

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180378013**

Vitima: **GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **04/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180378013**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13243739



Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180378013

Vítima: GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

07 AGO 2018

RECEBIDO


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

861.650.745-02

Nome completo da vítima

George Luiz Pedro dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão
George Luiz Pedro dos Santos		861.650.745-02		Assistente
Endereço	Número		Complemento	
Sítio Jmaeiras	50		Casa	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Zona Rural	São José de Ribamar	PB	58758-000	
Telefone (DDD)			Telefone (DDD)	
			(84) 3896-1036	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote a uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (207) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (007) <input type="checkbox"/> ITAÚ (348) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO: _____ REND: _____ AGÊNCIA: _____ CNPJ: _____ CONTA: _____ CNPJ: _____		
AGÊNCIA S/A	CV	CONTA S/A	CV	CONTA S/A
2081		013.00042003	1	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

São José de Ribamar/PB, 13 de Julho de 2018.

Local e Data

George Luiz Pedro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DATA	HORA	DESCRIÇÃO	VALOR
15/08/2018	15:55:42	CAIXA ECONOMICA FEDERAL	
15/08/2018	15:55:42	CAIXA AQUI	
15/08/2018	15:55:42	COMPROVANTE DE EXTRATO	
15/08/2018	15:55:42	ONVENIO	08:56:41
15/08/2018	15:55:42	PERADOR	000023078
15/08/2018	15:55:42	GENCIA: 2981 - SHOPPING PETROLINA	00002307
15/08/2018	15:55:42	ONTA: 013.00042008-1	
15/08/2018	15:55:42	GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS	
15/08/2018	15:55:42	EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA	
15/08/2018	15:55:42	ESUMO	
15/08/2018	15:55:42	ALDO BLOQUEADO	0,00
15/08/2018	15:55:42	ALDO TOTAL	0,00
15/08/2018	15:55:42	ALDO DISPONIVEL	0,00
15/08/2018	15:55:42	SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)	
15/08/2018	15:55:42	para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2482	
15/08/2018	15:55:42	Cuidador(a): 0800 725 7474	
15/08/2018	15:55:42	caixa.gov.br	

07 AGO 2018

RECEBIDO

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISE DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N° 319/2018, LIVRO n° 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, GUTENBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL.

DATA: 26 de JUNHO do ano de Dois Mil e Oito

HORA: 18h40min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS

Estado civil: solteiro

RG: 21149.021-02 - SSP/PB

CPF: 861.650.745-02

Sexo: Masculino

Nascimento: 03.11.1994

Idade: 23 anos

Naturalidade: Brasileira

Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: AGRICULTOR

Alfabetizado: SIM

Filiação: Sebastião Pedro dos santos e de Maria Linda dos Santos

Endereço: Sítio Araia, zona rural de São José de Princesa/PB

NARRATIVA

QUE no dia 04 de Abril de 2017, por volta das 18h20min, sofreu um acidente automobilístico na PB 306, nas proximidades do Sítio Alto dos Bezerras; Que quando conduzia uma moto e em uma curva ao desviar de um cachorro, sobrou na curva assim perdendo controle da mesma, chegando a cair ao solo; Que foi socorrido por terceiros para UPA de Princesa Isabel, em seguida devido a gravidade foi transferido para o hospital Regional de Patos; Que após exames Raio-X, e Tomografia, constatou traumatismo craniano, e além de sofrer escoriações pelo corpo; Que conduzia uma moto HONDA/CG 150 TITAN KS, DE COR VERMELHA, DE ANO E MODELO 2007, PLACA PCR-6145/PE, CHASSI N° 9C2KC08107R091905, RENAVAM N° 1118157556, REGISTRADA EM NOME GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declara assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro de Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 239, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante, George Luiz Pedro dos Santos

CANTÓRIO ÚNICO DE NOTAS

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado/ do Sr. TRIUNFO, 18 de JULHO de 2018. Substituta: EDIVANILDO MENEZES DE

George Luiz Pedro dos Santos

07-AGO-2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

George Luiz Pedro dos Santos

CPF da Vítima

861.650.745-02

Data do Acidente

04/04/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias

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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

São José de Pinheiro, 13 de Julho de 2018.

Local e Data

George Luiz Pedro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL



Senha:

DATA/HORA DA RECEPÇÃO: 05/04/2017 - 19:43:24

DATA/HORA DA PRÉ-CONSULTA: 05/04/2017 - 19:50:13

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: 9257 - GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS

Sexo: M CNS: 40008227787680 Cor: PARDAS

Mãe: MARIA LINDA DOS SANTOS

Complemento:

Tel. Residencial:

Bairro: ZONA RURAL

Tel. Comercial:

DN: 03/11/1994

Idade: 22 Anos, 5 Meses e 2 Dias

Etnia:

RG: 2114902102

CPF: 650.745-02

Endereço: SÍTIO AREIS - SN

Cidade: SÃO JOSÉ DE PRINCESA

UF: PB

Contato:

Celular:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

paciente deu entrada no samu vítima de acidente de moto com suspeita de TCE

SABEMI SEGURADORA S/A
Prestador de serviços em L&O2

07/AGO 2018 (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não Câncer: () Sim (X) Não Pneumopatia: () Sim (X) Não
Transplante: () Sim (X) Não Alergia: () Sim (X) Não Se Sim, Qual: Outros: () Sim (X) Não
Antecedentes Pessoais:

RECEBIDO

P.A. 130 X90 mmHg Temperatura: 36°C Sat O2: 99 Glicemia Capilar: mg/dl Glasgow: 15 - CONSCIENTE
Pulso: 90 Freq. Respiratória: 20 Peso: Kg Altura: m Dor: SEM DOR
Tipo Clínica: CLINICA MEDICA Prof. Resp. pré-consulta: 193698-PB
ANA CECILIA MEDEIROS CAVALC.

DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com lesões e traumatismos em tórax e membros superiores. Múltiplas lacerações traumáticas e contusões.

EXAMES

Exame físico realizado pelo SAMU. Paciente consciente e orientado. Auto-avaliação de dor leve.

DIAGNÓSTICO

TCE
= Edema agudo de pulmão

PRESCRIÇÃO

- Raio X de tórax e crânio
- Tratamento pelo SAMU
- Curativo e analgésico

DADOS DA SAÍDA

() Alta () Alta a Pedido/A Revelar () Desistência () Repouso () Internação
() Encaminhado a () Transferido para: () Óbito até 24 horas () Óbito > 24hs () EHL () SVO () D.C.N.
DATA E HORA: 05/04/17

Vicente Jorge da Silva Pedro

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Profissional
Atendente Responsável na Recepção: EDILÉIA GOMES SILVA GAMBARRA

Este documento é uma cópia fiel de original. Qualquer alteração ou falsificação será considerada crime. O original deve ser mantido em arquivo por 10 (dez) anos. O presente documento é de uso exclusivo do SAMU. Não deve ser utilizado para fins de cobrança ou qualquer outro fim. O presente documento é de uso exclusivo do SAMU. Não deve ser utilizado para fins de cobrança ou qualquer outro fim.

SABEMI SEGURADORA S/A

07 AGO 2018

RECEBIDO

RECIBO DE PAGAMENTO

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
RUA QUINZE DE NOVEMBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO PE



7213512820 07445 00000021179 30 070518

ABRIL /2018

Telefone

(87) 3846-1038

Vencimento

15/05/2018

Total a pagar

R\$ 95,39

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$	62,26
	OI FIXO		62,26
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 3L		
	SERVICOS BASTANTES		
	EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS	R\$	33,13
	LIGACOES FIXO-FIXO		25,60
	LIGACOES FIXO-MOVEL		4,24
	SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS		3,28

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente das celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
091201480307

www.oi.com.br/minhaOI

Consulte no site minha OI e consulte saldo, com detalhados, histórico de consumo e muito mais.

TELEFONIA MONITOR CLIENTE S/A
CNPJ: 20.000.780/0001-80 - BRAS. ESPANHOL
RUA 931, 20191-000
REALIZAÇÃO: FOLIORE, 100 - RECIFE - PE CEP: 50000-000
SANTOS, C/PLA 10.000, 1100001-00

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 88461038 CJ 0 SU 3
CONTA 04/2018 LOCAL 4852 DN 4

CODIGO MINHA OI
091201480307

www.oi.com.br/minhaOI

Consulte no site minha OI e consulte saldo, com detalhados, histórico de consumo e muito mais.

84630000000-8 95380024030-0 32049520384-8 61036031804-8

07 AGO 2018


LÍDER
 Seguradora Líder

RECEBIDO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 Raúl de Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024/56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário George Luiz Pedro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 861.650.745/02 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da vítima George Luiz Pedro dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 861.650.745/02 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recuso Informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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 implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Exemplo</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.370-000</u>
E-mail <u>hmc.achecacio@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 3346-1036</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9804-2869</u>

Exemplo/PE, 13 de julho de 2018.

Local e Data

Assinatura do Declarante

07 AGO 2018

RECEBIDO

GOVERNO
DA PARAÍBAUPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
PRINCESSA ISABEL - PB

TRANSFERÊNCIA

Nome: George Luiz Pedro
 Destino: Hosp. Dig. Rato Data e Hora da Admissão: 09/08/2018
 Contato Prévio: Dr. Luiz Data e hora da Transferência: 1/1 às 17h
0504 h

HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME CLÍNICO

Paciente vítima de acidente
 automobilístico com múltiplas
 lesões e lesões em região
 frontal - compressão em região
 da crânio. No momento presente
 está em estado de coma.

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA / HORÁRIO

- 4 paracet.
 4x ao dia

EXAMES REALIZADOS / RESULTADOS

- Raxo x de tórax

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA - INDICAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

ETCE

- Multi-lesões (traumáticas)

OBSERVAÇÕES:

Paciente apresentando dor
 em região de tórax - Raxo x
 normal.

Assinatura e Carimbo do Médico:

UPA 24h PRINCESSA ISABEL-PB

SABEMI SEGURADORA S/A

07 AGO 2018

11.149.021-02

08-05-2019

GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS

RECEBIDO

STASTIAO PEDRO DOS SANTOS

MARIA LINDA DOS SANTOS

PRINCESA ISABEL PB

03-11-1994

CINAS. CM PRINCESA ISABEL PB DS
SEDE LV A20 FL 181V RT 20427

Familia M. de Oliveira

LEI 7.112 DE 2003

RECEBIDO

03/11/2018

GEORGE LUIZ PEDRO DOS SANTOS

881.650.746-02

CONDOMÍNIO DE INSCRIÇÃO

CONDOMÍNIO DE INSCRIÇÃO

RECEBIDO

7316/18

ASL-0287316/18

15:54:47

ASL-0287316/18

15/08/2018 15:54:47

ASL-0287316/18

15/08/2018 15:54:47

ASL-0287316/18

15/08/2018 15:54:47

ASL-0287316/18

15/08/2018 15:54:47

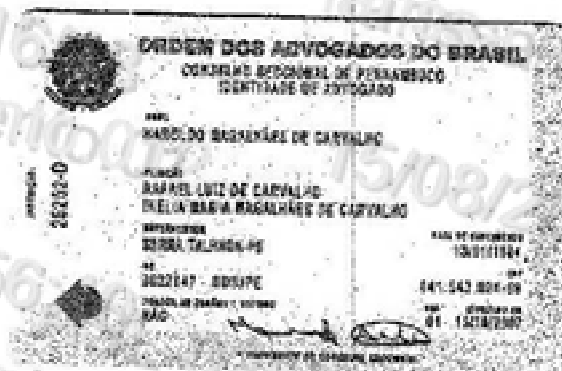
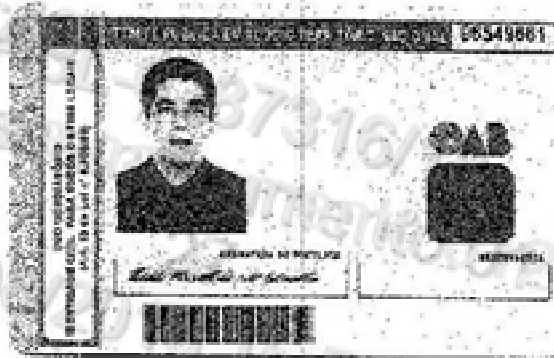
ASL-0287316/18

15/08/2018 15:54:47

SABEMI SEGURODORA S/A

07 AGO 2018

RECEBIDO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

07-AGO-2018

DET-DA-PZ

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 013816240231

RECEBIDO

18157556

2018

GEORGE DUIZ PEDRO DOS SANTOS

QUIXABA-PE

881.850.748-02

PCR6145

9C2KCC08107R091905

PAR MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN X3

2007-2009

28/143CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2018 QUITADO

P 1

V 1

A 1

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

QUIXABA-PE

Charles Andrews Souza Ribeiro

Assessor de Atendimento

 Emissão de Bilhete de Seguro DPVAT
 para veículos em circulação
 em todo o Brasil
 em 07/08/2018

 PE Nº 013816240231 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 GEORGE DUIZ PEDRO DOS SANTOS

 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

 WWW.SEGURADORA.LIBER.COM.BR
 SEU DPVAT 0028 022 1904

QUIXABA-PE

2018

11/08/18

881.850.748-02

PCR6145

1118157556

HONDA/CG 150 TITAN X3

2007

09

9C2KCC08107R091905

PRÉMIO TARIFÁRIO

R\$ 10,00

DESEMPENHO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$ 10,00

TOTAL DO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

NÃO PAGOU

SEM COBERTURA

SEGURADORA LIBER - DPVAT

CNPJ 06.546.538/0001-04

 DESPREQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
 SEM NAO P. TR. PORDE. CANCELADO

11/08/2018

 15/08/2018 15:54:53
 ASL-0287316/18
 15/08/2018 15:54:53
 ASL-0287316/18
 15/08/2018 15:54:53
 ASL-0287316/18
 15/08/2018 15:54:53
 ASL-0287316/18
 15/08/2018 15:54:53

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA George Luiz Pedro Santos

DATA DO ACIDENTE 04/04/2017 CPF DA VÍTIMA 861.650.745-03

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PAGAMENTO COM A VÍTIMA É George Luiz Pedro Santos

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 15 de Novembro

Nº 224 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro

CIDADE Sumaré UF PE CEP 56.810-000

E-MAIL marc.oliveira@gmail.com TELEFONE 81.3796-1036

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAÇÃO LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAIS ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- (X) BOLHEIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE EMITIDAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) 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)
- TESTAMENTO LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

SABEMI SEGURADORA S/A

07 AGO 2018

RECEBIDO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRTEAS EM DEPENDÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTES (PAGAMENTOS E LAJOS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUÍMICAS
- (X) NOTAS FISCAS (FARMÁCIAS E LOJAS) OU FARMACIA ACOPADA EM UMOS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DO PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (X) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) 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

- MORTO = R\$ 11.000,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRIVATIZADA NA LEI 6.154/74.
- DESPESAS MÉDICAS (FARMÁCIAS E LOJAS) = R\$ 2.700,00 (PREMIO CLUI), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO EM 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 FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC 0800 093 1304

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

IDENTIDADE _____ DATA _____

ASSINATURA _____ NOME _____

07 AGO 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: GEORGE LUIS PEDRO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 2114902102 SSP/BA, inscrito no CPF/MF sob o nº 861.650.745-02 residente e domiciliado no Sítio Areias, Zona Rural, São José de Princesa/PB, CEP: 58.758-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo - PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **GEORGE LUIS PEDRO DOS SANTOS**.



Triunfo/PE, 27 de Junho de 2018.

George Luis Pedro dos Santos
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE NOTAS
Emília Érica Alves Freixo - Tabelião de Notas
OAB/PE nº 25.252 - CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036
Rua: 15 de Novembro, nº 124 - Centro - Triunfo/PE

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

GEORGE LUIS PEDRO DOS SANTOS.....

Em testemunha de verdade, Princesa Isabel-PE 25/06/2018 08:16:24

Isabel Kaline Franks da Silva - Escrivã

(2018-005655)OAB/PE nº 47.48 FAPPE/PE nº 0,28 FAPPE/PE 1,70

SELO DIGITAL: A8676821-FRUT

Confira a autenticidade em <https://selodigital.trf6.jus.br>