

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10292503

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170011149 ASL-1192219/16
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para 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.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10308916

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Sinistro: 3170011149 ASL-1192219/16
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10447997

A/C: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Sinistro: 3170011149 ASL-1192219/16
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Data Acidente: 09/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000002108-3

Conta: 0000046926-2

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170011149 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **BARRA DO GRAMAME nº 00 - GRAMAME - CONDE/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1847769 - SSP**
Data local do exame: **20/01/2017 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E QUE EVOLUIU COM OSTEOMIELITE DOS OSSOS DA PERNA TRATADA COM ANTIBIOTICOTERAPIA. VÍTIMA AINDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO E SEM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO LOCAL. RETIRADA DO FIXADOR AGENDADA PRA 02/02/2017.DESENVOLVEU SEQUELA CRONICA,PORTANTO SEQUELA DEFINIDA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DÉFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vitima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA-INFECÇÃO CRONICA. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 20/01/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB

Assinatura do perito Examinador - CRM

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, FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.847.769 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 18/09/2016
CPF 000805994-27 / CNPJ 00000000-00000-00, PROFISSÃO AUTÔNOMO
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA OMEXIMO, 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 Lotéticas 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 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 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2108 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46926-20

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.

Abreu e Silva de Dezembro de 2016 LOCAL E DATA
Francisco de Assis Borges da Silva ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO abreu

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.



CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.
LUCIA M INEIRA SANTOS 91015443472
AV CRUZ DAS ARMAS 630
TERMO AET 150 00020210 DATA 29/11/2016
DATA: 25/11/2016 HORA DE BRASILIA: 11:59

*** EXTRATO DE CONTA CORRENTE ***

FRANCISCO DE ASSIS JUNGLES DA S 11:59HR
AGENCIA 210X CIA 0046926-2 29/NOV/2016

RESPONSIVEL
+ TOTAL DISPONIVEL
+ CONTA CORRENTE

TOTAL DE RECURSOS

SALDO DISP. + INVEST

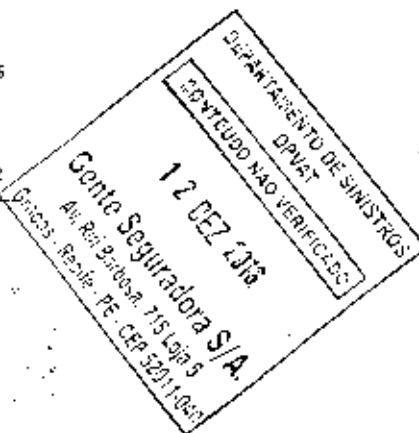
MOVIMENTACAO CONTA CORRENTE

NOVEMBRO 2016
DEP. RESTURLOS H. DOCTO VALOR
20 - SALDO ANTERIOR
DEP. DINHEIRO CB 2380876
SALDO TOTAL

NO. BRADESCO - 210X - CRUZ DAS
ARMAS - RJ
CORRESP. BANC. - 078 - 12 CONTECOES DE
ANO MILITAR
NSU: 026963437537 AUTENTICACAO: 144966

IMPRESSAO BRADESCO
0000 127 9900

NSU REDE: 062315 DATA REDE: 11/09/12



DECLARAÇÃO

Eu, FRANCISCO DO ASSIS BORGES DA SILVA
Portador (a) do RG nº 1.847.769, e do CPF nº 000.805.994 - 22,
DECLARO, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: BRADESCO,
e a conta de minha titularidade nº 46.926-2, agência nº 2108,
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.

Francisco Assis Borges da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO





323
GOVERNO
DA PARAÍBA



6

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 04798.01.2016.1.00.400

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04798.01.2016.1.00.400, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 25 dias do mês de Outubro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, Escrivão De Polícia, às 09:30 horas, compareceu FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Autônomo, naturalidade Santa Rita/Paraíba, data de nascimento 03 de Junho de 1974, idade 42, filiação Ana Maria da Conceição e Severino Borges da Silva, Documento - CPF: 000.805.994-27, residente Rua Projetada, SN[NÃO INFORMANDO], GRAMAME, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98616-3412.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Valentina de Figueiredo, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 09/02/16 17:55

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

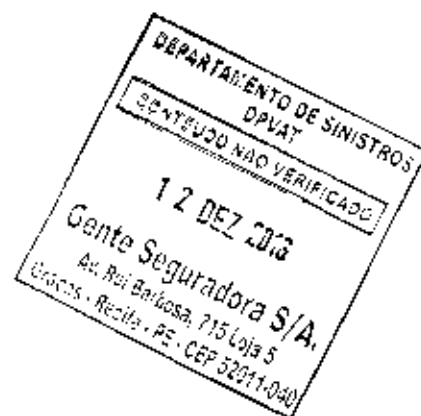
QUE, no dia 09/02/16, por volta das 17:55h, quando atravessava a Rua Sergio Vieira de Melo, no conjunto Valentina de Figueiredo, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi atropelado por uma motocicleta de placa não identificada, tendo o notificante sofrido fratura exposta dos ossos da perna direita, sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão De Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.692-3

João Pessoa (PB) 25 de Outubro de 2016
Francisco de Assis Borges da Silva
FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Noticiante



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Francisco de Assis Borges Jr ^{S/LM} portador da carteira de
 Identidade nº 1.847.769 e inscrito no CPF/MF sob o nº 000.805.994-27
 residente e domiciliado na BARRA DE GRAMAME - S/Nº GRAMAME
 Cidade- CONDE, Estado PARAIBA, 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:

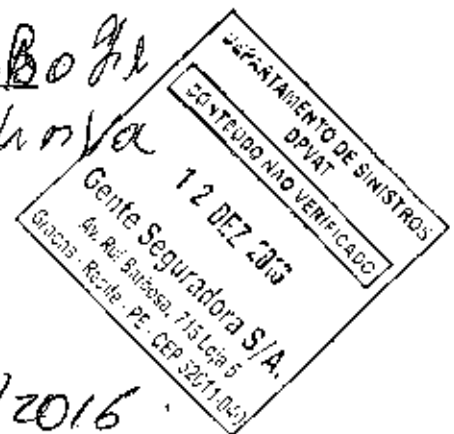
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
 prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
 superior 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.

Francisco de Assis Borges Jr

Assinatura do declarante do documento
 conforme documento de identificação



João e Limp/PE 05/12/2016

Local e data



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



Certidão de Nascimento

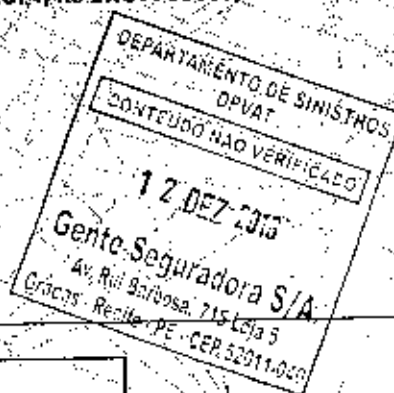
NOME:
FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
MATRÍCULA

0703910155 1974 1 00006 174 0012484 81

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) três de junho de um mil novecentos e setenta e quatro		DIA 03	MÊS 06	ANO 1974
HORA DE NASCIMENTO 05:15	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Santa Rita-PB			
MUNICÍPIO DE REGISTRO UF Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB	LOCAL DE NASCIMENTO Hospital e Mat. Gov. Flavio Ribeiro Coutinho		SEXO masculino	
FILIAÇÃO SEVERINO BORGES DA SILVA e ANA MARIA DA CONCEIÇÃO				
AVÓS PATERNO(S) Marliano Borges da Silva e Maria Galdino da Conceição; MATERNO(S) José Severino da Silva e Maria Divalda da Conceição.				
GÊMEOS NÃO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) NÃO POSSUI			
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) seis de setembro de um mil novecentos e setenta e quatro (06/09/1974).		DMV (DEC. NASC. VIVO) NÃO INFORMADO		

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 06/09/1974, no livro A-00006, Nº 12484, folha 174.



NOME DO OFÍCIO Serviço Registral e Notarial de Livramento
OFICIAL REGISTRADOR Marília Paula dos Santos
MUNICÍPIO/UF Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB
ENDEREÇO Rua São José, 124, Distrito de Nossa Senhora do Livramento, Santa Rita-PB - CEP - 58304000 FONE: 3664-7915

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Distrito de Nossa Senhora do Livramento-PB, 16 de junho de 2014.

Marília Paula dos Santos
Marília Paula dos Santos
Oficial do Registro Civil

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

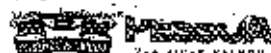
Nº 534334 A



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB**

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 605/088, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 115.755, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA** idade 41 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento por Moto)** no dia 09/02/2016, na R. Emb. Sérgio Vieira de Melo, Bairro: Valentina - João Pessoa, aproximadamente às 17:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarso de Freitas (Centro Trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Maio de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREG nº 1444 - 2017

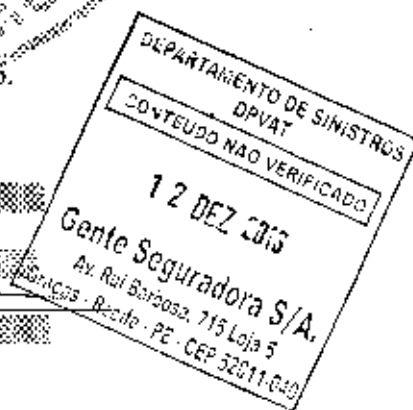
Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000046926-2

Nr. Autenticação

BRADESCO3101201705000000000023702108000000046926708750 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Documento de Identificação

Eu, FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVARG nº 1.847.769 data de expedição 19/09/2016 Órgão SSDS/PS

CPF nº 000.805.994-27, 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:

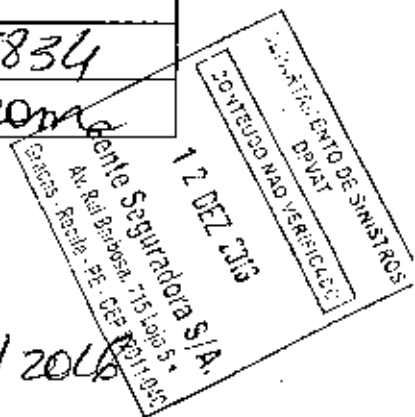
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>BARRA DE GRAMAME</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>SÍTIO</u>
Bairro	<u>GRAMAME</u>
Cidade	<u>CONDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.322-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)3538-0069 - 98721-5834</u>
E-mail	<u>valleirosr@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

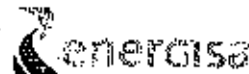
Local e Data:

Abreu e Lima/PE 05/12/2016

Assinatura do Declarante:

Francisco de Assis Borges da Silva

ANAMARIA DA CONCEICAO NETO
RUA BARSA DE GRAMAME, S/N - URAIAVE
COND. 18 CEP 5832200 (AS. 1)



Classificação: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL MONOFASE CO
Ratificação: 11-21-579-8000 Relevância: Ago/2016
Número de: 00001186031 Emissão: 24/09/2016

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.086.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.036.743
Código para Pagamento Automático: 00012881161

0909031096

Ago/2016

Canal de contato

24.08.2016

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

CPF/CNPJ/RAT

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
24/07/16	24/08/16	112	0,43817	30
Consumo em kWh				
ICMS				
PIS				
CONTRIBUICAO LUMINOSIDADE				

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Jul/16	118
Jun/16	118
Mai/16	87
Apr/16	114
Mar/16	112
Fev/16	104
Jan/16	108
Dez/15	114
Nov/15	117
Out/15	119

Média dos últimos meses
114 kWh

33%	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	66,05	0,2755	18,19
PIS	66,05	0,2755	18,19
COFINS	66,05	0,2755	18,19

ec5c.c192.88fb.c7f5.ebe4.44b7.098b.3bae

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia	17,31	21,89
Carga de Energia	22,68	28,82
Serviço de Transmissão	1,28	1,73
Encargos Sociais	6,48	8,38
Impostos Federais e Encargos	5,67	7,25
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	79,70	100,00

Valor do EVBD (Ref. 8/2016) R\$ 91,31

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTROLE DE VERIFICACAO
12 DEZ 2016
Gentle Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lajeado
PE - CEP 52011-001

ROSSANA

CHEGOU SUA FATURA DA OI.

FATURA DE
OUT/2016VENCIMENTO
03/11/2016Emissão em: 15/10/2016
Período de: 13/09/2016 a 13/10/2016

CTC CORREIOS
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
JOAQUIM NABUCO 200
TIMBO
53520-170 - ABREU E LIMA - PE



RECEBA ESTA
CONTA DO
JEITO MAIS
PRÁTICO.



PARA MAIS A CONTATO COM A
OI, LIGUE 105 000 0000 OU VISITE
WWW.OI.COM.BR/FAZERCONTA

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI TOTAL 151,98

OI TOTAL
+ Pacotes Adicionais do Móvel 37,90

OI FIXO

OI INTERNET

+ DDD e Roaming Nacional 250

TOTAL DE MENSALIDADES 189,88

Além disso, você...

+ Minutos chamadas de longa distância 2,97

+ Minutos serviços com terceiros 2,98

SUBTOTAL 195,83

Multa e juros 5,24

TOTAL DA SUA FATURA 201,07

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

CPF: 684.647.684-00

NÚMERO DO CLIENTE: 2959209446

NÚMERO DA FATURA: 725263476

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401663856698

PRECISA DE AJUDA?



www.OI.COM.BR/FAZERCONTA

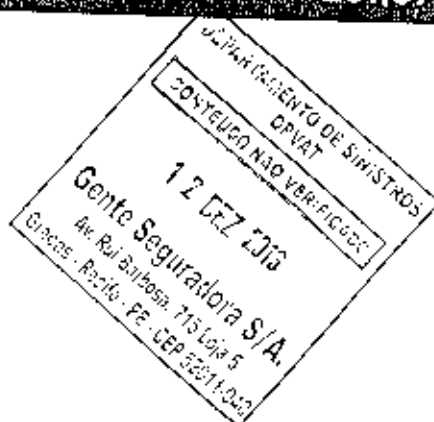
Aqui você acessa e imprime suas faturas,
analisa seu consumo, consulta saldos
e gerencia seus Oi pontos.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses

Out 2016	201,07
Ser 2016	203,27
Ago 2016	206,17
Jul 2016	195,44
Jun 2016	192,80
Mai 2016	18,99

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança da Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação, com mais 30 dias. Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente.





CERTIDÃO

Nº. 1029/2016

Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº826806 e Prontuário Nº 2016.06.003116 pertencentes a **FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA** que foi atendido no dia 09/02/2016 às 20H11min, vítima de atropelamento por moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura expostos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico no mesmo dia do atendimento. Alta dia 25/05/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de julho de 2016

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Francisco de Assis Borges Data da Admissão: 09.07.76
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____
 QPD: 0 Note. Inter. Truque Exatete do
corret de Juma Duarte
 HDA: fez submetido a tratamento
unifone
(Fifaloni Exatete)
 Medicamentos em uso: _____
 Interrogatório Sintomatológico:
 Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de peso ☐ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Ictericia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____
 Pele: _____
 Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____
 AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros: _____
 ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume
 AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____
 SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos
 SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alte a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IMI

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

O Vt. em decubito dorsal horizontal
 com anestesia regional
 linfa melonice extensora do
 punho anafre após 1 hora

Incisão:

1/2, alcool todo o anafre
 antebraço, colocação de campo
 esteril
 redução da fratura e fixação

Achados:

fixação extensora
 punho e anafre do
 punho livre

Conduta:

Afixação do punho do
 punho do punho do
 anafre

Fechamento:

OBS:

confirmação de fratura de fratura
 extensora do punho com punho do
 punho com anafre do

Data:

09.02.2016

Dr. Romão Soares de Castro
 033.002833/CRM-PB 2833
 CPF 181.533.594-68

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		FRONTUÁRIO Nº	
Francisco de Assis Rios			
IDADE	SEXO	CLÍNICA	LEITO
0	M.		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA	
01.07.16		14.10.16	
DIAGNÓSTICO INICIAL		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
OMC crônica tipo I		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
Rx + Ex + Sinal			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
Tratamento + ATB			
TERAPIA MEDICAMENTOSA			
Alcalina			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
COLETA DE MATERIAL		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
CONDICIONAMENTO		MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)			
Paciente evoluiu com uso de medicação, sem sintomas, com melhora da função renal, sem complicações, sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial.			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA:			
REPOUSO: Relativo em casa por 120 dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço na localidade onde ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos em 30 dias para revisão.			
Ao Ambulatório do _____			
DATA		ASS. MÉDICO / CRM	
14/10/16			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.			
Para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Francisco de Assis Borges da Silva		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	41	SEXO	M	COR	CLÍNICA
DATA DE ADMISSÃO		09/02/16		DATA DE ALTA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		Fratura exposta omó da perna		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		O resumo		CID	
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO:		Redução aberta com fixação interna			
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO				<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CONDIÇÃO DE ALTA		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	
RESUMO CLÍNICO		(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES)			
Dieta: Líquida		ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
REPOUSO:		Relativo em casa por _____ dias			
		Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias			
		Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:		Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "fichação" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA:		Ciproe + Albacil + Alg-o			
RETORNO		Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos			
		Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para controle			
DATA		25/05/16			
ASS. MÉDICO/CRM		CRM 48 PB			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Ministério da
SAÚDE
do Brasil



Ministério da
SAÚDE
do Brasil

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Dr. João Ricardo

Declaro para os
devidos fins que
o Sr. Roberto de
Assis Brito, portador
do RG nº 1.234.567 e

CIT (M86), nasceu
e habita em
Rua Carlos de
24/24 h por 6 meses

conforme parecer
do CEM, deste ser-
viço.

(DSC)

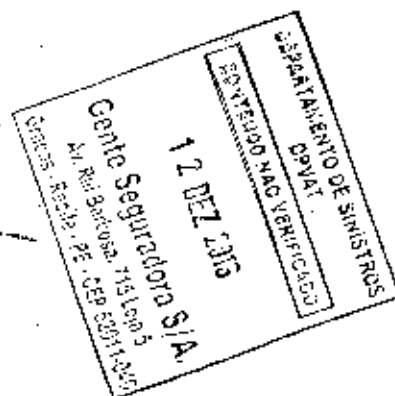
24/24h

14/10/16

Dr. João Ricardo

CRM-PE 8887

Assinatura e Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

IL-237



Francisco de Assis Borges da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.047.769 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/09/2016

NOME FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA

FLIAÇÃO SEVERINO BORGES DA SILVA
ANA MARIA DA CONCEICAO

NATURALIDADE SANTA RITA-PB

DATA DE NASCIMENTO 03/06/1974

DIGIT. ORIGEM CERT. NASC. Nº 2484 - LIMA-8 - FLB-174 - CARTÓRIO SANTA RITA-PB

CPF 000.806.994-27

SAB. CIVIL - PB

SECRETARIO GERAL

19/09/2016

B+

CONTABILIDADE DE SINISTROS

OPVAT

CONTABILIDADE VERIFICADA

12 DEZ 2016

Conto Seguradora S/A.

Av. Barbosa, 115, Lda 6

Belo - PE - CEP 53014-000

DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO
ROUTE 2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTEIRO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

ROSEANA LIZIA FERREIRA DE OLIVEIRA

CPF 7143884-000-00
RG 447.684-00
DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

PLACAO
KENANTIMO RADIR DANTAS
INACIA FERNANDES DANTAS

PERMISSAO **ACC** **CAT. HAB.**
AN

IDENTIFICACAO **VALIDADE** **EMISSAO**
02395867347 **23/03/2021** **23/06/2002**

OBSERVACOES
sem observacoes

LOCAL **PAULISTA - SP** **DATA DE EMISSAO** **23/03/2021**

DETRAN - PE (PARRAMOUNCO)

VALIDADE 1000
E IDENTIFICACAO NACIONAL
1222242405

PROTECO PLASTIFICADA
1222242405

DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO
ROUTE 2

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170011149 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA **Data do acidente:** 09/02/2016 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E QUE EVOLUIU COM OSTEOMIELOITE DOS OSSOS DA PERNA TRATADA COM ANTIBIOTICOTERAPIA. VÍTIMA AINDA EM USO DE FIXADOR EXTERNO E SEM SINAIS CLÍNICOS DE INFECÇÃO LOCAL. RETIRADA DO FIXADOR AGENDADA PRA 02/02/2017. DESENVOLVEU SEQUELA CRONICA, PORTANTO SEQUELA DEFINIDA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/01/2017

Conduta mantida:

Observações: * NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA- INFECÇÃO CRONICA. -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO



Eu, FRANCISCO DE ASSIS BORGES M SILVA

RG 1.847.769, CPF 000.805.994-27, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 09/02/2016 fui socorrido por SAMU

e levado ao Hospital ORTOTRUMA - MANGABEIRA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção"

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: Belem e Limp Paranambuco Data: 05/12/2016

Francisco de Assis Borges Mendonça

Declarante



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: FRANCISCO DE ASSIS BORGES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 3.847.769 CPF: 000.805.994-27
Endereço: LOC BARRA DE GRAMAME S/N
GRAMAME CONDE/PB CEP: 58322-000

PROCURADOR:

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA
Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: AV. JOAQUIM NABUCO, N° 200, TIMBO, ABREU E LIMA - PE



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, enfim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro do beneficiário/vítima, até o de sua liquidação, dando por fiel cumprimento deste Mandato.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

José Rossana B, 29/11/2016
Local e data

CARTÃO
ROSSANA BATISTA

x Exemplo de Assinatura de Francisco de Assis Borges da Silva

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

