

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11549020

A/C: ROSALVA JACINTO DA HORA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459083 ASL-0325653/17

Vítima: ROSALVA JACINTO DA HORA

Data Acidente: 10/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11549021

A/C: ROSALVA JACINTO DA HORA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459083 ASL-0325653/17

Vitima: ROSALVA JACINTO DA HORA

Data Acidente: 10/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ROSALVA JACINTO DA HORA

Nº Sinistro: 3170459083
Vitima: ROSALVA JACINTO DA HORA
Data do Acidente: 10/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170459083**.

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12407334





Seguradora

Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ROSALVA JACINTO DA NORAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.415.376 - 2ª VTA EXPEDIDO POR SSP/PE EM 29/02/2015 ECPF 046181204-52 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTORAE RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROSALVA JACINTO DA NORA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0037 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00031094 - 7

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

Eu, ROSALVA JACINTO DA NORA,
LOCAL E DATA

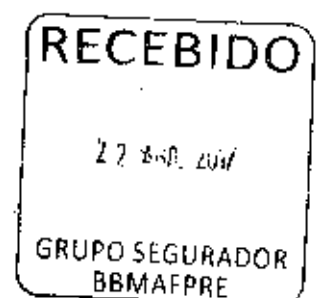
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

RECEBIDO

ATENÇÃO

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

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE





Boletim da ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00638.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00638.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 29 de março de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil, Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Rosalva Jacinto da Rocha**, CPF nº 046.181.204-52, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Maria Faustino de Brito e Elias Jacinto de Brito, natural de Baía da Traição/PB, nascido(a) em 05/11/1966 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Aldeia São Miguel, complemento aldeia de índio, bairro Centro, tendo como ponto de referência Proximo a Ao Centro da Cidade, na cidade de Baía da Traição/PB, telefone(s) para contato (83) 98812-1623.

Dados do(s) Fatos:

Local: Vila Regina, Outros, Rio Tinto/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/11/16-15:00h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

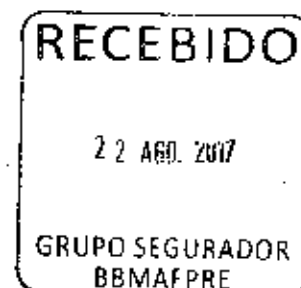
QUE VINHA DE CARONA NA GARUPA DA MOTOCICLETA U/WUYANG WY48Q-2, ANO 2013/2014, DE COR BRANCA, PLACA QFQ-8248-PB, CHASSI Nº LWYMCA204E6013412. EM NOME DE JOSERALDO EVANGELISTA DA SILVA, QUANDO CAIU DA MESMA, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, SE LESIONANDO CONFORME CERTIDÃO Nº 0129/2017, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 903899, PRONTUÁRIO Nº 2012080732, ASSINADA PELA DRA. ROSANGELA M. ESCOREI. ALMEIDA, CRM 3883-PB, DATADA DE 27/01/2017, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de março de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


ROSALVA JACINTO DA ROCHA
Noticiante





Eu, ROSALVA JACINTO DA HORA, portador da carteira de identidade nº 2.415.376 e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.181.204-52 residente e domiciliado na RUA GENEZER, Nº 65, COSTA E SILVA Cidade JOÃO PESSOA, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

X Rosalva Jacinto da Hora

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA - PB, 14/08/17

Local e data

RECEBIDO

22 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROSALVA JACINTO DA MORARG nº 2.415.376, data de expedição 27 / 02 / 15, Órgão SSP/PB

CPF nº 046.181.204-52, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA LORENEZER</u>
Número	<u>65</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>COSTA E SILVA</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.081-273</u>
Telefone de Contato	<u>83 98889-4839</u>
E-mail	<u>CESARHACEDO.ADV@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA - PB, 14/08/17Assinatura do Declarante: X Rosalva Jacinto da Mora

RECEBIDO

22 ABR 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE

ELIAS JACINTO DA MORA
RUA BENEFIZER, 65 - COSTA E SILVA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58081-773 (AQ: 1)



Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO - R 220,5m 25 - Cota Rede: João Pessoa/PB - CEP 58071-070
Roteiro: 11 - 2 - 344 - 980 Referência: Jul/2017
Nº medidor: 00000002812 Emissão: 18/07/2017
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000812800
Código para Débito Automático: 0000419800

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2017	19/07/2017	21/08/2017	64801955420 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/474980-0

Canal de contato

Prezado Cliente:
A partir deste mês, as contas começarão com um novo layout para facilitar ainda mais suas e compreender as informações e os demonstrativos de consumo, valores, taxa e composição da tarifa. O valor da tarifa, passará a ser apresentado o código dos impostos ICMS, PIS e COFINS, demonstrando o preço total de energia pago pelo cliente. Essa modificação não impacta nos valores finais pagos pelo cliente.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
20/06/17	20449	19/07/17	20514	1		65		28	

Demonstrativo										
Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.		Adm. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PIS (R\$)	Cofins (R\$)	
				(R\$)	(R\$)					
				Tabela Tarifária		(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	
0001	Consumo em kWh	85,000	0,616800	40,10	40,10	25	10,03	40,10	0,32	1,49
0801	Adc. B. Amarela			1,22	1,22	25	0,30	1,22	0,01	0,04

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			1,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 05/2017			0,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 06/2017			0,70	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 05/2017			1,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 06/2017			1,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCF Código de Classificação do Item TOTAL 46,30 41,32 10,33 41,32 0,33 1,53

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 26/07/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 46,30**

Histórico de Consumo (kWh)

81	89	81	82	81	80	84	88	81	121	148	152
Jun/17	Mar/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16	Jul/16

RESEÇÃO AO: 3CO
0be6.44b1.e24b.5a5f.e42f.0a78.8243.1360.

Indicadores de Qualidade			5/2017 - Mensal			
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Composição do Consumo		
				Descrição	Valor (R\$)	%
DIÁRIOS	9,43	0,00	220	Serviço de Dist. da Energisa PB	10,70	23,11
DIÁRIOS	10,88			Compra de Energia	13,89	29,85
DIÁRIOS	21,73			Serviço de Transmissão	0,74	1,60
DIÁRIOS	3,29	0,00		Encargos Setoriais	8,87	19,16
DIÁRIOS	5,72			Impostos, Outros e Encargos	17,17	37,08
DIÁRIOS	13,45			Outros Serviços	0,00	0,00
DIÁRIOS	3,11			Total	46,30	100,00
DIÁRIOS	12,77					
				Valor de FUSO (Rat. 5/2017) R\$ 20,94		

ATENÇÃO Faturas em atraso

Leitura confirmada

PARAIBA **VENCIMENTO 26/07/2017** **TOTAL A PAGAR R\$ 46,30**
Roteiro: 11 - 2 - 344 - 980 -
Métricas: 474980-2017-07-7

83610000000-6 46300149000-2 04749802017-2 07700020019-4



Documentação médica - hospitalar



CERTIDÃO

Nº. 0129/2017

Atendendo solicitação de ROSALVA JACINTO DA HORA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação a Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 903899 e de Prontuário Nº 2012080732 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 10/11/2016 às 21H24min, paciente encaminhado de outra unidade hospitalar, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a exame médico e exame de imagem que evidenciou fratura em 1/3 do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/11/2016 com alta médica dia 20/11/2016.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de Janeiro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Roxane Joazeiro de Lenc			PRONTUÁRIO Nº		
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO	
				25	406	

DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA
------------------	--------------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID
Fratura pulso (B)	S52.5

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

PROCEDIMENTO REALIZADO:
Osteossíntese / RIFP

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O.	☐ SIM	☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM	☐ NÃO
---------------	------------------------------	---	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDICIONAR DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO
---------------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
----------------	---

Res. de mão interconectada	
----------------------------	--

DIETA:	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
--------	----------------------

REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.
----------	----------------------------------

	Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
--	---

	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
--	--

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
-----------------------------------	---

MEDICAÇÕES PARA CASA:	Dexmed / Cefepime
-----------------------	-------------------

--	--

--	--

--	--

RETORNO	Ao posto de saúde em _____	para retirada de pontos.
---------	----------------------------	--------------------------

	Ao Ambulatório do _____	em 30 dias para revisão.
--	-------------------------	--------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Ch. Joazeiro
CRM 8888 - TEOT 12957
ASS. MÉDICO / CRM

RECEBIDO

22 AGO. 2017

GRUPO SEGUADOR
BRMAFPE

Handwritten text: *Handwritten text, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text"*

Handwritten text: *Handwritten text, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text"*

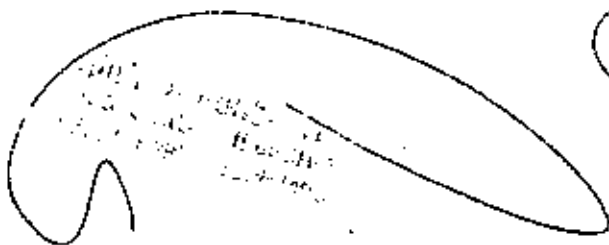
Handwritten text: *Handwritten text, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text"*

Handwritten text: *Handwritten text, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text"*

Handwritten text: *Handwritten text, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text"*

Handwritten text: *Handwritten text, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text"*

Handwritten text: *Handwritten text, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text"*



Handwritten text: *Handwritten text, possibly "Handwritten text" or "Handwritten text"*



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Roselya Jacinto de Menezes 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 S52.5, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
semanas dias, a partir desta data.

João Pessoa
Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

10/11/16

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 ATENDIMENTO

Rua Ag. Placid José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

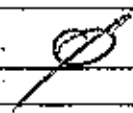
RECEBIDO

22.080.2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFRE



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Marcelo Jesus</u>	Data da Admissão: <u>10/11/16</u>
Prontuário: _____	Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____	
Endereço: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____	Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
QPD: <u>2a O Pneu E Mo M</u>	
HDA: <u>Pto cas 2a O Odeno 5 - Pneu O</u>	
Medicações em uso: <u></u>	
Interrogatório Sintomatológico:	
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____	
Pele: _____	
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____	
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____	
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume	
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____	
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos	
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor	

RECEBIDO

22 AGO 2017

WALORIS

1-263,070 610 081 934-34

CPF/CNPJ: 6160215

ENDERECO: P. SEVERINA FERREIRA N. 2.51

BRUNNEN SMITH CO

7107180/40

LOCAL DATA: JCKO & ESSOM
BELOUGNESSONVILLE

a) O vendedor é obrigado a comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias após a data que lhe couber a responsabilidade, sob pena de multa de 20 dias e de suspensão temporária de 30 dias da validade da licença de dirigir, para o caso de reincidência, e de multa de 30 dias e de suspensão temporária de 60 dias da validade da licença de dirigir, para o caso de reincidência, quando a multa for aplicada pelo DETRAN no prazo máximo de 30 dias após a data da comunicação [Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB].

1. O prazo máximo para apresentação de recurso é de 30 (trinta) dias, contados da data do recebimento da decisão, sob pena de consideração da decisão como definitiva.

TEACORP **ASSET RATIO COMPANION**

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO/VENDEDOR:

CAPTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOSE SAO ALBERTO, S/Nº - CENTRO - 24030-000 - RIO DE JANEIRO - RJ
02/09/2017

EWANDELISTA DA SILVA, [889671, J. Pessoa - 14, 04/03/2017

09:26:04 Emol R\$9.23 Parpet:R\$0.27 Fap:R\$0.00
ins:R\$0.00. Fiq test da verdade. Tabela ELEIDA DUEM

ASTRAV SUPPLY Digital FDU5252-4131 Consulte em

SPRINGFIELD, MASS.—The Springfield Convention, Dr.

— 30 —

CARTORIO GERAL
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRIAL
CONARCA DA CAPITAL
C/OS. 100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-109

Received: 2017-08-08 09:33:14 EDT
J. Fessenden, j.fessenden@uq.edu.au

R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Farj:R\$1,65. ISS:R\$0,18. Selo

AF005287-040

<https://selodigital.vt.edu/ark:/61902/3Q01-C6H-Q34M-80/>

RECEBIDO

22 460. 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

DST



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PB		Nº 012824866715	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		45685464881		2016000461181-6	
2		0107425914-6		00/00000000	
JOSE RALDO EVANGELISTA DA SILVA		R JOÃO L. SILVA SN Q2L05		COSTA E SILVA	
58081065 JOAO PESSOA-PB		08348063471		0FQ8248/PB	
STAR MOTOS LTDA		1HYMCA204E6013412		GASOLINA	
PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC		1/MIYANG WY480-2		2013 2014	
2 P/49 JCI		PARTIC		BRANCA	
SEM RESERVA DE DOMINIO		N.Motor : WY139FMA13360516		0	
JOAO PESSOA-PB LOCAL		17221		26/10/2011	



DETRAN - PB
Divisão de Registro de Veículos
Boletim de Solicitação de Serviços

07/08/2017
12:13

Número do Processo
201700002995772

Ano Lic
2017

Cidade
JOAO PESSOA

Motivo do Processo
TRANSE. PROPRIEDADE CICLOMOTOR

Responsável Cadastro
ALFREDO

Serviço Solicitado

Outros



DADOS DO PROPRIETÁRIO:

Nome / Abrev
PEDRO JACINTO DA HORA
PEDRO JACINTO DA HORA

CPF/CNPJ
1 61008133434

Identidade
1263020

Org. Exped.
SSP PB

Endereço
N SEVERINA FERREIRA
RUA SEVERINA FERREIRA 24 CASA

Número
24

Complemento
CASA

Cidade
JOAO PESSOA

CEP
58080612

DADOS DO VEÍCULO:

Placa
QFQ8248 PB

Chassi
LWYMCA204E6013412

Rem.
2

DLNE/Radior
04/08/2017

Município de Enchimento
2051 JOAO PESSOA

Motor
1074259146 WY139FMA13360516

Ano Fab
2013

Ano Mod
2014

Origem
2IMP.

Cil
49

Pos
0

Modelo
311171/WUYANG WY48Q-2

Cor
4 BRANCA

Composição
999 NAO APLIC

Combustível
2 GASOLINA

Espécie
PASSAGEIRO

Portas
2

Carga
0,00

POT
10

Emissão
0

EMI
0

Tipo
2 CICLOMOTO

Categoria: PARTIC

Outras Características

RESTRICÇÕES:

0 SEM RESTRICOES

Financiamento

Financiamento

Financiamento

REGISTRO ANTERIOR:

Proprietário Anterior
JOSE RALDO EVANGELISTA DA SILVA

CPF/CNPJ
08348063471

Município Anterior
JOAO PESSOA

2051 PB

Placa Anterior
NOVO

Novo CRV / Nota Fiscal
12824866715

Recurso Anterior
52006

ALFREDO

Serviço do Despachante:

Declaro como verdadeiras as informações acima prestadas e assumo toda responsabilidade CIVIL e CRIMINAL pelas mesmas.

Data

Assinatura do Proprietário



Estado da Paraíba
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Departamento Estadual de Trânsito
Divisão de Registro de Veículos

Número do Processo
201700002995772

GOVERNO
DA PARAÍBA

Recurso Anterior
52006

Placa
QFQ8248

Chassi
LWYMCA204E6013412

Data
07/08/2017

RECEBIDO

Nome
PEDRO JACINTO DA HORA

Município
JOAO PESSOA

22 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR

Placa : QFQ8248 Chassi: LWYMCA204E6013412
Proprietario : JOSE RALDO EVANGELISTA DA SILVA
Tipo : CICLOMOTOR Especie : PASSAGEIRO
Marca : I/WUYANG WY48Q-2 Cor : BRANCA
Categoria : PARTICULAR Ano Fabric/Modelo : 2013/2014
Combustivel : *** GASOLINA *** Motor

VISTORIA P/SERVICO DE:

201

- ITENS REPROVADOS

() Chapeamento	() Extintor de incendio
() Retrovisores interno/externo	() Triangulo luminoso de emergencia
() Limpadores de parabrisas	() Ignicao
() Para-choques dianteiro/traseiro	() Pneus - antiderrapantes e estepe
() Palas internas de protecao c/sol	() Bancada - onibus, kombi e taxi
() Escapamento: ruido e fumaca	() Vidros
() Buzina	() Freio de mao
() Cintos de seguranga	() Velocimetro
() Iluminacao farois/lanternas, etc.	() Lanternas de sinalizacao
() Tacografo	() Chassi
() Motor	() Outros

Veiculo apresenta ALTERACAO DE CARACTERISTICA (s/n)?

Alteracao de caracteristica AUTORIZADA pelo Detran (s/n)?

Veiculo adaptado para DEFICIENTE FISICO (s/n)?

Decalque do CHASSI grafitado confere (s/n)?

Solicitar CARTA LAUDO a Fabricante do Veiculo (s/n)?

Solicitar AUTORIZACAO...

p/Alterar Caracteristica(s/n)?
p/Regravar Chassi (s/n)?

p/Gravar chassi (s/n)?
p/Regravar Motor (s/n)?

OBSERVACOES:

LWY139FMA13360S10

numero do motor

D. ONES LEITE DE S. LIMA

vistoriador Local : JP-VISTORIA SEDE

WY139FMA13360S10

grafitagem do chassi

Validade de 30 dias ou servico realizado

Nº 00

PERO JACINTO DA HORA

Condutor e CPF

De S. Lima
Detran-PS-
Mat. 41523

RECEBIDO

27/08/2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



Governo do Estado da Paraíba

Departamento Estadual de Trânsito

RELATÓRIO DE VISTORIA DE VEÍCULO

Lauda:	20170151137	Marca/Modelo:	WUYANG WY48Q-2
Local:		Cor:	BRANCA
Serviço:		Ano de Fabricação:	2013
Placa:	QFQ8248	Ano do Modelo:	2014
Chassi:	LWYMC/204E00134112	Combustível:	*** GASOLINA ***
Tipo do Veículo:	CICLOMOTOR		
Proprietário:	JOSFRALDO EVANGELISTA DA SILVA	Vistoriador:	DIONES LEITE DE S. LIMA
Espécie:	PASSAGEIRO	Matrícula:	41588
Categoria:	PARTICULAR		

Placa



07/08/2017 09:43:52 - DETRAN

Dianteira



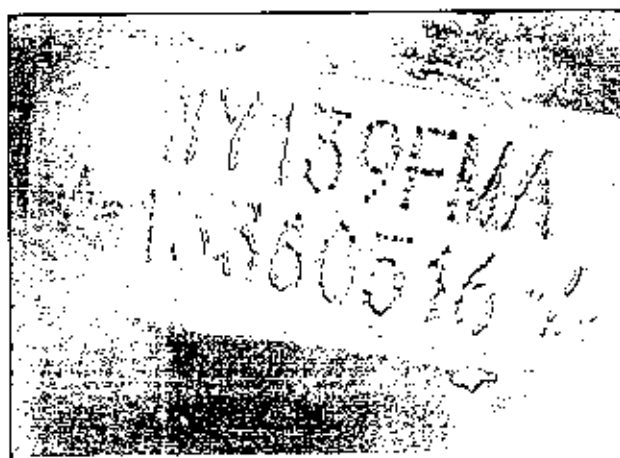
07/08/2017 09:46:37 - DETRAN

Chassi



07/08/2017 09:45:09 - DETRAN

Motor



07/08/2017 09:46:25 - DETRAN

RECEBIDO

22 AGO 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE


CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente JULIO MANOEL BARBOSA DE MOURA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente ROSALVA JACINTO DA SILVA		Nome da Vítima ROSALVA JACINTO DA SILVA	CPF da Vítima 04618120452
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte		Invalidez Permanente	
☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☒ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada	
		Outros Docos. Entregues e Observações ENTREGUES: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO E DECL. DE AUSENCIA DO IML. 83 988874839 - SR. CESAR.	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitadas) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____ CPF DA VITIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ TABELA DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ POR DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO IMPOSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE ASSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIVO
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ OBRIGADO ESSENCIALMENTE E LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14-08-2014

IDENTIDADE - 7.698.868

ASSINATURA 7.698.868

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14/08/14

NOME

ASSINATURA

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-917

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




PEDRO JACINTO DA HORA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.263.020 - 2 VILA

NOME PEDRO JACINTO DA HORA

FILIAÇÃO JACINTO DA HORA

MARIA FAUSTINO DE BRITO

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA - PB

DOC ORIGEM

NASC. N. 12682 FLS. 55 LIV. A27

CARTÓRIO CARDELO - PB

CPF 610.081.334-34

DATA DE NASCIMENTO 08/07/1961

ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

RECEBIDO

27 JUN 1967

GRUPO SEGURADOR

BBMAFPRE

D E C L A Ç Ã O

Com amparo na **LEI Nº 9.862** de 13 de julho de 2012 , publicada no Diário Oficial do Estado de 17 de julho de 2012, **DECLARO**, junto ao **DETRAN/SEFIN**, que resido à Rua/Avenida :

R. SEVERINA FERREIRA,
nº 24, Complemento : CASA,
Bairro : ERIVANE SATYNO,
Cidade: JOÃO PESSOA,
CEP: 58.000-00, Fone : () 9.8665-3560

Fico **CIENTE** que na falsidade destas informações, estarei sujeito (a) às penas da legislação pertinente.

João Pessoa PI / AGOSTO / 2012

Y PEDRO JAINYO PARRA

(DECLARANTE)

Rg nº : 1.263.070

CPF : 610.081.334-34

