ATRASO

28/05/2018 203,38

DEMONSTRATIVO

CCI Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos	Valor Total	Base Calc.	Aliq.	ICMS	ICMS (R\$)	PIS/Cofins (R\$)	PIS (R\$) Cofins (R\$)	Base C/IC.	PIS (R\$) Cofins (R\$)
0001 Consumo em kWh		282.000	0,727860	205,28	200,26	27	55,42	205,28	1,84	0,51	
0001 Adic. B. Amarela			2,20	2,20	27	0,59	2,20	0,02	0,09		
0001 Adic. B. Vermelha			9,71	9,71	27	2,02	9,71	0,00	0,40		
LANCAMENTOS E SERVICOS			0,77	0,02	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0007 CONTRIB SERVILUM PÚBLICA				-153,83	0,00	0	0,00	0,00	0,00		
0999 PAGTO DUPLICIDADE (-) 04/2018											

CCI: Código de Classificação do Item

Total: 73,11 217,17 56,83 217,17 1,95 0,00

ATENÇÃO

* AVISO DE VENCIMENTO: Caso o(s) faturado(s) acima relacionado(s) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não exime a possibilidade de dívida suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento das fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura vigora e é aplicado em órdenes de restituição ao crédito no caso de inadimplimento. - Cifra confirmada.

MÉDIA ÚLTIMOS MESES (kWh)

217

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

JUN/17	JUL/17	AGO/17	SET/17	OUT/17	NOV/17	DEZ/17	JAN/18	FEB/18	MAR/18	ABR/18	MAY/18
244	212	221	171	113	132	203	257	257	266	202	204

Reservado ao FISCO

cb39.4.add.93c3.37f5.c133.8976.b9dd.2811

17 AGO. 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83650000000-2 73110149000-1 02800122018-6 06300001019-7



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

27/03/2018

R\$ 73,11

280012-2018-06-3

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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão** e **renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Floriana da Silveira Comoro inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624/169-10,
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Floriano de Andrade Teixeira Alves inscrito
 (a) no CPF sob o Nº 408.260.624/90, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Floriano de Andrade Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.200.624/90, conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua da República	Número	390	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	João Pessoa	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)

João Pessoa, 31 de 07 de 2018

Local e Data

Floriana da Silveira Comoro

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Arimatea de Brito Evangelista,
RG nº 2696135, data de expedição 20/07/1989
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 052.143.854-39, com
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projeto do, nº b/n,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fábio de Andrade Farias, cujo o condutor era
Gilson Ridon da Silveira.

Veículo: Moto Shineray XY 500

Modelo:

Ano: 2014

Placa: 0EY0511/PB

Chassi: LXXXCBL92E0517089

Data do Acidente: 29/08/2017

Local e Data: João Pessoa, 18/07/2018

Figueiredo
Dornelas
Serv. Notarial

José Arimatea de Brito

Assinatura do Declarante

Gilson Ridon da Silveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registrário
1º Ofício de Notas e Privilegios no Registro Imobiliário
Praça Presidente Getúlio Vargas, 22 - Centro - CEP: 58010-000 - Cabedelo - PB

fone: (83) 3221-1442

RECONHECO, como autêntica e VERDADEIRA, a(s) Firma(s) de:
JOSE ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 18/07/2018 13:51:50
Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto
(2018-007217)ENOL:R\$ 49,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHE58165-1399
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





29 -

CERTIDÃO

Nº. 1593/2017

Atendendo solicitação de ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº56845 pertencente a LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES que foi atendido dia 29/08/2017 às 13H01min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura antebraço esquerdo. Realizado imobilização, medicação e liberado.

E para constar eu Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de outubro de 2017
Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

030101007-2

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Ana Maria Filipe de Freitas

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

0301060561
030101007-2



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

GOSTRO
RAL

4.233.702

DATA DE
EXPEDIÇÃO

20/03/2014

NAME
LAÉRCIO DE ANDRADE FARIA ALVESNACIONAL
SEVERINO DE FARIA ALVES

MIA MARIA FELIPE DE ANDRADE

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

JOÃO PESSOA-PB

04/04/2002

LUGAR DE ORIGEM

NASC. N. 23.507 FLS. 216 LIV. A-23

MUNICÍPIO AROEIRAS-PB

08.260.624-90

João Pessoa-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.115 DE 29/06/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DOTOULAR

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Estado da Paraíba
MUNICÍPIO DE AROEIRAS

Nascimentos, Casamentos e Óbitos

Selma Santos de Lima Registradora
Regina Coeli Santos Lima de Araújo-
Substituta

A Registradora de Nascimentos, Casamentos e Óbitos, da Cidade de Aroeiras, Município e Comarca de igual nome, do Estado da Paraíba, abaixo assinada, na forma da Lei, etc.

C E R T I DÃO D E N A S C I M E N T O

CERTIFICO que às fls.216 do livro nº A -23 sob Nº de Ordem 23.507 foi lavrado o assento do nascimento de: LAÉRCIO DE ANDRADE FARIA ALVES, do sexo masculino, nascido no dia quatro de abril de dois mil e dois (04/04/2002) às 13:40 horas, no Hospital Edson Ramalho, em João Pessoa-PB.

Filho de: Severino de Farias Alves e Ana Maria Felipe de Andrade.

São avós Paternos: José Vicente Alves e Josefa de Farias Alves e avós Maternos: Manoel Felipe de Andrade e Severina Maria da Conceição.

O assento foi lavrado em 06 de março de 2003, tendo sido declarante a própria mãe. Serviram de testemunhas: José Paulo de Oliveira e Rita Maria da Conceição.

Observações: A presente certidão envolve elementos de Averbação à margem do termo"

O referido é verdade e dou fé.

Aroeiras, 28 de maio de 2008

Selma Santos de Lima
Selma Santo de Lima
Registradora

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Regina Coeli S. L. de Araújo - Substituta
Rua Neco de Andrade, 60 - Aroeiras
FONE: (83) 3386-1063
CNPJ: 35.492.990/0001-07

07 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
COMPROMISSO
PROVIMENTO
EXCELENCIA S/A

ANA MARIA FELIPE D
RUA PROLETÁRIA, S/N
CAEDE, C 1º Pº CEP: 50

87/ABO

LBT, 13.12927

LOCALIDADE: C

AG. VINCULADA

COM

ENERGIE

VALOR DO PAGA

19 VIA

0021: Consumo em MW
0021: Adic. B. Ameda

0022: CONTRIBUIÇÃO
0024: JUROS DEMORA
0025: MULTAS/2017

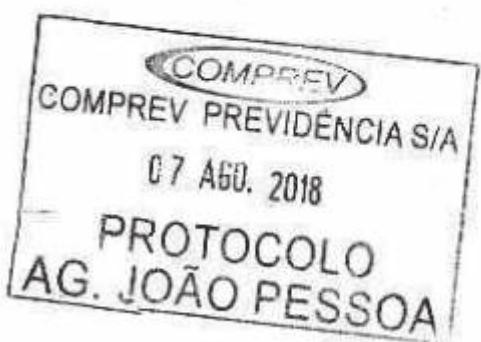
CCD: Código de Classif. C

Média últimos meses

125

142 | 109 | 111
Jun17 Mai17 Abri17

RESERVADO PARA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C.R.L. 20160000023046-0
CÓD. FABRICA: 0107638941-1 PERÍODO:
00/00000000 2016

JOSE ARIMATEA DE B EVANGELISTA

05214385439

OEY0511/PB

1 NOVO PB LXYXCEL02E0517089

ESPECIE/TYPE: PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC CONDUZIVEL: GASOLINA

I/SHINERAY XY50Q PHOENIX 2013 2014

2 P/49 /CI PARTIC PRETA

IPVA ISENTO	00/00/0000	VENC. COTA ÚNICA
0	0	0

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	REF. IPVA	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
0	0	0	22/01/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB

42277

05/02/2016

14516

SEGURO OBRIGATÓRIO DE PÁRÁOS PESSOAS CAUSADOS POR FERIMENTOS DE MOTORES DE MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO, AREAS DE TRANSFORMAÇÃO DAS QUADAS. SEGURO DPVAT

PC Nº 012427254268 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATUAÇÃO
www.dpvatsegurodetranpb.com.br
SAC DPVAT 0300 822 1204

2016 05/02/2016

1 05214385439 OEY0511/PB

01076389411 I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

2013 09 LXYXCEL02E0517089

PRÉMIO TARIFÁRIO

REF. IPVA	DESPATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
0	0	0

CUSTO DO BILHETE (R\$)	REF. IPVA	DESPATRAN (R\$)
0	0	0

PAGAMENTO	REF. IPVA	DESPATRAN (R\$)
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	0	0

PAGAMENTO DATA DE CONTRATAÇÃO
22/01/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.248.600/0001-04

www.seguradolider.com.br

14516-1057530-20160205

05/02/2015



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA P. 912
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



JOÃO RODRIGUES EVANGELISTA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2696135 DATA DE EXPEDIÇÃO 20 SET. 1959

REUSO DENTAL NOME JOSÉ ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA

VILLAGEM João Rodrigues Evangelista

NATURALIDADE Maria Lucia de Brito Evangelista

08.02.1982 DATA DE NASCIMENTO

DOC. N.º 29.962, fls. 003, Liv. S1-A

2º Cart. João Pessoa - PB

CPF João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 3.116 DE 29/08/63

ESTADO DA PARAÍBA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

BRASIL
LIVRE

Proprietário da motocicleta





06

• Ana Maria Felipe de Andrade.

Assinatura digital

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

01/11/2007

REGISTRO GERAL
NOME
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

FILIAÇÃO

MANOEL FELIPE DE ANORADE
SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

URIBUZEIRO-PB
OCC ORIGEM
NASC.N.6798 FLS.185 LIV.A7

CARTÓRIO DE AROEIRAS

CPF

092.202.397-71

João Pessoa / PB

UNA DO SOCIEDADE ASSINADORA DO CIBER 1980

13/09/1977

Maria de Andrade

DATA DE EXPEDIÇÃO

Representante legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Fárcio de Andrade Faro Alves, representado por Ana Maria
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 2.320.367
CPF: 092.202.307-71
Profissão: Brincos Gerais
Endereço: Rua Projeto de P/m, Jardim Oceania
CEP: 58310-000
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Floriania da Silva Ramo
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteiro
Identidade: 267.119.0
CPF: 048.079.624-69
Profissão: advogado
Endereço: R. da República, nº 390, Centro
CEP: 58010-180
Telefone: 18398873-0310

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 LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, 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 mandado à fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Fárcio de Andrade Faro Alves

→ floripa, 13/03/2018
Local e data

Ana Maria Felipe de Andrade
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registrável
Órgão de Notas e Privilegiadas Pública Notarial

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) a seguir:
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
Ela testiú da verdade. Cabedelo-PB 19/03/2018 11:19:41
Robson Rodrigues Alexandre Martins - Proposto
[2018-006220]EME:R\$ #9,48 FAPPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,78 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: A0240758-VOHH
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Bárcio de Andrade Fariao Alves, representado por Ana Maria
Nacionalidade: Felipe de Andrade, Brasileira
Estado Civil: Pessoal
Identidade: 2.320.367
CPF: 092.202.307-71
Profissão: Brincos Gerais
Endereço: Rua Profeta do, 15/n, Jardim Oceania
CEP: 58310-000
Telefone: 11

OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silva Camara
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 2671190
CPF: 048.079.624-69
Profissão: advogada
Endereço: R. da Republica, nº 390, Q
CEP: 58010-180
Telefone: (83) 98873-0310

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 LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: *Lucas de Andrade Faro Alves*

* ~~Friday, 13/03/2018~~

Locale data

COMPREV PREV

REVID
C7 AUG. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

~~1850~~

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Figueiredo Damascos Serviço Notarial e Fielz
- 2º Ofício de Notas e Fielzaria de Rio Claro - São Paulo

Reconheço, como autentica e verdadeira, ainsi: ANNA MARIA FELIPE DE ANDRADE
En testi, da verdade. Cabedelo-FB 19/05/2018 11:19:44
Robson Roerlin Alexandre Martins - Proposto
[2018-006220]EMUL:R# 9.48 FAPPEN:R\$ 0.28 FEPJ:R# 1.99 ISS:R 0.47
SELO DIGITAL: #A740758-V0HM
Confirme a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>