



Número: **0800638-07.2020.8.15.0551**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 15.000,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA (AUTOR)		EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO (ADVOGADO) TATIANE DE ARAUJO SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35678 301	20/10/2020 11:53	2758830_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11479305

A/C: JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170437551 ASL-0307202/17
Vitima: JAEISON 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

Pag. 00889/00890 - carta_01



00020445



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA**
Nº Sinistro: **3170437551**
Vítima: **JAELSON 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

Pag: 00663/00564 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12439765





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PA

DOCUMENTO 1 11%



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 Oliveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 3940.083 EXPEDIDO POR SS DS EM 03/08/2011

CPF 709858644-19 / CNPJ 00000000-0000-00, 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

ATENÇÃO

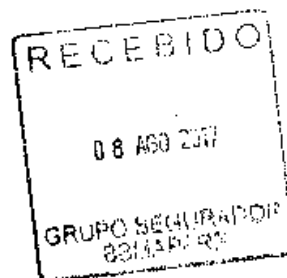
- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e 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 0800-021124.

08 APO 2011

COPIA 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 VITORINO, CENTRO, REMÍGIO - PB.
CÉP: 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;

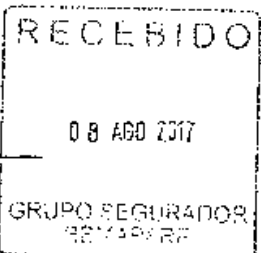
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JAILSON SIRINO DE OLIVEIRA

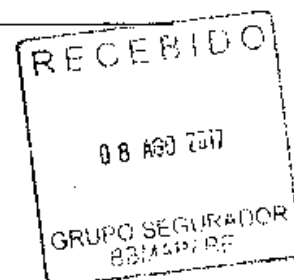
RG nº 3.940.083, data de expedição 03/02/2011,
 Órgão SSD/PB, CPF nº 109.858.644-19, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
 nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA / SOARIM VITÓRIO</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>REMÍGIO -</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58398-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 996 06 0454</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____ / ____ / ____

Jailson Sirino de Oliveira
 Assinatura do Declarante



ADRIANA SIEMO DE OLIVEIRA
RUA PROPOSTADA, S/N - JACUIM/TORNO - CENTRO
PERMODO (R.F. CEP: 55389230 (D.D. 71)

Classificação: RESIDENCIAL - SAIA, RUA DA VONCEFASCO 9-23, km 25 - Grupo Redentor, João Pessoa/PB - CEP: 55211-850
Roteiro: 42-373-285-5576 Referência: Jan/2017
NF nº: 0000130122 Emissão: 19/01/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ nº: 0661861000140 - Ins. Est. 16016825-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 975 486

Conta para Débito Automático: 00014048250

Assessoria: WWW.ENERGISA.COM.BR

Abastecimento do Cliente através de 0800 083 0196
Conta referente a: UC (Unidade Consumidora) 5/1404825-0
Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

- Tarifa Sobrecarga de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de Abril de 2002

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura:

18/02/2017

CPF: CNPJ: RAZÃO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	DIAS
0806670454				
Insp. Ele.	31/12/16	5880	5917	
Pagamentos em atraso			78	29
Demonstrativo (R\$)				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
Consumo em kWh - BR	30	0,14300	4,27	
Consumo - 31 a 100 kWh - BR	48	0,25662	12,36	
ICMS			17,31	
PIS			12,40	
COFINS			0,51	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTROLE DE LUMINARIAS			4,84	
JUROS DE MORA 12/2016			0,01	
MULTA 12/2016			0,78	
Devolução Substância			-17,81	

Medições em kWh

Dez/16	82
Nov/16	76
Out/16	89
Set/16	90
Ago/16	78
Jul/16	67
Jun/16	82
Mai/16	75
Abr/16	88
Mar/16	59
Fev/16	61
Jan/16	88

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	48,82	25,00
PIS	45,02	1,0400
COFINS	48,02	4,7801

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

b68d.ad25.4024.ad5d.2c84.a640.d926.e3aa

Indicadores de Qualidade de Serviço

Limite de ANTEL	Aplicado	Limite de Tempo
DI MENSAL	8,47	1,50
DI TRIMESTRAL	17,94	
DI ANUAL	26,86	
PI MENSAL	3,42	2,00
PI TRIMESTRAL	9,65	
PI ANUAL	13,10	
DMC	3,80	1,30
DIR	12,77	

Diferencial	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	8,35	16,87
Conta de Energia	7,44	19,78
Serviço de Transferência	0,44	1,17
Serviço de Serviço	7,50	19,95
Imposto de Renda e Encargos	20,89	55,83
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	47,62	100,00

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Energia Básica, tendo um lit. custo de R\$ 17,81

RECEBIDO
08 ABR 2017
GRUPO SEGURADOR
BRASILEIRA



ADRIANA BRIND DE OLIVEIRA
RUA PROJETADA, S/N, JOAQUIMATOPO, CENTRO
REVOIRO/RS CEP: 93388000 (AQ 71)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRACADA MONOFÁSICO R 230, Km 25 - Cadea Redonda - Ind. Pádua/RS - CEP: 93314-880
Ativ.: 12 - 73 - 795 - 5970 Referência: Jan/2017
Número: 00008130177 Emissão: 18/01/2017

ENERGIA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Código para Dúvidas Atendimento: 001 1404290
CNPJ: 09.685.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Nº da Fatura/Conta de Energia Elétrica: N100325 449
Código para Dúvidas Atendimento: 001 1404290

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196
Atendimento: www.energisa.com.br

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

Jan / 2017

Canal de contato

Apresentação

Conta Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.439, de 20 de abril de 2002

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura

16/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

CPF/CNPJ/RANI	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
8908810434					
brasc. Ess:	Data: 21/12/16 Leitura: 5299	Data: 18/01/17 Leitura: 5947		78	29
Faturas em atraso	Demonstrativo				
	Descrição				
	Consumo até 20kWh-BR	Quantidade: 30	Preço: 0,14285	Valor (R\$): 4,27	
	Consumo > 21 a 100kWh-BR	48	0,25352	12,28	
	ICMS			17,01	
	PS			12,40	
	COPINS			0,51	
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				2,37
	CONTROLE PÚBLICO				4,84
	Juros de Mora 12/2016				0,01
	Multa 12/2016				0,78
	Devolução Substitida				-17,81

Histórico de Consumo (kWh)

Out16	80
Nov16	78
Out16	68
Set16	80
Ago16	75
Jul16	87
Jun16	82
Mai16	78
Abr16	86
Mar16	89
Fev16	91
Jan16	88

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	48,82	25,00	12,40
PS	45,82	1,0490	0,51
COPINS	48,82	4,7801	2,37

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses

74

26/01/2017

R\$ 37,62

REGISTRADO NO FISCO

bd8d.ad25.4d24.ad5d.2c84.a640.d926.e3ae

Indicadores de Qualidade H1/2016 - Essência

Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QIC MENSAL	8,42	
QIC TRIMESTRAL	17,94	1,50
QIC ANUAL	28,89	
PI MENSAL	3,42	
PI TRIMESTRAL	6,85	2,00
PI ANUAL	13,70	
DFIC	3,80	
DFICR	12,22	1,35

Composição do valor total da 4ª parcela

Diferencial	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia (SD)	6,35	18,87
Conta de Energia	7,44	19,78
Serviço de Fomento	0,60	1,57
Encargos Financeiros	2,50	6,85
Proposta Direta à Entrega	20,88	55,93
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	37,62	100,00

Valor SUSO (Res. 14/2016) R\$ 0,45

ATENÇÃO

- Sua unidade foi zerada como Bóia Preta, tendo um valor de R\$ 17,81

RECEBIDO
08 AGO 2017
GRUPO SEGURADOR
RS 1414/RS



EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO
 RUA BENEVIDES VIEIRA, 1100 - JARDIM EUROPEO - CENTRO
 RIBEIRÃO PRETO - SP - CEP: 13060-000 (40° 21')
 Endereço: 2004/2018 Referência: Jan/2018
 Classe: SUPLENTE RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOFASICO R320 Km 15 - Santa Rita de Assis - Ribeirão Preto - SP - CEP: 13071-000
 Patente: 14 - 72 - 290 - 1500 - IP Medida: 0000516749 CIPUC: 00514010144 - Ins. Ed: 16016-5,35



ENERGISA S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 Rua Foz de Iguçu de Energia 1500 - 13270-000
 Cid. Jm. Gm. Automática: 0017229338

Comprovante de residência



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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF/ CNPJ/ RANS
Jan / 2018	23/01/2018	22/02/2018	5303808467 Ins. Ed.

UC (Unidade Consumidora): **5/1730353-8**

Canal de contato
 - Consulte nossos endereços comerciais também nos sites
 www.energisa.com.br e www.energisa.com.br
 e no Twitter (@energisa). Benefício que preserva o meio
 ambiente e o seu bolso.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dif.
Data	Letras	Data	Letras	
23/01/18	5554	23/01/18	2675	
Demonstrativo				
00 - Energia	Outubro Total: 100,00 Estado: 100,00			
000 - Consumo em kWh	100,00	78,75	78,75	21,25
000 - R\$ e imposto	1,00	1,00	1,00	0,00
000 - CANCELAMENTOS E SERVIÇOS				
000 - CONTROLE DE FURTO				

VENCIMENTO **26/02/2018** **TOTAL A PAGAR** **R\$ 90,96**

Índice de Consumo (kWh)
 7ee6.5133.0cd5.f09c.7788.8b1a.ea1d.42dc

Índice de Qualidade			Comparativo de Consumo		
Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tolerância (%)	Distribuidoras	Valor (R\$)	%
0,47	1,04	220%	Empresas de distribuição	22,00	24,25
0,50		100%	Empresas de distribuição	20,00	22,00
0,55		100%	Empresas de distribuição	1,00	1,11
0,60		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
0,65		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
0,70		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
0,75		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
0,80		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
0,85		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
0,90		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
0,95		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
1,00		100%	Empresas de distribuição	0,00	0,00
			Total	90,96	100,00

RECEBIDO
 09 FEV 2018
 GRUPO SEGURADOR
 BBMAPFRE

ATENÇÃO

Faturas em atraso

VENCIMENTO **26/02/2018** **TOTAL A PAGAR** **R\$ 90,96**





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

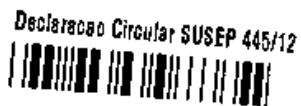
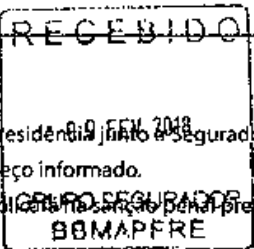
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu 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 INVALIDA 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 no 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>REMÍGIA</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

DLDR001 V001/2017



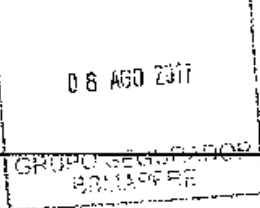


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Reimar Buriti Junior,
 RG nº 2551705, data de expedição 15/07/2016,
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 035504284-20,
 com Domicílio na cidade de Remigio, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Teou 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
JAYLSON SIMÃO DE OLIVEIRA, cujo o condutor
 era André Antônio de Santa Rê

Veículo.....: CAMINHONETE /ABER/ CC-D
 Ano.....: 2011/2011
 Modelo.....: MMC /2800 OUTDOOR /DIESEL / PRETA
 Placa.....: OFF 2809
 Chassi.....: 93XPNK740BCB76158
 Data do acidente.: 15/11/2016 **CEBIDO**

Local e data:



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

X André Antônio de Santa Rê
 Assinatura do CONDUCTOR (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

SECRETARIA DE TRANSPORTES DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CARTÓRIO UNICO OFICIO DE REMIGIO
 Rua José de Alencar, 37 - Centro - Fone: 3364-1235 - Remigio - PB

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

Reconheço com AUTENTICIDADE (assinatura) de Antonio Abimar Buriti Junior
 Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste sistema
 Dou fé Remigio, 05/108/2017

SELO DIGITAL: AFB09640 - WRSB
 Consulte e autentique em <http://sistodigital.tpb.jus.br>

SECRETARIA DE TRANSPORTES DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CARTÓRIO UNICO OFICIO DE REMIGIO
 Rua José de Alencar, 37 - Centro - Fone: 3364-1235 - Remigio - PB

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

Reconheço com AUTENTICIDADE (assinatura) de André Antônio de Santa Rê
 Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste sistema
 Dou fé Remigio, 05/108/2017

SELO DIGITAL: AFB09639 - P 930
 Consulte e autentique em <http://sistodigital.tpb.jus.br>



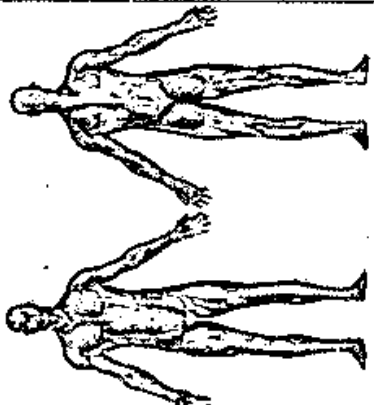
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
 Código da Unidade: 00023671
 CNPJ: 08-778.288/0001-60
 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
 Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
 Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE
 PRONTUÁRIO Nº: 1543264
 Nome: JAELOSON CIRINO DE OLIVEIRA Sexo: MASCULINO
 Profissão: SOCORRISTA Documento: SEM DOCUMENTO
 End.: SEM INFORMAÇÃO SIN Bairro: CENTRO
 Município: REIMIGIO Estado: PGCEP:
 Data Atendimento: 15/11/2016 15:03h Código do Município: 231270
 Cartão do SUS: DTA_NASCIMENTO: 15/11/1955 QUEIXAS: CAPOTAMENTO

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de tendão |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmaçamento | 28. Objeto encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorreia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paralisia |
| 14. F. Contusão | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinite aguda |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Síndrome de Torsion |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. ... |



DIAGNÓSTICO / CID: *Poltraumato*

QUÊMAADURA:
 Superfície corporal lesada = % Grau:

DIAGNÓSTICO / CID: *Poltraumato*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
*Colo sem batida e Aurgia
 hiperemático e batido - Aurgia
 PA pelo SPM com amplitude de respiração
 Ad. sem sinais de desidrataç. nem
 MV (2) APT de 16 dias - sem sinais
 APT de 16 dias - sem sinais
 exames de urina e hemograma
 PA: 17 de 85 mm Hg*

ALERGIA: *Negativa*
 MEDICAMENTOS:
 PATOLOGIAS:
 EXAME FÍSICO:
 PUPILAS (X) Isocóricas () Anisocóricas ()
 Glasgow: 15 PA: HGT: SAI02:

DOCUMENTO 5 7946
TOMOGRAFIA REALIZADA EM:
15/11/16

EXAMES SOLICITADOS:
 () Laboratoriais () Ultrassonografia:
 () Gastrometria arterial () Radiografias:
 () Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
 Especialista: _____ hs _____ hs
 Especialista: _____ hs _____ hs

MÉDICO SOLICITANTE:
 PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
 PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>SRL - 2000 - EVOK</i>	15:15h
2	<i>Tilidil 60mg - EV OK</i>	15:15h
3	<i>Diazepam 5mg - EV OK</i>	15:15h
4	<i>Stary 800mg - EV junto</i>	
5	<i>Trampl 100mg - EV junto</i>	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
SUELIO MOREIRA TORRES
 CRM: 10172
 R. UROLOGIA



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/11/16 F. Lira Social

20:50h Paciente estavel. Refere

queixa de dor no abdome (costa cabecula

e orelha D). Exame físico e exames laboratoriais negativos.

Rx perfil e dorax: NDR.

Condição: - Realização de NCR

(Prontuário e pedido de internação)

- Transferência para o Hospital

- Atende a cirurgia geral.

- Observação: Não há

Dr. Augusto Gomes
Médico Cirurgião
CRM-PR 6767

Veículo Unimed

NCR 13:20

Demora em agendamento

Ano de nascimento: 1980

Prontuário em anexo

nos difereis exames

Fluoroscopia em anexo de fratura

Col. Observação em anexo

na Urologia

NCR 07:30

Atualizado GTF, Steinfeld

Ata NCR

DESTINO DO PACIENTE: _____ dia _____ hs.

- Centro cirúrgico: _____
- Internação (selec): _____
- Transferência a outro SE TOR ou HOSPITAL: _____

Ass. do paciente ou responsável (assinado necessário)
Wellington Rodrigues da Silva

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO / PROCEDIMENTO	CBO	ICADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Atividade de Medicina
CBO 3511-05-01
ICADE 110



Ficha de Acolhimento

23 anos

Nome: Yalson Roberto de Oliveira

End: _____ Bairro: Rebouças

Data de Nascimento: _____ Documento de Identificação: _____

Queixa: Cephaléia Data do Atend: 15-11-16 Hora: 15:00 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 () Pálida

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

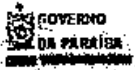
MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato () Amarelo - atendimento até 1 hora
- () Verde - atendimento até 4 horas () Azul - atendimento ambulatorial

SUELIO MOREIRA TORRES
ENFERMEIRA
COREN-PB. 650.648

[Assinatura]
Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

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

ULTRASSONOGRÁFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

ANÁLISE:

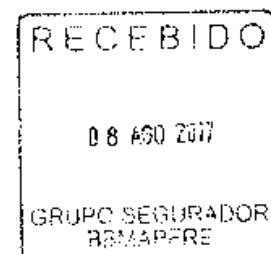
Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

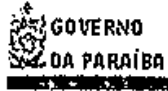
Assistência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Adicionalmente, observa sinais de nefrolitíase à direita.

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

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

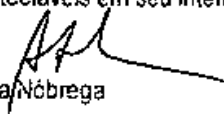
Paciente: JAELSON CIORINO DE OLIVEIRA
Data do Exame: 15/11/2016
Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical

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 Nobrega
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



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
 CRM: _____ UF: _____ CPP: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____ PB
 Telefone: _____

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
 Assinatura e Carimbo do Médico
 DATA: 29/11/16

Paciente: Séclma Dantas Oliveira
 Endereço: R. Souza Vieira Torres 169
 Prescrição: 1 Penicilina Benzatina 12mil UI - 500mg
Aplicar 1 amp na profundidade no glúteo
e cada 3 dias até totalizar 2 aplicações
dur 5 dias.

Nome Completo: _____
 RG: _____ Org. Emissor: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

Dr. Abimar Buriti
 Assinatura do Farmacêutico
 DATA: / /



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



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
 CRM: _____ UF: _____ CPP: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____ PB
 Telefone: _____

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
 Assinatura e Carimbo do Médico
 DATA: 20/11/16

Paciente: Tralson Diniz Oliveira
 Endereço: R. Souza Vieira Torres 169
 Prescrição: 1 Amox. Clav 1200mg/100mg
em 10 dias VO 1200mg por 7 dias
em 10 dias

Nome Completo: _____
 RG: _____ Org. Emissor: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

Dr. Abimar Buriti
 Assinatura do Farmacêutico
 DATA: / /





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 Maranhão
CRM - PB. 5444

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-909 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





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

foram c. de dose

prof

*Elipsofloracina
 500mg - 1ml*

Taman 1c

*de 12 em 12h
 07 dia*

Marlene Elias B. de Oliveira

MEDICA
 CRM - 1711 - PB

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 17/11/16

O RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



GOVERNO DA PARAÍBA

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



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

Jackson Sérgio de Azevedo

ATO 012

Jackson Cirino

*Elipsofloracina 100mg - 01c2
 01 em 12 em 12h - 6 dias*

*Rx
 Ibuprofeno 600 06c2s*

*Taman 1c 0/0
 (3x/dia)*

[Handwritten signature]

Dr. Jovane Abimael S. Oliveira
 MÉDICO
 CRM-PB 9290

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO
 DATA: 16/11/16

AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA

Alexandra Marinho
 CRM-PB 4444
 [Stamp]

MOD. 001

11/11/16



VALDELENA TOMAZ DANIEL
DROGAS & BULAS
 RUA JOAO PESSOA, 09 - CENTRO - REZIGIO - PARAIBA
 CNPJ: 41.127.507/0001-98
 IE: 16.095.937-3
 IN: 4380332
 25/11/2016 09:37:56 CPF: 0811111 COD: 140445
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT (R\$) VL ITEM (R\$)
 1 78969227533 TIGUA 0216 10V TRONC 10N 1 3,00
 TOTAL -R\$ 3,00
 A VISTA 3,00
 A504CF78A30424E09ADF445453759347
 PARAIBA LEGAL RECITA CIDAD
 TORPEDO PREMIADO:
 41127507000198 25/11/2016 300
 VENDEDOR: 10 - FABIANA MARTINS SILVA
 TRIB APROX (R\$) FED: 0,00 EST: 0,00 MUN: 0,00
 FONTE: 15PT/RECOMERCIO DE ARSER7
 DALLFONTO LOCALIZR ERATELYE CCB065K CPLEDDFJBSU
 BEIMATECH HP-4000 III F1 ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 002 LJ: 0001
 000000000EVEDR01 25/11/2016 09:38:15
 FAB: BEO9121010001125853

VALDELENA TOMAZ DANIEL
DROGAS & BULAS
 RUA JOAO PESSOA, 09 - CENTRO - REZIGIO - PARAIBA
 CNPJ: 41.127.507/0001-98
 IE: 16.095.937-3
 IN: 4380332
 25/11/2016 09:38:17 CPF: 0811111 COD: 140445
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT (R\$) VL ITEM (R\$)
 001 78969227533 TIGUA 0216 10V TRONC 10N 1 15,00
 TOTAL -R\$ 15,00
 A VISTA 15,00
 A504CF78A30424E09ADF445453759347
 PARAIBA LEGAL RECITA CIDAD
 TORPEDO PREMIADO:
 41127507000198 25/11/2016 1500
 VENDEDOR: 10 - FABIANA MARTINS SILVA
 TRIB APROX (R\$) FED: 2,02 EST: 0,00 MUN: 0,00
 FONTE: 15PT/RECOMERCIO DE ARSER7
 DALLFONTO LOCALIZR ERATELYE CCB065K CPLEDDFJBSU
 BEIMATECH HP-4000 III F1 ECF-IF
 VERSAO: 01.00.02 ECF: 002 LJ: 0001
 000000000EVEDR01 25/11/2016 09:38:53
 FAB: BEO9121010001125853

RECEBIDO

 08 ABO 2017

GRUPO SEGUADOR
 BRIMARE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012710950814
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2016
RIN.T.R.C. 00384224741

DOCUMENTO 7
ANTONIO ABIMAR BURITI JUNIOR
CPF / CNPJ 03550428430
PLACA OFF2809
CHASSI 93XENK740BCB76158
NOVO/PB

ESP/ CAMINHONETE/ABER/CC.D DIESEL
MARCA / MODELO MMC/L200 OUTDOOR
ANO FAB. 2011
COR PREDOMINANTE PRETA

05P/1.08T/141CV
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
1º PAGA EM 28/07/2016
2º
3º

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

SEM RESERVA DE DOMINIO
2 EIXOS
CAMPINA GRANDE - PB
40665

RECEBIDO
08 AGO 2016
204361

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710950814 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 2016 DATA EMISSÃO 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 93XENK740BCB76158

PREMIO TARIFARIO
DETRAN (R\$) IOF (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

PREMIO TARIFARIO
DETRAN (R\$) IOF (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO DPVAT
COTA ÚNICA
SEGURO DPVAT
COTA ÚNICA

SEGURO DPVAT
COTA ÚNICA
SEGURO DPVAT
COTA ÚNICA

SEGURO DPVAT
COTA ÚNICA
SEGURO DPVAT
COTA ÚNICA





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
 PRODUTIVIDADE NUM CLICK

DOCUMENTO 8 *T8%*



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

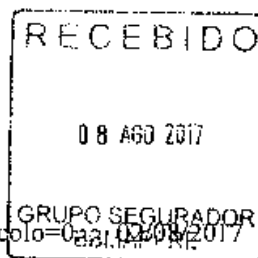
Tipo de Processo <input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente EDUARDO LIMA DA SILVA		Nome da Vítima JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA	CPF da Vítima 10985864419
Documentos Complementares			
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima	<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário		
<input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima	<input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rap Legais		
<input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus	<input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente		
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador		
Morte		Invalidez Permanente	
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)	<input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada	DAMS	
<input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada)	Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML	<input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar	
<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)		<input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico	
<input checked="" type="checkbox"/> Autorização de Pagamento		<input type="checkbox"/> Comproverantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)	
<input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS		<input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)	
<input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed		<input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	
<input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS			
<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento			
<input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros			
<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento			
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores			
<input type="checkbox"/> Alvará Judicial			



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 Rap 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



<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=03310208/2017>





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JAEISSON SIELMO DE OLIVEIRA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA 109.858.644-19

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMÁ JAEISSON SIELMO DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA BRASILEIRA, S/N, JOADQUIN VITÓRIA, CENTRO

Nº SN COMPLEMENTO 3000m VILHA BARRIO CENTRO

CIDADE Remigio UF PB CEP 5839000

E-MAIL JAEISSON.SIELMO@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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFERINDO 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE - R\$ 13.500,00
 - * INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 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 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
 PRODUTIVIDADE NUM. 11111

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo <input type="radio"/> Processo Novo <input checked="" type="radio"/> Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO		Nome da Vítima JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA	CPF da Vítima 10985864419
Documentos Complementares			
<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input type="checkbox"/> CPF da Vítima <input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador		<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input checked="" type="checkbox"/> 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	Invalidez Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Doc tos. 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 Comprovantes 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	

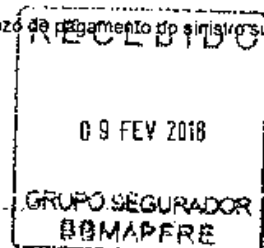


0131873

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 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170437551 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAEISON 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

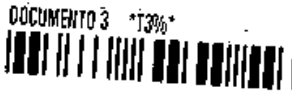
Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

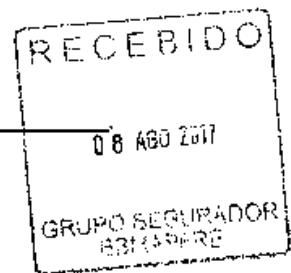
OUTORGANTE: JAEZSON SIRINO DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSAO: AGRICULTOR **Nº DO RG:** 3940083
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 03/02/2017
Nº CPF: 109-858644-19 **ENDEREÇO:** RUA PROJETADA, S/N,
JOAQUIM VITÓRIO, CENTRO, REMÍGIO - PB, CEP: 58398-000

OUTORGADO: EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** CASADO
PROFISSAO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 2956081
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 12/08/2013
Nº CPF: 053-038084-67 **ENDEREÇO:** RUA BENTO VITÓRIO, 139
CENTRO, REMÍGIO - PB, CEP: 58398-000

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JAEZSON SIRINO DE OLIVEIRA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consorcio 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 visto de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Jaezson Sirino de Oliveira de _____ de 20 _____



Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por at...

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO
 T. R. B. 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB
 ESCRIVENTES:
 Maria do Socorro Barbosa Fernandes
 Mircia Maria Serafim dos Santos
 Maria Selma da Silva

Reconheço com a(s) firma(s) de Jaezson Sirino de Oliveira
 Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório.
 Dou fé Remígio, 27/07/2017 Mircia Maria Serafim dos Santos
 "SELO DIGITAL" AFB09589-87 RA

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

