



Número: **0802421-21.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **10/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34977 135	01/10/2020 10:32	2754099_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

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

Pag. 00831/00832 - carta_01





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

Pag. 01491/01492 - carta_02



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2016

Carta nº: 10106905

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.: 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

Pag. 00227/00228 - carta_04





**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 Itapo-
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 9C6KE121C
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/ Damiano Teixeira da Silva
Notificante / Testemunha Arrogada

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

MEM SEGURANÇA Itaporanga, 19 / 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 SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 36.758.806-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 30/06/98 ECPF 028906114-89 / CNPJ 00000000-0000-00, 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 aparecerem 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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3574 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.11546-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. LIMA 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.

ITAPOBANGA, 17 de MAIO de 2016.

LOCAL E DATA

x/ Damiao Teixeira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

SEGURADORA

AGO 2016

DPVAT-RJ



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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:32:03

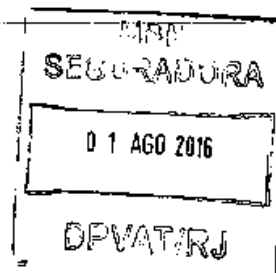
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110320354300000033430317>

Número do documento: 20100110320354300000033430317



AUTO-ATENDIMENTO - CEF ITAPORANGA
DATA: 16/05/2016 HORA: 16:28:06
TERMINAL: 95711804 CONTROLE: 957110040342

AGENCIA: 3571 - ITAPORANGA
CONTA: 013.02011546-6
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:

Domício Teixeira da Silva

CPF:

028.906.114-85

Agência:

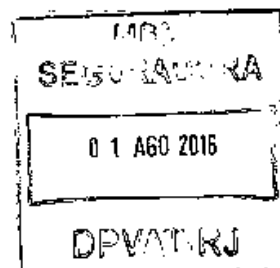
3571

Operação:

013

Conta da CEF nº:

11546-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Damião Seixeira da Silva, portador da carteira de identidade nº 36.158.806-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 028.906.474-85, residente e domiciliado na Rua Mãe Buriega, 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.

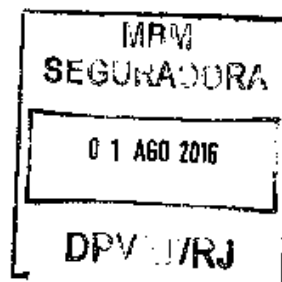
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de Impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x/Damião Seixeira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itaperanga/PB, 18/05/2016

Local e data



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRIAL DE ITAPORANGA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268/0016-09

NOME: HOSPITAL DISTRIAL DE ITAPORANGA

LND: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARUA

Data de Nascimento: 02/07/1980 Idade: 35 anos(meses) de idade Sexo: M

Mãe: ZILMA TEIXEIRA

Profissão: PEDREIRO Documento: N.º 0

Endereço: RUA MÃE BURREGO

Bairro: CENTRO

Município/UF - CEP - 308: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para contato (63) 9566-7390

CNS 706904166457131

Data e Hora: 30/03/2016 12:48:57

CAVASTRO: 244659

PESO: PA: TEMP:

SSVV

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*nao no petto e
1 por an. de petto*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

01/03/2016

RESULTADOS

café

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

ASS. DOS SERVIÇOS CLÍNICOS

ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Médica

CRM 2558

MÉDICO - CRM

CBO

OU POLEGAR DIREITO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

DIAGNÓSTICO:

Exatidão

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

OUTRO HOSPITAL

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO/PROCEDIMENTO:

1.

2.

3.

ELCEPCIONISTA: HDI



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Damiano Siqueira da Silva

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

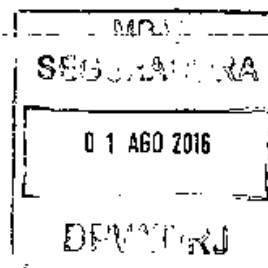
CPF nº 028.906.114-85, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Mãe Burega</u>
Número	<u>31N</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.siqueira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: x Damiano Siqueira da Silva



ERISVANDA MAMEDE ABILIO
RUA MAMEDE ABILIO, S/N - CENTRO
ITAPORANGA/PB CEP: 56700-000 (AQ: 154)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B220, Km 25 - Cota Redutora - João Pessoa/PB CEP 58071-680
Razão: 1 - 154 - 10 - 756
MP Maddor, 01/03/2018
Referência: Abr/2018
Emissão: 04/04/2018

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA ENERGISA

CNPJ: 08.026.169/0001-40 - INSC. EST. 13015825-0

Nota Fiscal Eletrônica Energia Elétrica Nº000073248

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

4244808460

Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 30/03/2016 PAGAS,
CERTIFICADAS

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

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	67	0,41917	28,07
Adc. p. Antecip			0,00
ICMS			10,00
PIS			0,00
COFINS			1,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. 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 das últimas 12 meses
0 kWh

11/04/2016

R\$ 45,82

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DO ANUAL		NACIONAL
DO TRIMESTRAL		CONTRATADA
DO SEMESTRAL		LIMITE INFERIOR
DO ANUAL		LIMITE SUPERIOR
DO TRIMESTRAL		
DO SEMESTRAL		
DO ANUAL		
DO TRIMESTRAL		
DO SEMESTRAL		

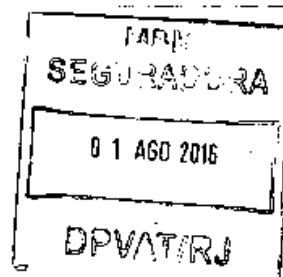
Comparação de valores de qualidade

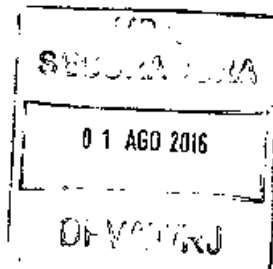
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	10,85	23,25
Companhia de Energia	18,94	41,22
Serviços de Transmissão	0,83	1,81
Encargos Sociais	2,37	5,15
Impostos Federais e Encargos	12,03	26,17
Custos Gerais	0,90	1,96
Total	45,82	100,00

Valores em R\$ (R\$ 0,00)

ATENÇÃO

Letra confirmada





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 DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Damião 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 Paraíba

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 Damião Seisreira da Silva, cujo condutor era o mesmo

Veículo: Moto

Modelo: Yamaha Factor YBR 125 E

Ano: 2010

Placa: NQK 7716/PB

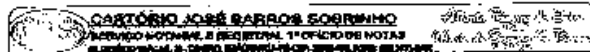
Chassi: 9C6KE121DAD043751

Data do Acidente: 30/03/2016

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

X Damião Pinto Sousa

Assinatura do Declarante



Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de DAMIÃO PINTO DE SOUSA,

ITAPERANGA - PB, 16 de maio de 2016.

Em respl. Cartório da verdade

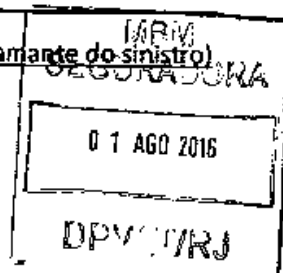
Maria Rodrigues Costódio (Escrivente)

Selo Digital - ADH78527-LX78

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



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



SUS ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CNPJ: 06.776.268/0018-09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 233

MUNICÍPIO: ITAPORANGA - ESTADO: PARAIBA - UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARDOS

Data de Nascimento: 02/07/1980 Idade: 35 ano(s) - meses(es) de Idade: - dia(s) de Idade: - Sexo: M

Mãe: ZILMA TEIXEIRA

Profissão: PEDREIRO Documento: N.º 9

Endereço: RUA MÃE BUREGÓ

Bairro: CENTRO

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

Telefone para Contato: (83) 9656-2390 - C.N.S.: 706904169457131

Data e Hora: 30/03/2016 12:46:50

PESO: - PA: - TEMP: -

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

DIAGNÓSTICO: *hemorragia*

CID-10:

MEDICAÇÃO:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

1. OBSERVAÇÃO

2. OUTRO HOSPITAL

3. RESIDÊNCIA

4. ÓBITO

5. INTERNAÇÃO

6. OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1. -

2. -

3. -

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

Medica

CPM 2566

MEDICO CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO

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 seqüências SE/TSE e GE, T1, T2, STIR, sem a infusão do meio de contraste EV.

Achados:

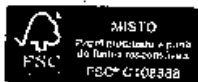
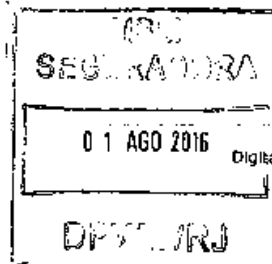
Rotura completa do ligamento cruzado posterior, em seu terço proximal.
Rotura parcial do ligamento colateral medial, com edema periligamentar.
Ligamentos cruzado anterior e colateral lateral íntegro.
Edema da medular óssea no terço posterior dos côndilos femorais medial e lateral, bem como região das 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 a produção deste documento foi realizada com madeira de fontes certificadas FSC® e de outras fontes controladas.

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





375-6

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ROBERTO DUMAS DA SILVA

DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

ASS. NATURAL CO. TULCAN

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL: 36.159.806-9 DATA DE EMISSÃO: 30/JUN/98

NOME: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

PATRONÍMICO: FRANCISCO CIRILO DA SILVA

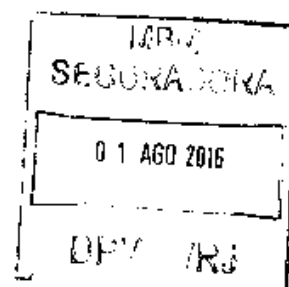
M: MARIA ZILMA TEIXEIRA DA SILVA

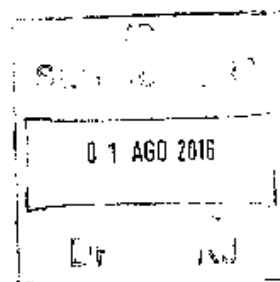
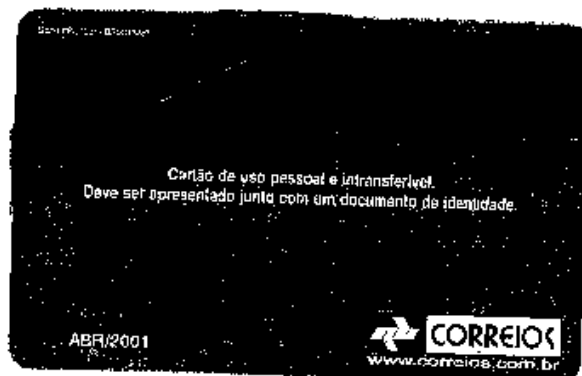
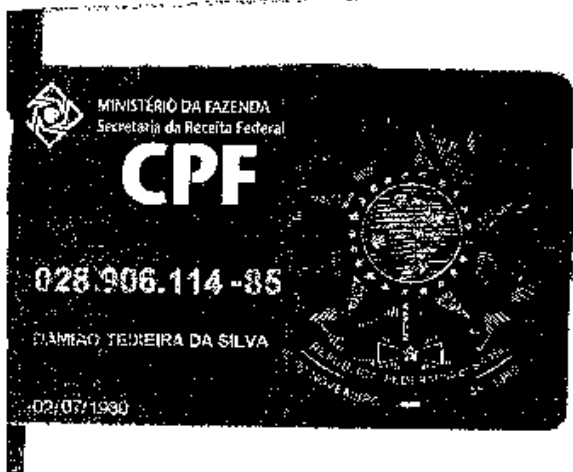
NATURALIDADE: ITAPORANGA - PE DATA DE NASCIMENTO: 02/JUL/1980

LOCAL DE NASCIMENTO: ITAPORANGA - PE

CPF: 00.000.000-00 / N. 0066423

01/07/16 DE 24h





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO
02/07/1980

MUNICÍPIO
ITAPORANGA/PB

DATA DE EMISSÃO
27/01/2016

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Damiao Teixeira da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA

RECORRÊNCIA

01 AGO 2016

DE ... RJ





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MILTON ROBERTO DOS SANTOS

COL. SENTENÇA / PRA. EMISSÃO / P.
5652161 889 PE

CPF
039.247.062-59

DATA NASCIMENTO
12/04/1978

SEXO
M

ADRESSA DO DETENTOR
CARLOS RODRIGUES DA SILVA

TIPO DE VEÍCULO
A/B

Nº REGISTRO
06119219971

VALIDADE
21/08/2017

PROROGAÇÃO
14/06/2007

Observações
sem observações

Assinatura do Detentor
Milton Roberto dos Santos

LOCAL
BRUNO TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
18/01/2013

Assinatura do Emissor
[Assinatura]

Nº DE PROVA
44716449137
PE051555014

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
678638355

PROBETO PLASTIFICAR
678638355



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

VIA 1 00279918038 0000000000 2015

DAMIAO PINTO SOUSA

02369483423

NOV7716/PB

NOVO

PB

906KE1210A0043751

PAS/MOTOCICLETA/ADAPTE

GASOLINA

YAMAHA/FACTOR YBR125 E

2010 2010

2 97124 /CI

PARCELADO

PRIMEIRA

IPVA PAGO EM 06/08/2015

1. VENC. / COTAS

P
V
A

FAIXA / PVA

0

PARCELAMENTO / COTAS

2
3

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 GERAIS



www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

00279918038

ADWVHVA/VLCJOS ATR: 1

2015 06/08/2015

00320483423

EXERCICIO DATA EMISSAO

06/08/2015

VIA DAMIAO PINTO SOUSA

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

DPV190 BIZAO 2002V

ANO 02369483423

NR CHASSI NOV7716/PB

SOLICITACAO 0000000000

00279918038

YAMAHA/FACTOR YBR125

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$)

2010

9

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

9C6KE1210A0043751

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SEM IPI E IOF (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

DATA DE QUITACAO

COTA UNICA

PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

40053-1540159-20150806

01 AGO 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:32:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110320354300000033430317

Número do documento: 20100110320354300000033430317

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1003619/16
Vítima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 028.906.114-85
Data do Acidente: 30/03/2016
CPF de: Próprio
Titular do CPF: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistra

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
PUT
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

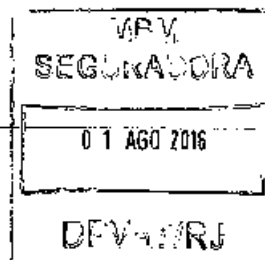
Data: 01/08/2016
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 039.247.064-09

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



AN

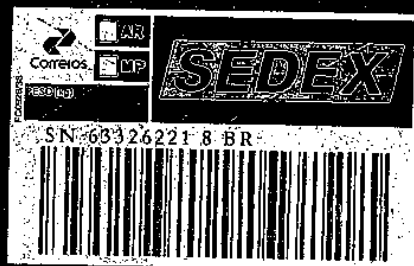


DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number
Rua em Frente Corneteira de Gregório		
R. Alvaro Alvim, 27, quadra 2, pavilhão 16, salas: 153, 154, Centro		
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State PAÍS / Country
20034-010	Rio de Janeiro	RJ Brasil





AR



DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
Rua em frente Consistoria de Gregório			
Rua Alameda 3, grupo 2, pavilhão 16, salas 153, 154, Centro			
Cidade/State		UF/State	PAÍS/Country
		AC	BR



RECEBUE / RECEIVED		TELEPHONE / Phone number	
Bertão Anesoria		(83) 99947-1520	
ENDEREÇO / Address			
Rimonal Pereira Giana, 58, Centro			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58780000	Itaporanga	PB	Brazil
 76500636			

DEVOLUÇÃO / Return (Cm1)	
☐ Ausente-se pessoa	☐ Falta de pessoa
☐ Recusado pessoa	☐ Endereço insuficiente
☐ Desconhecido endereço	☐ Não existe o número indicado
☐ Não procurado pessoa	☐ Outro erro
☐ Ausente pessoa	
Tentativas de entrega (diária e tempo)	
1° ____ 2° ____ 3° ____ 4° ____ 5° ____	
☐ Informação prestada pelo portador de encomenda ☐ Informação prestada por outros meios de comunicação ☐ Retirado do serviço postal em ☐ Retirado do serviço postal	
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 - R\$: _____

Vítima : Daniel 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
() sim () não

Placa _____

Tipo de Veículo _____

Vítima:

1 - Transportado ()

2 - Não transportado ()

3 - Motorista ☒

Complemento de 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 Samuel Teixeira da Silva
 DATA DO ACIDENTE 30/03/16 CPF DA VÍTIMA 028.506.114-85
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Manoel Barreto
 Nº 510 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro
 CIDADE Salvador UF BA CEP 51.180-000
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () 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 6.194/74.
 • 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 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.DPVATSEGURODDTRANSITO.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 _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:32:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110320354300000033430317>

Número do documento: 20100110320354300000033430317



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Damião Teixeira da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 36.158.806-9 CPF: 028.906.224-45
Endereço: R. Mãe Burega, 514, 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 Caioná, 58, Centro, Itaperanga.

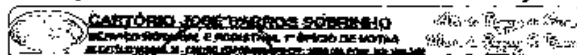
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura 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 (Escrivente)

Selo Digital - A0478529-672P

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

