

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2016

Carta nº: 9565179

A/C: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160499228 ASL-1003619/16
Vitima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
Data Acidente: 30/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9577214

A/C: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160499228 ASL-1003619/16
Vítima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
Data Acidente: 30/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2016

Carta nº: 10106905

A/C: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160499228 ASL-1003619/16
Vitima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
Data Acidente: 30/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 331 / 2016

Natureza da ocorrência: ACIDENTE, DE TRANSITO



Data do fato: 30 / Março / 2016.

HORAS:

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante / Vítima:

DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA, brasileiro, natural de Itapora-
ranga/PB, Casado, Agricultor, nascido no dia 02/JUL/1980, filho de
Francisco Cirilo da Silva e Maria Zilma Teixeira da Silva, portador do
RG 36.158.806-9/SSP/SP e CPF 028.906.114-85, residente na Av. Mãe Bur-
rego s/n centro Itaporanga/PB.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao
Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, estava circulando pela Rua Manoel Me-
deiros Maia (centro) de Itaporanga-PB, conduzindo a moto YAMAHA/FACROR
YBR125 E, cor Preta, ano MOD. 2010, placa NQK7716/PB e chassi 9C6KE1210
A0043751, licenciada em nome de DAMIÃO PINTO SOUSA e naquela ocasião es-
tava chovendo muito e terminou colidindo em um paralelepípedo que esta-
va coberto de água, tendo perdido o controle da moto e caindo no calça-
mento, sendo então socorrido por um veículo desconhecido. Que tem como
testemunha o Sr. Juvenal, residente na Rua Das Flores em Itaporanga -
PB.

x/ Damião Teixeira da Silva
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5

17ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA Itaporanga, 19 de Maio / 2016.
01 AGO 2016
DPVAT/RJ



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO



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, DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 36.758.806-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 30/06/98 E
 CPF 028906414-85 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 11,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3571 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.11546-6

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.

ITAPORANGA, 17 de MAIO

LOCAL E DATA

de 2016.

x/ Damiao Teixeira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

AGO 2016



ATENÇÃO

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

DPVAT RJ



AUTO-ATENDIMENTO - CEF ITAPORANGA

DATA: 16/05/2016

HORA: 16:20:06

TERMINAL: 95711004

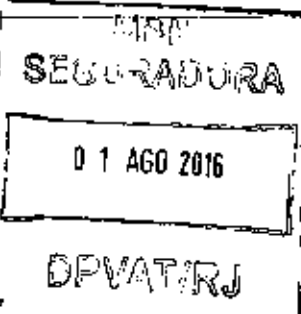
CONTROLE: 957110040342

AGENCIA: 3571 - ITAPORANGA

CONTA: 013.02011545-6

CLIENTE: DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA



DECLARAÇÃO

Devido à exigência da Seguradora Líder-DPVAT, de que o(a) beneficiário(a) do seguro DPVAT que possui conta bancária na CEF apresente documento do banco, declarando que a conta não possui quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT, o(a) abaixo assinado declara:

A CEF nega-se através de suas agências, a emitir tal documento. Por isso, o(a) declarante declara por si, sob sua responsabilidade, para efeitos de crédito referente à indenização do seguro DPVAT, que a conta apresentada à Seguradora Líder-DPVAT, em seu nome, não possui impedimento algum para a realização de tal depósito.

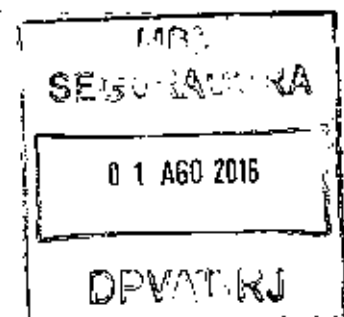
Local e data: PB - 02/06/16

Nome: Dominico Teixeira da Silva

CPF: 028.906.114-85

Agência: 3571 Operação: 013

Conta da CEF nº: 11546-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Ramiro Teixeira da Silva, portador da carteira de identidade nº 36.158.806-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 028.906.114-85, residente e domiciliado na Rua Mãe Burriega, 514, Centro, Cidade Itaperanga, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

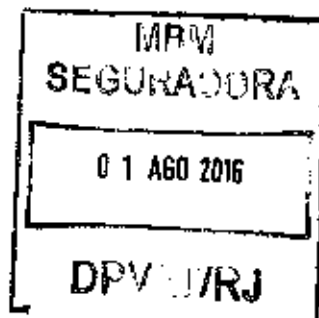
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ramiro Teixeira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itaperanga/PB, 18/05/2016.

Local e data



CODIGO DA UNIDADE: 2541204 CGC/CPF: 08.778.268/0018-09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE TAPORANGA

END. RUA OSWALDO CRUZ, 103
MUNICIPIO ITAPORANGA ESTADO PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: **ATENDIMENTO DE URGENCIA**

Name: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Raça/Cor: **PARDA**

Dt. Nasc. 02/07/1980	Idade 35 ano(s)	Mês(es) de Idade	Ano(s) de Idade	Sexo M
----------------------	-----------------	------------------	-----------------	--------

MAE ZULMA TEIXEIRA

Profissão: PEDREIRO

Endereço: RUA MÃE BURRÊGO

Bairro: CENTRO

Município-UF - CEP - BGF: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para celular (83) 9666-2390 CNP 706904166457131

Data e Hora: 30/03/2016 12:46:51

SSVV

PESO: _____ PA: _____ TEMP: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESUL TADOS



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

PROCEDIMENTO - desonçao

DIAGNOSTICO

CID-10

MEDICACÃO

1. PRESCRITA
2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

INTERNACÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ΟΝΤΟ

1017

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

ASSISTENTE(S) PROFESSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARMBOS

Medica
CPM 2658
MEDICO - CRM

CEO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARINA

ASS DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Damião Teixeira da Silva

RG nº 36.158.806-9, data de expedição 30/06/98, Órgão SSP/SP

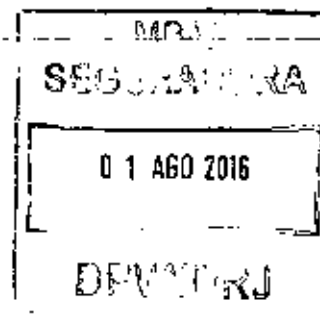
CPF nº 028.906.114-85, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua mãe Burega</u>
Número	<u>311</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Itaperanga</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58.780-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996978811</u>
E-mail	<u>sertao.arzenoia@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaperanga PB, 18/05/2016.

Assinatura do Declarante: x Damião Teixeira da Silva



ERIVANDA MAMEDE ABILIO
RUA MAE BURGESS, S/N - CENTRO
ITAPERANGA/SP CEP: 13.670-000 (AQ: 154)

Classe/Serviço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B220, km 25 - Costa Rica - Jd. Piresópolis/SP CEP: 13.670-000
Razão: 1 - 154 - 10 - 7561 Representa: Abr/2016 Emissão: 04/04/2016
NP medidor: 0000898729

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ: 08.926.189/0001-40 INSC EST: 130.5823-0

Nota Fiscal Eletrônica de Energia Elétrica Nº 000 073 248
Código para Débito Automático: 00017805102

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1780510-2

Abr/2016

Canal de contato

Apresentação

04/04/2016

Data prevista da próxima leitura

04/05/2016

CPF/CNPJ/RANI

4244008460

Doc. Em:

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 30/03/2016 PAGAS,
CERIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 16/03/16	Data 04/04/16	1	67	19

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	67	0,41917	28,01
Adc. B. Anu. reg			0,71
KCMS			10
PIS			0,22
COFINS			1,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			5,76

Histórico de Consumo
(kWh)

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	40,07	25,00	10,02
PIS	40,07	0,5700	0,23
COFINS	40,07	2,8100	1,04

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses

0 kWh

11/04/2016

R\$ 45,82

RESERVADO AO FISCO

c73a.0b47.58aa.feaa.0d71.b8c7.b577.f587.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DOA MENSAL		NOMINAL
DOA TRIMESTRAL		CONTRATADA
DOA ANUAL		LIMITE INFERIOR
DOA MENSAL		LIMITE SUPERIOR
DOA TRIMESTRAL		
DOA ANUAL		
DOA MENSAL		
DOA TRIMESTRAL		
DOA ANUAL		

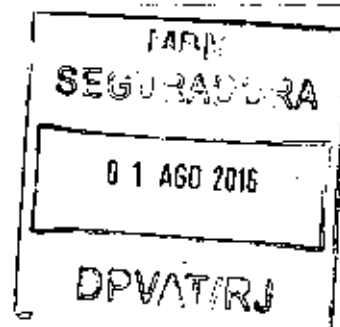
Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Benefício de Tel. de Energia PB	10,85	23,25
Compra de Energia	18,84	41,42
Benefício de Tarifas 3342	0,83	1,81
Encargos Sociais	3,97	8,65
Impostos Dif. e Encargos	17,03	37,17
Outros Serviços	0,93	2,00
Total	45,82	100,00

Valor de EUSD (R\$) R\$0,00

ATENÇÃO

Leitura confirmada





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CANTAS 38 - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP: 58780000 (A3, 194)

Cliente/Grupo: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Razão: 7 - 164 - 75 - 2780
Nº medidor: 00006206801

Referência: Jan/2018
Emissão: 12/01/2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cód. Relat. - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 03.095.185/0001-40 - U.S. Est. 16.015.423-0

Nº da Fatura / Contador Energia Elétrica NCCO 469 982
Código para Dúvida Atendimento: 00000370134

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

DESENVOLVIDO POR

9303 0803 6420 8360 7520 0370 6000 6060

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora)

5/27663-4

Jan / 2018

Canal de contato

Não deve ser usada. Todas as contas devem ser pagas em um único valor.

Apresentação

13/01/2018

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2018

CPF / CNPJ / RANI

3824-108408

Cálculo de consumo

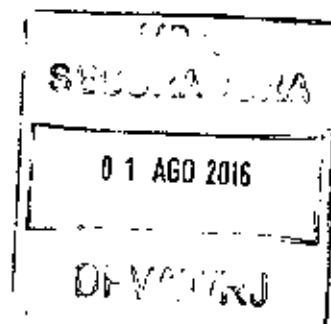
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
12/12/17	13/01/18	8260	86	30

Faturas em atraso

PAGAR AS VENCIDAS ATÉ
O DIA 05/01/2018 PAGAS
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	86	0,41817	35,98
Ac. E. Verificação			3,92
IMPOSTOS E ENCARGOS			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160499228 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 30/03/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SEM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDENCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZA INVALIDEZ PERMANENTE

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do

RG nº 5.652.464, expedido por SSPIPE, em

20/04/96, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Damiano

Seideira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

da vítima Damiano Seideira da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ —/—

Recusar-se

Documentos comprobatórios: —/—

Recusar-se

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

RACT
SEGUROS
01 AGO 2016
DPVAT/RJ



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Damiano Pinto Sousa

RG nº 1.529.580, data de expedição 08/01/1990

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 023.694.834-23 com domicílio na cidade de Itaperanga, no Estado de Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Manoel Tingulino da Silva, 1º andar nº 07, complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Damiano Seisela da Silva, cujo condutor era o mesmo

Veículo: Moto

Modelo: Yamaha Factor YBR 125 E

Ano: 2010

Placa: NQK 7716/PB

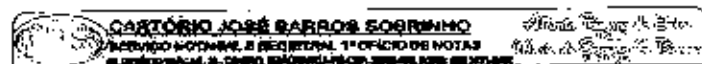
Chassi: 9C6KE121DAD043751

Data do Acidente: 30/03/2016

Local e Data: Itaperanga/PB, 17/05/2016

X Damiano Pinto Sousa

Assinatura do Declarante



Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de DAMIANO PINTO DE SOUSA.

ITAPERANGA - PB, 10 de maio de 2016.

Fim real Cartório da verdade

Maria Rodrigues Costódio (Escrivente)

Selo Digital - ADH78527-LX78

Consulte a autenticidade em <https://sejodigital.tjpb.jus.br>



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

IBRM
SEGURADORA

01 AGO 2016

DPV-T/RJ

SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.748.268/0018/09
 NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA
 END: RUA OSWALDO CRUZ, 133
 MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARDOS

Data de nasc: 02/07/1980 Idade: 35 ano(s) meses(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Mãe: ZILMA TEIXEIRA

Profissão: PEDREIRO

Documento:

Endereço: RUA MÃE BURGEO

Nº: 0

Bairro: CENTRO

Município-UF: CEP: 58780000 - 250700

Telefone para contato: (83) 9666-2390

CNS: 706904166457131

CADASTRO:

Data e Hora: 30/03/2016 12:46:51

244530

SSVV

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Pras no peito e
 1 por anotação de peso*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

DPV
 01 ASD 2016

Exame físico RESULTADOS *75 mg IM*



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

PROCEDIMENTO - descrição

DIAGNÓSTICO:

Renegação

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA
 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

1. OBSERVAÇÃO
 2. RESIDÊNCIA
 3. INTERNAÇÃO
 4. OUTRO HOSPITAL
 5. QUITO
 6. OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

- 1-
 2-
 3-

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Lucia de Fatima L. Gomes

Medica
 CRM 2668
 MEDICO - CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Enviada para Alina

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

CARIMBO

RECEPCIONISTA: HDI



CLÍNICA RADIOLOGICA DE PATOS

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Idade: 35 Anos

Solicitante Dr(a): GAUDENCIO M. DE S. FILHO

Data: 06/05/2016

Ressonância Magnética - Joelho:

ESQUERDO:

Técnica: foram realizados cortes multiplanares, em sequências SE/TSE e GE, T1, T2, STIR, sem a infusão do meio de contraste EV.

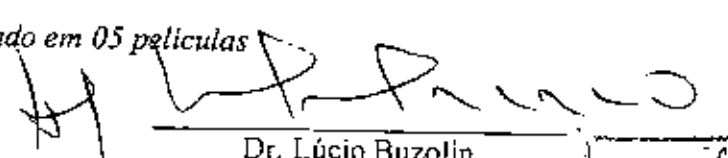
Achados:

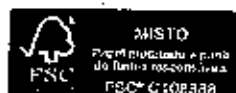
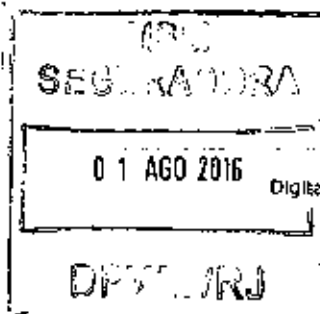
Rotura completa do ligamento cruzado posterior, em seu terço proximal.
Rotura parcial do ligamento colateral medial, com edema periligamentar.
Ligamentos cruzado anterior e colateral lateral íntegro.
Edema da medular óssea no terço posterior dos côndilos femorais medial e lateral, bem como região das espinhas tibiais, de aspecto pós-contusional.
Demais estruturas ósseas com morfologia e intensidade de sinal normais.
Superfícies condrais preservadas.
Meniscos sem anormalidades.
Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações.
Moderado derrame articular.
Edema da gordura infrapatelar lateral, denotando hiperpressão do mecanismo extensor.
Planos musculares periarticulares de aspecto habitual.

Conclusão:

- Rotura completa do ligamento cruzado posterior.
- Rotura parcial do ligamento colateral medial, com edema periligamentar.
- Edema da medular óssea no terço posterior dos côndilos femorais medial e lateral, bem como região das espinhas tibiais, de aspecto pós-contusional.
- Moderado derrame articular.
- Sinais de hiperpressão do mecanismo extensor.

Exame documentado em 05 películas


Dr. Lúcio Buzolin
CRM/SP: 129.542



Este símbolo indica que o papel utilizado neste impresso foi produzido com atenção às normas técnicas FSC e de outras fontes responsáveis.

RUA BOSSUET WANDERLEY, 449 - CENTRO
TELEFAX: (83) 3421.2985
PATOS - PARAÍBA
cadmowanderley@hotmail.com
severinoaires@hotmail.com
cadmoaraujo@bol.com.br



ESTADO DO RIO DE JANEIRO 375-6
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DO RJ



Damiano Teixeira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 36.158.866-9 DATA DE EMISSÃO 30/JUN/98

NOME DAMIANO TEIXEIRA DA SILVA

PAI FRANCISCO CIRILO DA SILVA

MÃE MARIA ZILMA TEIXEIRA DA SILVA

NATURALIDADE ITAPORANGA - PE DATA DE NASCIMENTO 02/JUL/1980

ORIGEM ITAPORANGA - PE
ITAPORANGA
CM: V. AB / FLS. 96 / N. 006423

ITAPORANGA - PE 16 DE 24 HORAS

IRJ
SEGURADORA

01 AGO 2016

DPV IRJ



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

028.906.114-85

DIAMARO TEIXEIRA DA SILVA

02/07/1980



Cartão de uso pessoal e intransferível

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

ABR/2001

 **CORREIOS**
www.correios.com.br

Selo de Arquivamento	
01 AGO 2016	
17	180

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO
02/07/1980

MUNICÍPIO/UF
ITAPORANGA/PB

022199694210

ZONA
033

SEÇÃO
0058

DATA DE EMISSÃO
27/01/2016

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA

JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Damiao Teixeira da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA

JUSTIÇA ELEITORAL

RECUPERAÇÃO

01 AGO 2016

DEPARTAMENTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
678638355

NOME
EDILSON ROBERTO DOS SANTOS

CPF
5652161-889 PE

DATA NASCIMENTO
03/04/1978

SEXO
MASCULINO

ENDEREÇO
RUA ROBERTO DA SILVA

CIDADE
SILVA

PROFISSÃO
AD

REGISTRO
04119219971

VALIDADE
21/05/2017

PRIMEIRO
14/06/2007

Observações
sem observações

Assinatura do Titular
Edilson Roberto dos Santos

LOCAL
BELO HORIZONTE - MG

DATA EMISSAO
18/04/2013

Assinatura do Autorizador
[Assinatura]

44776449137
08051555614

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

678638355

01 AGO 2013

DETRAN - PB Nº 012029658342
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00279918038-0 000000000000 2015

DAMIAO PINTO SOUSA

02369483423 NOX7716/PB

NOVO PB 9C6KE1210A0043751

PAS/MOTOCICLETA/MARCAHIC GASOLINA

YAMAHA/FACTOR YBR125 E 2010 2010

2 P7124 /CI INJETIC PRIMA

IPVA PAGO EM 06/08/2015 1º VENC./COTAS

P V A FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) SEGURO P A G O 06/08/2015

A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA

ITAPOR 06/08/2015

408 40053

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012029658342 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DAMIAO PINTO SOUSA

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GEI



www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

00279918038 YAMAHA/FACTOR YBR125

2015 06/08/2015

02369483423

NOX7716/PB

VIA DAMIAO PINTO SOUSA

RENAVAM 9C6KE1210A0043751

MARCA / MODELO

ANO 02369483423

Nº CHASSI NOX7716/PB

00279918038 YAMAHA/FACTOR YBR125

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) 2010 9 DENATRAM (R\$) 9C6KE1210A0043751

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO P A G O

***** TOTAL A SER PAGO POR SEGURO (R\$)

PAGAMENTO SEGURO P A G O

COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

40053-1540159-20150806

01 AGO 2015

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1003619/16
Vítima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 028.906.114-85

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 30/03/2016
Titular do CPF: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA : 028.906.114-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

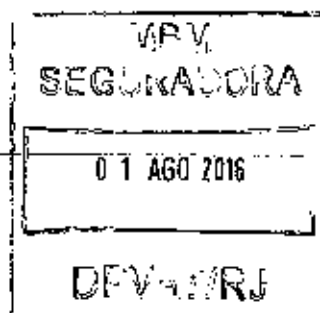
Data: 01/08/2016
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 039.247.064-09

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 01/08/2016
Nome: ROBERTO BERNARDES ALCOFORADO CAVALCANTI
CPF: 810.837.187-20

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

ROBERTO BERNARDES ALCOFORADO CAVALCANTI



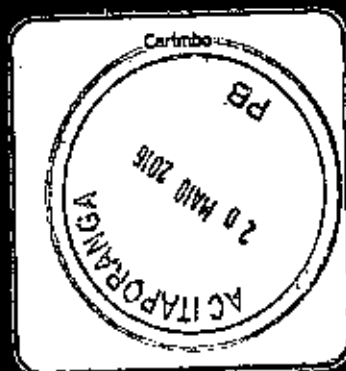
AR



DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
Rua em Frente Corretora de Seguros			
R. Alvaro Alvim, 27, quadra 2, pavilhão 16, salas 153 e 154, Centro			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20034-010	Rio de Janeiro	RJ	Brasil



AR.



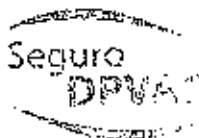
DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
Rua em frente Correio de Seguros			
Rua Alameda 2, pavilhão 16, salas 153, 154, Centro			
Cidade/City		UF/State	PAÍS/Country

REMITENTE / Sender		TELEFONE / Phone number	
Bertão Aniversaria		(83) 999471520	
ENDEREÇO / Address			
R. Manoel Pereira Gionan, 58, Centro			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58780000	Itaperanga	PB	Brasil



VERIFICAR NÚMERO E ENDEREÇO ANTES DE ENVIAR

DEVOLUÇÃO / Return (CH13)	
☐ Ausente sem aviso	☐ Falência do remetente
☐ Recusado pelo destinatário	☐ Endereço insuficiente
☐ Desconhecido o endereço	☐ Não existe o número indicado
☐ Não procurado pelo remetente	☐ Outros motivos
☐ Ausente sem aviso	
Tentativas de entrega (delivery attempts)	
1ª ____ 2ª ____ 3ª ____ 4ª ____ 5ª ____	
☐ Informação prestada pelo portador ou indicio	
☐ Retornado ao serviço postal em ____	
Data: ____ Responsável: ____	



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito

AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez ☒ DAMS () - Seguradora : MBM - 6084

Valor da indenização - RS: _____

Vítima : David Teixeira de Silva Nascimento / /

CPF: /

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC: /

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Procurador: _____ CPF/CGC: /

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Dados da Ocorrência

Data do Sinistro /Fato: / /

Data do Boletim /Registro: / /

Estado da ocorrência:

Veic. Identificado

Placa

Tipo de Veículo

() sim () não

Vítima:

1 - Transportado ()

2 - Não transportado ()

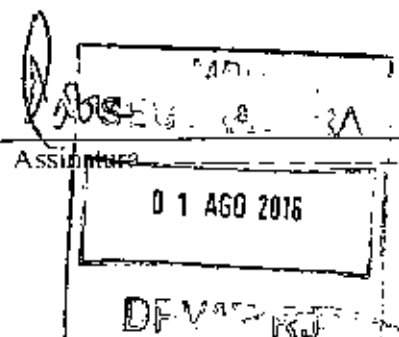
3 - Motorista ☒

Complemento do Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo:

PB- 2/6/16

Local / Data



Assinatura

01 AGO 2016

DPVAT RJ

mbm

Seguros de Pessoas



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (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 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- 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 6.194/79.
 - 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 É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 922 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Damião Teixeira da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 36.158.806-9 CPF: 028.906.114-45
Endereço: R. Mãe Burega, 51N, Centro, Itaperanga.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 CPF: 039.247.064-09
Endereço: R. Manoel Pereira Caionça, 58, Centro, Itaperanga.

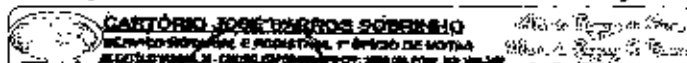
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

vítima Damião Teixeira da Silva

Local e Data: Itaperanga/PB, 17/05/2016.

x Damião Teixeira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA.

ITAPERANGA/PB, 16 de maio de 2016.

Em test. Edilson Rodrigues dos Santos da verdade

Maria Rodrigues Custódio (Escritora)

Selo Digital - ADM78529-E72P
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.pb.gov.br>

