

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11479305

A/C: JELSON SIRINO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170437551 ASL-0307202/17
Vitima: JELSON SIRINO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 15/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

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, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3170437551
Vitima: JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 15/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170437551**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



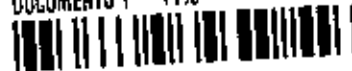


Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PA

DOCUMENTO 1 "T196"

IT



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, Jaelson Sirino de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 3940.083 EXPEDIDO POR SSDS EM 03/02/2011CPF 109858644-19 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 937 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jaelson Sirino de Oliveira, 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 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00023522-2

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

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

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.

_____, de _____ de _____
LOCAL E DATA

Jaelson Sirino de Oliveira
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, 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.

08 100 2377
SEGURO SEGURADOR





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA

Eu, JAILSON SIRINO DE OLIVEIRA,
 portador da carteira de identidade nº 3.940.083 e Inscrito no
 CPF nº 109.858.644-19, residente e domiciliado na
RUA PROJETADA - S/N/JOAQUIM VITORIO, CENTRO, REMÍGIO - PB.
CEP: 58.398-000.

Cidade Remígio, 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.

Jailson Sirino de Oliveira

Assinatura do declarante
 Conforme documento de identificação

Local e data

RECEBIDO

08 AGO 2017

GRUPO SEGURO
 88749727



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAILSON SIBINO DE OLIVEIRA

RG nº 3.940.083, data de expedição 03/02/2011,

Órgão SSD-SPB, CPF nº 109.858.644-19, 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

seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA / JOAQUIM VITORIO</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>REMIGIO -</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58398-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 996 060454</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____/_____/_____

Jailson Sibino de Oliveira

Assinatura do Declarante



ADRIANA SIRENO DE OLIVEIRA
RUA PROJETADA, S/N - JUAQUIM VITORIO - CENTRO
PERNAMBUCO - CEP 53389-200 (AG 71)

Classificação: RESIDENCIAL / SANITÁRIA / VOLT/FASCO 9/20, km 25 - Centro - Recife/PE - CEP 50711-690
Referência: Jan/2017 Emissão: 19/01/2017
CNPJ: 08.000.000/0001-00 - CNPJ: 08.000.000/0001-00

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 525 446
Código para Débito Automático: 00014042200

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0156 - Acesso: www.energia.pb.gov.br

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora) 5/1404825-0
Canal de contato

Jan/2017

Apresentação

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura

18/02/2017

CPF: CNPJ: RAZÃO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
31/12/16	5880	5801/17	5947	78
31/12/16	5880	5801/17	5947	78
Demonstrativo				
Descrição				
Consumo em kWh	30	0,14302	4,47	
Consumo - 31 a 18/01/17	48	0,25562	12,36	
ICMS			17,31	
PIS			12,40	
COFINS			0,51	
COFINS			2,37	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTAS EM PASTA			4,84	
JUROS DE MORA 12/2016			0,01	
MULTA 12/2016			0,78	
Obrigações Subsidiárias			-17,81	

Resumo da Conta (R\$)

Dez/16	82
Nov/16	72
Out/16	83
Set/16	80
Ago/16	78
Jul/16	87
Jun/16	82
Mai/16	75
Abr/16	88
Mar/16	59
Fev/16	81
Jan/16	88

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	48,92	12,40
PIS	15,02	0,51
COFINS	48,02	2,37

VENCIMENTO: 26/01/2017 TOTAL A PAGAR: R\$ 37,62

Mes das últimas leituras

bd8d.ad25.4024.ad5d.2c84.a640.d92b.e3aa

Indicadores de Qualidade 2016

Indicador	Limite de ANEL	Atualizado	Limite de Tensão (V)	Valor	%
DE VENSIL	8,47	1,50		8,35	16,87
DE VENSIL	12,84			7,44	18,78
DE VENSIL	25,88			0,44	1,17
DE VENSIL	3,42			7,90	8,85
DE VENSIL	10,25			20,89	55,53
DE VENSIL	13,70			0,00	0,00
DE VENSIL	3,80				
DE VENSIL	12,72				

ATENÇÃO

Sua unidade foi furada e o Grupo Segurador, tendo um valor de R\$ 17,81

RECEBIDO
08 AGO 2017
GRUPO SEGURADOR
22/08/2017

ADRIANA BIRIO DE OLIVEIRA
RUA PROJETADA, S/N, JOAQUIM VITORINO, CENTRO
REVOVO/RO CEP 58320000 (AG 71)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRACADA MONOFÁSICO B 230, Km 25 - Cód. Rede - João Pessoa/PB - CEP 53071-880
Potência: 12 - 72 - 285 - 4970 Referência: Jan/2017
Número: 00008120122 Emissão: 18/01/2017

ENERGIA PARA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Código para Dúvidas: 0800 083 0196
CNPJ: 08.985.183/0001-40 Inc. En 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica Nº 000 325 418
Código para Dúvidas: 000 14043290

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

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5/1404825-0
Canal de contato

Jan/2017

Apresentação

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438, de 20 de abril de 2002

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura

18/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

88088810434

Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/12/16	5998	18/01/17	5947	78
				29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BP	30	0,14885	4,47
Consumo - 31 a 100kWh-BP	48	0,25552	12,28
ICMS			17,61
PTB			12,40
COFINS			0,51
			2,27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTROLE PÚBLICA			4,84
JUROS DE MORA 12/2016			0,01
MULTA 12/2016			0,78
Devolução Subsídio			-17,81

Histórico de Consumo (kWh)

Out/16	80
Nov/16	75
Out/16	68
Set/16	80
Ago/16	75
Jul/16	87
Jun/16	82
Maio/16	78
Abr/16	86
Mar/16	59
Fev/16	91
Jan/16	55

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	48,82	25,00	12,40
PTB	45,62	1,0400	0,51
COFINS	48,82	4,7651	2,27

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

26/01/2017

R\$ 37,62

Mês dos últimos meses

74

INFORMADO AO FISCO

bd8d.ad25.4b24.ad5d.2c84.a640.d926.e3ae

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade	Limites	Apurado	Limite de Tensão da ANEEL
DM MENSAL	8,47	1,50	
DM TRIMESTRAL	12,84		
DM ANUAL	29,89		
FC MENSAL	3,42	2,00	
FC TRIMESTRAL	6,65		
FC ANUAL	13,70		
DMC	8,80	1,35	
DMC	12,22		

Composição do valor total da 4ª conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Energia de Dist. de Energia SP	6,33	16,87
Consumo de Energia	7,44	19,78
Serviço de Transmissão	0,66	1,77
Encargos Financeiros	2,50	6,65
Impostos Diretos e Encargos	20,88	55,53
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,82	100,00

Valor da SUSO (Rec. 11/2016) R\$ 0,45

ATENÇÃO

Sua unidade foi furada como Bateria Remota, ficando um valor de R\$ 17,81

RECEBIDO
08 AGO 2017
GRUPO SEGURADOR
PILIPARE

38-13-7-2-2-1 Compt. de Energie Electrique N°000 87251
Cédigé pour Orbite Automatique 000 84 1440

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPI/ RAN
Jul/ 2017	19/07/2017	21/08/2017	5303808487

UC (Unidade Consumidora): 5/1841454-0

Canal de contacto

[illegible]

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data Lettura	Data Lettura			
	08/09/17	08/09/17			30
Demonstrativo					
0001 Onerando					
0001 Consumo em M&M:					
0001 Adic. B Antares					
LANÇAMENTOS DE 08/09/17					
VENC. DOBROS CAC PLAN PUBLICA					

CC-0. You may freely copy, distribute, and create derivative works from this document.

Medical Records Review (MRR)

VENCIMENTO
26/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 11,91

Histórico de Consumo (kWh)

eccf,aa11,5d95,5996,cfea,4cc2,ccbc,38de

[illegible]

ATENÇÃO

Polizist am Arbeitsplatz

RECEBIDO

08 AGO 1917

GRUPO SEGUADOR
334401 RE

FARAFBA
Aer. 7
Telefone: 91-76-501-1522
Módulo: 1841454-2017-02-7

VENCIMENTO
26/07/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 11,91

83610000000-6 11910054000-2 18414542017-2 07700760019-8



1997年12月19日

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

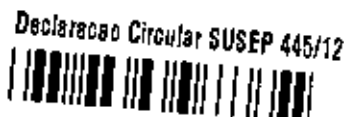
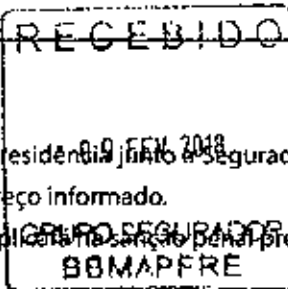
Pelo exposto, eu EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.038.084 / 67 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JAELOS SIKINO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.858.644/19 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JAELOS SIKINO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.858.644/19, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>RUA BENTO VITORIO</u>		Número <u>139</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>REMIGIO</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58398-000</u>
Email <u>EDUARDO OABPB@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 996232960</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 991828547</u>

JOÃO PESSOA, 02 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Eduardo de Lima Nascimento
Assinatura do Declarante

Eduardo de Lima Nascimento
ADVOGADO
OAB PB. 17980



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Abimar Buriti Junior,
 RG nº 2551705, data de expedição 15/07/2016,
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 035504284-30,
 com Domicílio na cidade de Remigio, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Teófilo Dias,
 nº 65, complemento, CASA, declaro, sob as
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima
JACELSON SILVINO DE OLIVEIRA, cujo o condutor
 era Abimar Abimar Buriti Junior

Veículo.....: CAMINHONETE /ABAR/ CC-D
 Ano.....: 2011/2011
 Modelo.....: MMC /4800 OUTDOOR /DIESEL / PRETA
 Placa.....: OFF 2809
 Chassi.....: 93XPNK740BCB76158
 Data do acidente.: 15/11/2016 **CEBIDO**

Local e data:

08 AGO 2017

GRUPO GERENCIADOR
BRASILEIRA

X Antonio Abimar Buriti Junior
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Abimar Abimar Buriti Junior
 Assinatura do **CONDUTOR** (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

UNICO DE
CARTÓRIO DO UNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua José Carlos 37 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB

☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes☒ Márcia Maria Serafim dos Santos☐ Maria Selma da Silva

RECEBEMOS

BRONZEADO

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

Reconheço com AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de Quelma AudeideAbimar Buriti Junior

Conferência cartão de autógrafo de arquivos neste cartório

Deu fé Remigio, 15/08/2017Deu fé Remigio, 15/08/2017Deu fé Remigio, 15/08/2017Deu fé Remigio, 15/08/2017UNICO DE
CARTÓRIO DO UNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua José Carlos 37 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio

☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes☒ Márcia Maria Serafim dos Santos☐ Maria Selma da Silva

RECEBEMOS

BRONZEADO

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

RECEBEMOS

Reconheço com AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de Abimar Buriti JuniorAbimar Buriti Junior

Conferência cartão de autógrafo de arquivos neste cartório

Deu fé Remigio, 15/08/2017Deu fé Remigio, 15/08/2017Deu fé Remigio, 15/08/2017Deu fé Remigio, 15/08/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/11/66 F. Lira Local

20:50h

Paciente estavel. Refere

queixas cefalicas.

Fez exames de laboratório (exame de urina e orelhas).

Cognição e orientação preservadas.

Classificação

FEST - negativos.

Rx. de crânio e torax: NDA.

Condição de saúde da NCR (cefaleia e vertigem).

- Clonus catatônico.

- Cefaleia.

- Alta da cirurgia geral.

- Observe-se a evolução.

Dr. Antônio Gomes

Médico Cirurgião

CRM-PR 6767

DESTINO DO PACIENTE: _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico: _____ () Alta hospitalar { () A revelar

() Internação (setor): _____ () Decisão médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL: _____ () Óbito

Assinatura do responsável (assinatura necessária)

Ass. do paciente ou responsável (assinatura necessária)

Joelma Lira

NCR 23:20

Deixou em agitação

Análise: Glasgow 13

paciente está estável

sem distúrbios agudos

feverais, em caso de febre

Ed. Observe-se a evolução

na unidade

Atenção Colar

NCR 07:30

Amidoclor GCF, de 100ml

Ata NCR

CRM-PR 6767

NEUROLOGIA

Dr. Antônio Gomes

Assinatura

RODE

CBO

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS:

Ficha de Acolhimento

23 anos

Nome: <u>Jackson Roberto de Oliveira</u>
End: _____ Bairro: <u>Parque</u>
Data de Nascimento: _____ Documento de Identificação: <u>1</u>
Queixa: <u>Capotamento</u> Data do Atend: <u>15-11-16</u> Hora: <u>15:00</u> Documento: _____
Acidente de trabalho? () Sim () Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória: _____	Frequência cardíaca: _____
Pressão arterial: _____	Temperatura axilar: _____
Dosagem de HGT: _____	Mucosas: () Normocorada () Palida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

ENFERMEIRA
COREN-PB. 650.649

Assinatura e carimbo do profissional

PACIENTE:	JAEISON CIRINO DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME:	15/11/2016

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Adicionalmente, observo sinais de nefrolitíase à direita.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.


Dr. Diego Araujo de Freitas
Médico Radiologista
CRM-PB: 7195

RECEBIDO

08 AGO 2017

GRUPO SEGURADOR
REMAPERE

Paciente: JAEISON CIORINO DE OLIVEIRA

Data do Exame: 15/11/2016

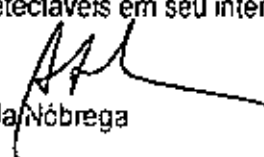
Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical

Indicação: Paciente com politrauma e dor cervical.

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento cervical.

Análise:

- Eixo cervical preservado.
- Não há sinais de fraturas ou luxações nos corpos vertebrais avaliados.
- Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior preservados.
- Lâminas e pedículos de aspecto normal. Facetas articulares conservadas.
- Discos intervertebrais com forma e densidade habituais.
- Saco dural e seu conteúdo de aspecto normal.
- Canal raqueano de configuração e dimensões normais em todos os segmentos estudados, sem lesões expansivas detectáveis em seu interior.


Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega
CRM/PB: 6481



ESTADO DA PARAIBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA

CNPJ: 11.376.311/0001-76

RUA DES. LUIZ BRONZEADO, S/N - CENTRO - REMÍGIO-PB



REMÍGIO

Atividade Municipal

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

ANTONIO ABIMAR BURITI JÚNIOR

MÉDICO

CRM-PB 6730 / RN 7361

CPF: 035.504.284-30

End. Av. Pres. Rodrigues Alves, 482

Praia - Campina Grande-PB

Fone: (83) 3341-5545

Cidade: REMÍGIO UF: PB

Assinatura e Carimbo do Médico

Telefone:

DATA: 29/11/16

Paciente: Suelma Dantas Oliveira

Endereço: R. Souza Vieira Torres 169

Prescrição: 100mg de Paracetamol

1 Paracetamol 1200mg 12mls 1 - 540

3 cada 3 dias até totalizar a aplicação

em 5 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: Org. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Assinatura do Farmacêutico

DATA: 1/1/16



ESTADO DA PARAIBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA

CNPJ: 11.376.311/0001-76

RUA DES. LUIZ BRONZEADO, S/N - CENTRO - REMÍGIO-PB



REMÍGIO

Atividade Municipal

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

ANTONIO ABIMAR BURITI JÚNIOR

MÉDICO

CRM-PB-6730 / RN 7361

CPF: 035.504.284-30

End. Av. Pres. Rodrigues Alves, 42

Praia - Campina Grande-PB

Fone: (83) 3341-5545

Cidade: REMÍGIO UF: PB

Assinatura e Carimbo do Médico

Telefone:

DATA: 20/11/16

Paciente: Suelma Dantas Oliveira

Endereço: R. Souza Vieira Torres 169

Prescrição: 100mg de Paracetamol

1 Paracetamol 1200mg 12mls 1 - 540

3 cada 3 dias até totalizar a aplicação

em 5 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: Org. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Assinatura do Farmacêutico

DATA: 1/1/16



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



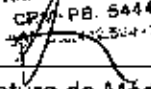
ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Jaehon Cirino de Oliveira

foi atendido (às) hoje, às 07:30 ()
horas, necessitando de 03 (três)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S06

Campina Grande, 16/11/16

Alexandre Marinho
CRM-PB. 5444


Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 56432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

foram C. de Oliveira

prof

Ciprofloxacino

500mg - 144

Dauer

de 12h chief de

OT chf.

Martilde Elias R. de Oliveira

CRM - 1711 - PB

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 12/11/16.

O RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
 DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 PRONTO ATENDIMENTO EUNICE LEAL DE SOUZA
 RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N
 CENTRO - REMÍGIO - PB

Jackson Siqueira de Almeida

UTO 012

Jackson Cirino

Mo Oral

R_x
 Ibuprofeno 600 06cps

Tomar 1cp 8/8
 (3x/dia)

① Profam 100mg 01cp
 01 cp 12h - 6 dias

[Handwritten signature]

Dr. Jussara Abimael S. Oliveira
 MÉDICO
 CRM-PB 9298

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 16/11/16

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Alexandra Marinho
 CRM-PB 4444
 085 3113-2324-70
 Marinho

16/11/16
 Data

VALDELENA TOMAZ DANIEL
DROGAS & BULAS
 RUA JOAO PESSOA, 08 - CENTRO - RELEGIO - PARAIBA
 CNPJ: 41.127.507/0001-98
 IE: 16.095.937-3
 IM: 4380332
 25/11/2016 09:37:56 CCF:081111 COD:140445
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT (R\$) SI VL ITEM (R\$)
 1 7896472510481 AGUA OXIG 1000 ML 1000 15.00
 TOTAL -R\$ 15.00
 A VISTA 3.00
 A504CF78A30424E09ADF445453759347
 PARAIBA LEGAL RECEITA CIOADA
 TORPEDO PREMIADO:
 41127507000198 25/11/2016 1500
 VENDEDOR: JO - FABIANA MARTINS SILVA
 TRTB APROX (R\$) FED: 2.02 EST: 0.00 MUN: 0.00
 FONTE: ISPT/RECONECTO DE ARSER7
 DALLFOMUT LOOTLIR EMTFGEF CCBGWSK QLEDDFJESU
 BENATECH MP-4000 III FI ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 002 LJ: 0001
 0000000000000001 25/11/2016 09:38:15
 FAB: BE091210100011209253

BR

VALDELENA TOMAZ DANIEL
DROGAS & BULAS
 RUA JOAO PESSOA, 08 - CENTRO - RELEGIO - PARAIBA
 CNPJ: 41.127.507/0001-98
 IE: 16.095.937-3
 IM: 4380332
 25/11/2016 09:38:47 CCF:081111 COD:140445
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT (R\$) SI VL ITEM (R\$)
 001 7896472510481 CIPROFLOXACINO 500 MG C 14
 1UN X 15.00 15.00
 TOTAL -R\$ 15.00
 A VISTA
 A504CF78A30424E09ADF445453759347
 PARAIBA LEGAL RECEITA CIOADA
 TORPEDO PREMIADO:
 41127507000198 25/11/2016 1500
 VENDEDOR: JO - FABIANA MARTINS SILVA
 TRTB APROX (R\$) FED: 2.02 EST: 0.00 MUN: 0.00
 FONTE: ISPT/RECONECTO DE ARSER7
 DALLFOMUT LOOTLIR EMTFGEF CCBGWSK QLEDDFJESU
 BENATECH MP-4000 III FI ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 002 LJ: 0001
 0000000000000001 25/11/2016 09:38:53
 FAB: BE091210100011209253

BR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

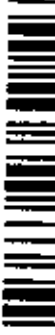
DETRAN - PB Nº 012710950B14

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 00384224741 2016

ANTONIO ABIMAR BURITI JUNIOR

DOCUMENTO 7



CPF / CNPJ 03550428430 PLACA OFF2809

PLACA ANT / UF 93XPNK740BCB76158 CHASSI

ESPÉCIE TIPO ESP / CAMINHONETE / ABER / CC.D COMBUSTÍVEL DIESEL

MARCA / MODELO MMC/L200 OUTDOOR ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP / POT / cil 05P/1.08T/141CV CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 28/07/2016

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

2 EIXOS

LOCAL

CAMPINA GRANDE - PB

40665

204381

Assinatura

PB Nº 012710950B14 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
ES, LEIA NO VERSO
DE COBERTURA
transito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204



EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 08/08/2016

VIA 1 CPF / CNPJ 03550428430 PLACA OFF2809

RENAVAM 00384224741 MARCA / MODELO MMC/L200 OUTDOOR

ANO FAB 2011 CAT INF 10 Nº CHASSI 93XPNK740BCB76158

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

IOF (R\$) TOTAL SERVIÇOS PRO SEGURO (R\$)

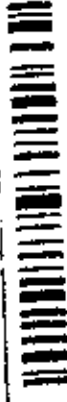
CUSTO DO BILHETE (R\$) DATA DE QUITAÇÃO

PAGAMENTO PARCELADO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

DOCUMENTO 8 *T8%*



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente EDUARDO LIMA DA SILVA		Nome da Vítima JAELOSIRINO DE OLIVEIRA	CPF da Vítima 10985864419
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolver 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 ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ 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		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farnácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

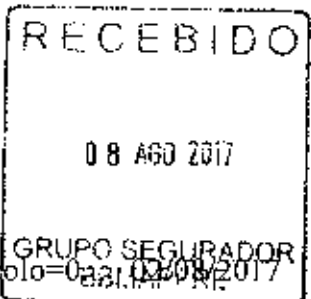


0124858

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 envolver 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





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JACELSON SIBIANO DE OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE 10.08.2014 CPF DA VÍTIMA 109.858.644-19
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É SIBIANO DE OLIVEIRA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PROSPERIDADE, S/N, JARDIM VITÓRIA, CENTRO
Nº SN COMPLEMENTO JARDIM VITÓRIA BAIRRO CENTRO
CIDADE REMÍGIO UF PB CEP 58398000
E-MAIL JACELSON5.RINOLPA@Gmail.com TELEFONE (83) 996060454

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 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)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ 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
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - 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

- 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLIC

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro Inváldez Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO		Nome da Vítima Jaelson Sirino de Oliveira	CPF da Vítima 10985864419
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 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		Inváldez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações *DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO - CIRCULAR SUSEP 445/12; Du 03072021 24 324858	
		DAMS Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar Relatório Médico Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

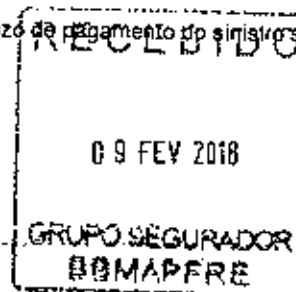


0131873

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170437551 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAELOS SIRINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 15/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE COLUNA CERVICAL

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMA TRATAMENTO REALIZADO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES.

Observações:

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: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

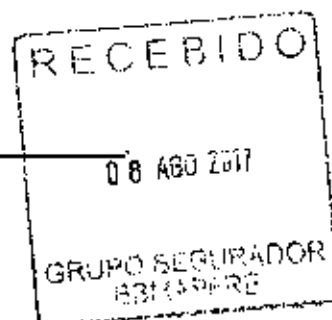
OUTORGANTE: JAEELSON SIRINO DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR **Nº DO RG:** 3940083
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 03/02/2017
Nº CPF: 109-858.644-19 **ENDEREÇO:** RUA PROJETADA, SIN,
JOAQUIM VITORIO, CENTRO, REMÍGIO - PB, CEP: 58398-000

OUTORGADO: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 2956081
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 12/08/2013
Nº CPF: 053-038.084-67 **ENDEREÇO:** RM BENTO VITORIO, 139
CENTRO, REMÍGIO - PB, CEP: 58398-000

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JAEELSON SIRINO DE OLIVEIRA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Jaelson Sirino de Oliveira de _____ de 20 _____



Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por at _____



Reconheço com a (sua) firma(s) de Jaelson Sirino de Oliveira
 Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.
 Dou fé Remígio, 27/07/2017 Márcia Maria Serafim dos Santos
 "SELO DIGITAL: AFD09589-67RH"
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>