Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta n°: 11962417

A/C: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170600209 ASL-0434205/17**
Vitima:	**JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**
Data Acidente:	**27/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**

Nº Sinistro: **3170600209**
Vitima: **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**
Data do Acidente: **27/07/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170600209**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**

Nº Sinistro: **3170600209**
Vitima: **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**
Data do Acidente: **27/07/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170600209.**

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, [illegible] terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evit[illegible] no recebimento da indenização no banco.

EU JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA

PORTADOR(A) DO RG Nº 918.567 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 28 / 03 / 08 E CPF 7 1 9 7 2 8 9 7 4 - 2 0 /CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA, 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 benefiário/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/beneficários.**

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 36644-9

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.

POMBAL-PB, 19 de OUTUBRO de 2017 — LOCAL E DATA

x José Clementino de Almeida — 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 0800-0221204.


CAIXA
POUPANÇA
6277 8017 2942 7884
10/24
JOSE CLEMENTINO ALMEIDA
0732 013 00036644-9
elo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POMBAL – PB
Rua Cel. João Carneiro, 288, centro, Pombal-PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205/2017

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **27/07/2015 – ás 15:30 horas**

Local do ocorrido: **na PB que liga Pombal a Catolé do Rocha-PB, próximo a Sítio Riacho SECO, Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **17/04/2017– 10:40Horas**

COMUNICANTE: JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA, **Filiação:** Vericimo Clementino do Nascimento e Edith de Sousa Nascimento; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** divorciado; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 15/08/1962; **Endereço Residencial:** Rua Sítio maniçoba II, Zona Rural de Pombal-PB; //; **Telefone: 83 998245855 Portador de RG nº 918.567 SSP-PB.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia uma motocicleta HONDA/BIZ 125 ES, ano/modelo 2015/2015 –placa: **OEU 7412/PB** - CHASSI: 9C2JC4820FR48320- COR VERMELHA, de propriedade e licenciada em nome filha do comunicante, a pessoa de JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA; Que trafegava na referida rodovia com destino a Pombal-PB, quando em uma curva foi ultrapassado por uma carreta, momento que tinha um animal na pista; Que ao perceber que a carreta iria bater no mesmo ao realizar a ultrapassagem e livra-se do animal, teve que puxar a motocicleta para fora da pista, vindo a descer o barranco; Que do acidente teve fratura no tornozelo esquerdo e no pé também esquerdo; Que foi socorrido pelo patrão do mesmo que o levou para Hospital Regional de Pombal, onde foi atendido; Que testemunharam o fato as pessoas de: JOSÉ MARCIO FERNANDES DE ALMEIDA, RG 3233585 SSP-PB, residente no Sítio Maniçoba II, Zona Rural de Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA, RG 2684062 -SSP-PB, residente no Sítio Maniçoba II, Zona Rural de Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 17 de ABRIL de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: José Clementino de Almeida

1ª Testemunha: José Marcio Fernandes de Almeida

2ª Testemunha: Joselia Fernandes de Almeida

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Policia Civil
Mat. 168345-4

Escrivão AD HOC /Portaria 015/2016- 19ªDSPC

Comissão de Investigação do IML

-0004-

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA, portador da carteira de identidade nº 912.567 SSDS / PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 719.728.974-20, residente e domiciliado na Rua SITIO MANICOBA, S/N, ZONA RURAL, POMBAL – 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:

(X) 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 aanálise 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 nº6.194/74.

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.

José Clementino de Almeida

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

POMBAL – PB, 19 de OUTUBRO de 2017.

ortopedista
10:52hr

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

HRP

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

[ ] AZUL [X] VERDE [ ] AMARELA [ ] LARANJA [ ] VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:
NOME: José Clementino de Almeida
COR: _____ DATA DE NASCIMENTO: 15/08/62 IDADE: 52 SEXO: M
NOME DA MÃE: Edite de Souza Nascimento PROFISSÃO: Agricultor
CARTÃO DO SUS: 702 3089 3199 9020 RG/CNH: _____
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Sítio Manicobi
ESTADO: PB CEP: 58.840.000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 252101 DATA DE ATEND.: 27/07/15

SINAIS VITAIS:
PA: 120x80 mmHg SPO: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____
T: _____ PESO: _____ GESTANTE: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, SEMANAS: _____
QUEIXAS: trauma com suspeita de fratura
MEDICAÇÃO EM USO: Ibuprofeno
ALÉRGICO: ( ) SIM (X) NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:
Queda p/ o chão com [illegible]
p/ [illegible] MMSS [illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:
TIPOS: Rx (MSD - [illegible])
RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:
1° [illegible]
2° e Sintomáticos
3°
4°
5°
6°
7°
8°
9°
10°
11°
12°
13°
14°
15°
16°
17°
18°
19°
20°

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- [ ] 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- [ ] 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- [ ] 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- [ ] 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- [ ] 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- [ ] 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- [ ] 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- [ ] 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- [ ] 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- [ ] 1 - PRESCRIÇÃO
- [ ] 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0301010072	22	52	70	52

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSITENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE OU POLEGAR DIREITO RESPONSÁVEL

Gezélia F. de Almeida

POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO - CARIMBO

Tatiana Alves da Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA,

RG nº 918.567, data de expedição 28/03/08, Órgão SSP/PB,

CPF nº 719.728.974-20, 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)	SITIO MANICOBA
Número	S/N
Apto / Complemento	—
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	POMBAL
Estado	PARAIBA
CEP	58.840-000
Telefone de Contato	(85)99974 6322 (83)981488766
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB, 19.10.2017

Assinatura do Declarante: José Clementino de Almeida

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Documento emitido em nome do consumidor

Nº 000.222.558

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Av. 770, Km 75 - Distrito Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-840

CNPJ 09.095.183 / 0001-48 Insc.Est. 16.015.673-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO MOURA DE QUEIROGA
S/T MANICOBA S/N
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1576756-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2017	06/10/2017	181	16/10/2017	R$ 65,87

Acesse: www.energisa.com.br

energisa

FRANCISCO MOURA DE QUEIROGA
Roteiro: 03-227-219-5240
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 05/10/2017

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/10/2017	R$ 65,87	15/6756-2017- 10-0

FRANCISCO MOURA DE QUEIROGA

Referência Ago/2017

Emissão 09/08/2017

Código para débito Automático: 00019 [illegible]

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2017	09/08/2017	06/09/2017	49933450468

UC (Unidade Consumidora): 5/1576756-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Demonstrativo

Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Faturado (R$)	ICMS (R$)	PIS/COFINS (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)
0805	Consumo em kWh	145,000 0,321860	45,07	0,10	0	0,00	45,07	0,43
0804	Adic B Amarelo		2,13	0,00	0	0,00	7,18	0,07
0821	Adic B Vermelho		1,23	0,00	0	0,00	4,14	0,04
0810	Subsídio		18,22	0,00	0	0,00	18,22	0,18
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	TOTAL		49,48	0,00	[illegible]	37,55	[illegible]	[illegible]

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
140	16/08/2017	R$ 49,48

Histórico de Consumo (kWh)

Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16	Ago/16
98	118	117	55	130	206	159	222	120	140	172	101

116a.afcc.1760.5093.1d23.2d8a.1836.e043.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	11,30	2,12		
DIC TRIMESTRAL	22,61		NOMINAL	220
DIC ANUAL	45,29			
FIC MENSAL	7,74	1,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	15,49		LIMITE INFERIOR	202
FIC ANUAL	30,98		LIMITE SUPERIOR	231
DMIC	8,19	2,12		
DIC	15,17			

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Qualidade Energia PF2	16,49	33,33
Compra de Energia	22,24	44,93
Serviços Compartilhados	1,13	2,28
Encargos Deleg.	5,94	12,00
Impostos Outros e Encargos	3,68	7,44
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	49,48	100,00

Preço de EUSD (R$) 6/2017 R$ 19,15

ATENÇÃO

Faturas em atraso.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA**, RG nº 2684062, data de expedição 03/08/1999, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044.189.344-99, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua João Trigueiro Rocha, nº 838, Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA**, cujo o condutor era **JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA.**

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Ano: 2015

Placa: OEU 7412/PB

Chassi: 9C2JC4820FR548320

Data do Acidente: 27/07/2015

Local e Data: POMBAL-PB, 19 / 10 /2017

Joselia Fernandes de Almeida

Assinatura do Declarante

José Clementino de Almeida

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

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
Not.: JUANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA.
Em testemunho _____ da verdade. Dou fé Pombal-Paraíba, dezenove de outubro de dois mil e dezesseis.
SR16258 Selo Digital de fiscalização Tipo Normal S-AFY63483-3N72
Confira os dados do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br
EMOLUM R$ 1,08 / ANDEP R$ 0,27 FETJ R$ 0,00
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

2º TABELIONATO DE REGISTRO DE TÍTULOS DOCUMENTOS NOTAS E PROTESTO POMBAL-PB
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

Ortopedista
10:52hs

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 0007[illegible] [illegible] 08.778.768/[illegible]

[ ] AZUL [X] VERDE [ ] AMARELA [ ] LARANJA [ ] VERMELHA

ENFERMARIA: LEITO:

PACIENTE:
NOME: José Clementino de Almeida
COR: DATA DE NASCIMENTO: 15/08/62 IDADE: 52 SEXO: M
NOME DA MÃE: Edite de Souza Nascimento PROFISSÃO: Agricultor
CARTÃO DO SUS: 702 3089 3189 9020 RG/CNH:
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Sítio Monicobu
ESTADO: PB CEP: 58.840.000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 2512101 DATA DE ATEND.: 27/07/15

SINAIS VITAIS:
PA: 120x80 mmHg SPO: FC: T: HGT:
T: PESO: GESTANTE: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, SEMANAS:
QUEIXAS: trauma com suspeita de fratura
MEDICAÇÃO EM USO: Ibuprofeno
ALÉRGICO: ( ) SIM (X) NÃO SE SIM, AO QUE:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:
[illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:
TIPOS: Nº [illegible]
RESULTADOS:

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:
1° [illegible]
2° [illegible]
3° [illegible]
4°
5°
6°
7°
8°
9°
10°
11°
12°
13°
14°
15°
16°
17°
18°
19°
20°

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HRP

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que José Eliezino de Araújo

portador(a) do RG _____, foi submetido(a) à consulta médica nesta data, no horário das 17:00 horas, sendo portador da infecção CID-10 S82.3.

Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 02 de Agosto de 2015.

CRM PB 2229

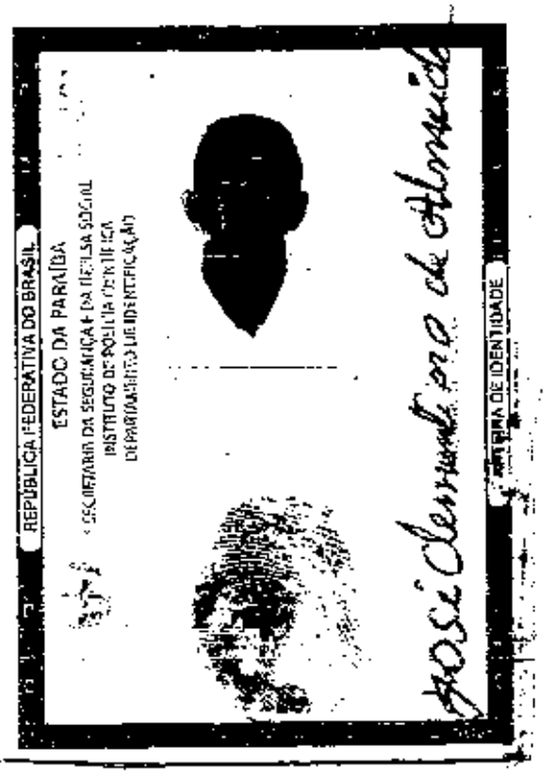
Assinatura e Carimbo do Médico

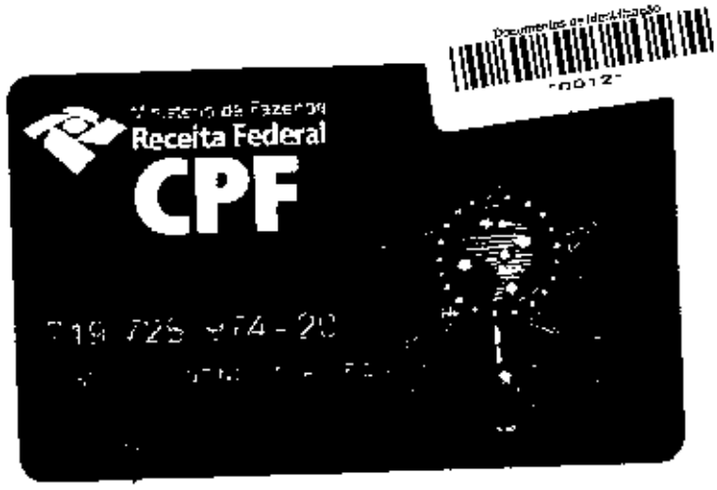
AUTORIZAÇÃO

Eu, José Eliezino, autorizo o Dr. Fernando Jorge, a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

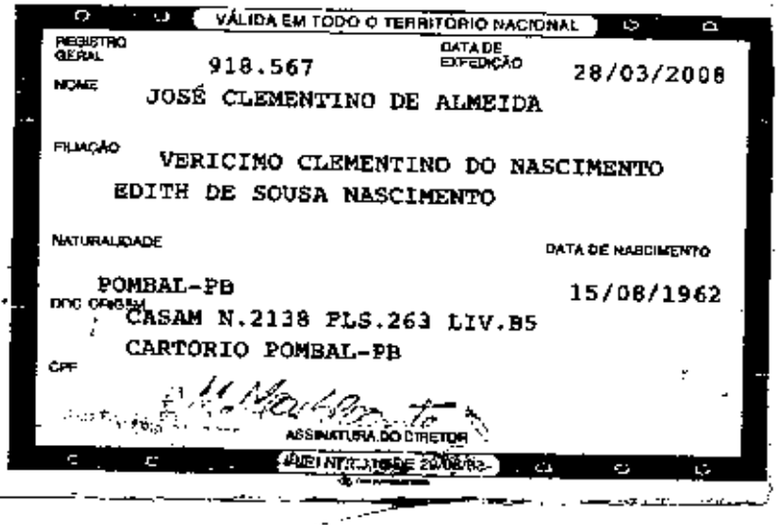
Otélia Fernandes de Almeida

Assinatura do paciente ou Responsável





CPF: 719.728.974-20



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 918.567

DATA DE EXPEDIÇÃO 28/03/2008

NOME JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA

FILIAÇÃO VERICIMO CLEMENTINO DO NASCIMENTO
EDITH DE SOUSA NASCIMENTO

NATURALIDADE POMBAL-PB

DATA DE NASCIMENTO 15/08/1962

DOC ORIGEM CASAM N.2138 FLS.263 LIV.B5
CARTORIO POMBAL-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

IDENTIFICAÇÃO DE 20/08/82

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 01137448036-1
PRT 2015090001591-6

VIA	CÓD SENASA	SIRTINC	EXERCÍCIO
1	0104131639-6	00/00000000	2015

NOME: JOSELIA FERNANDES DE ALMEIDA

CPF/CNPJ	PLACA
04418934499	OSU7412/PB

MARCA/MODELO	PLACA ANTERIOR
NOVO PB	9C2JC4820FR548320

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTONETA/NÃO APLIC	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 125 ES	2015	2015

CILINDRADA	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA

IPVA — COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM 09/03/2015 — VENC. COTA ÚNICA: — VENC./COTAS: 1º 2º 3º
CÓD. IPVA: ******* — PARCELAMENTO/CÓD.: 0

PREMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PREÇO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO	P A G O	09/03/2015

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
0

POMBAL-PB 36994 — 16/03/2015
2011

DENATRAN — CONTRAN

PB Nº 011374480384 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2015	16/03/2015

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	04418934499	OSU7412/PB

CÓD. RENAVAM	MARCA/MODELO
01041316396	HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB.	COR	CHASSI
2015	9	9C2JC4820FR548320

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENA (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO: [S] À VISTA [ ] PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO: 09/03/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
2011-1328449-20150316

ABR-2014

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

der dos
DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434205/17
Vítima: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA
CPF: 719.728.974-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/07/2015
Titular do CPF: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA : 719.728.974-20
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 07/11/2017 Nome: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA CPF/CNPJ: 719.728.974-20	Data do cadastramento: 09/11/2017 Nome: YVE PARREIRA DA SILVA CPF: 021.475.857-50
JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA	YVE PARREIRA DA SILVA

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 719.728.974-80

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSÉ CLEMENTINO DE ALMEIDA

ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO MANICOBA

Nº S/N COMPLEMENTO — BAIRRO ZONA RURAL

CIDADE POMBAL UF PB CEP 58.840-000

E-MAIL — TELEFONE (83) 999796322

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**,

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE 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 _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170600209 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLEMENTINO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 27/07/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Não definido

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Apresentar prontuário de internação hospitalar com descrição do tratamento realizado

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: