

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2015

Carta nº: 8217628

A/C: JOSIVALDO LUIZ DA SILVA

Sinistro: 3150950830
Vitima: JOSIVALDO LUIZ DA SILVA
Data Acidente: 05/05/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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





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, 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, João Valdo Luiz da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2211732 EXPEDIDO POR SSP PB EM 28.07.99 E
 CPF 031699464-20 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO agente
 E RENDA MENSAL DE R\$ 60000 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Valdo Luiz da Silva 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta, pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FACIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se **não** for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta **não pertencente** à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0037 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 198704-7

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.

João Pessoa 28 de Setembro de 2015 x João Valdo Luiz da Silva
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.

ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1914 - SANTA RITA, PB

DATA: 17/09/2015

HORA: 10:59:00

TERMINAL: 1007

NSU: 000356

AUT: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTAS: 003/313/00148704-7

NOME: JOSIVALDO LUIZ DA SILVA

SALDO DISPONIVEL:

SALDO BLOQUEADO:

SALDO TOTAL:

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via do Cliente

ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 2688 /2015, na mesma continha o seguinte teor: **Aos dois dias do mês de setembro do ano de dois mil e quinze**, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Francisco de Assis Araújo**, as **18:30** horas, compareceu o Sr. **Josivaldo Luiz da Silva**, brasileira, natural de Santa Rita - PB, portador da cédula de identidade nº 2 211 732 SEDS/PB, filho de Sebastião Luiz da Silva e de Maria de Lourdes Luiz da Silva, residente à (na) Fazenda Pitombeira s/n, nesta cidade, o qual notificou que, na tarde do dia 05 de maio do ano fluente, por volta das 15:00 horas aproximadamente, quando conduzia a moto **Honda CG 125 FAN** de placa **NPW 4311/PB** na avenida acesso Oeste, bairro Ilha do Bispo em João Pessoa/PB, foi surpreendido por um veículo de placas e Condutor não identificado que freou bruscamente em sua frente e, ao livrar-se deste, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas em mangabeira com várias lesões pelo corpo, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé.** Everaldo Martins da Costa, E s c r i v ã o q u e

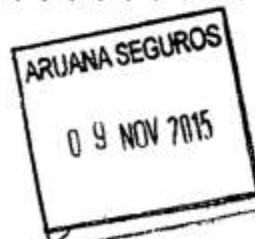
Digitado

Santa Rita, 02 de setembro de 2015.

O ORIGINAL

B. O. CONFERE COM.

Josivaldo Luiz da Silva



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

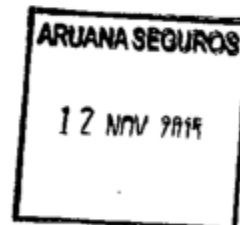
Eu, Jonivaldo Luiz da Silva, portador da carteira de identidade nº 2211 732 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031 699 464, residente e domiciliado na Rua Láz Pitahueira S/N, Bairro Antelura, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Jonivaldo Luiz da Silva
Assinatura do
declarante
conforme documento de
identificação



João Pessoa, 29 de maio de 2015
Local e data

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150950830

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSIVALDO LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 05/05/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: CONTUSÃO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

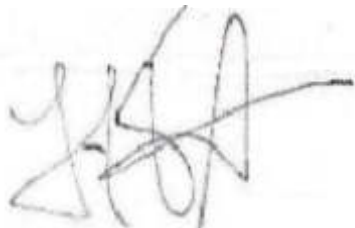
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

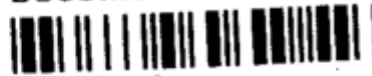
Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

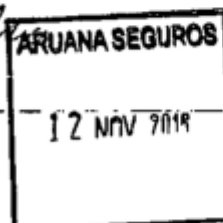
Eu, Josivaldo Luiz da Silva,
RG nº 2811.732, data de expedição 28/07/99, Órgão SSP-PB,
CPF nº 031.699.464-20, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Foz Pitombeira</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Pitombeira</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-097</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98851-4074 / 98887-2808</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 28/09/2015

Assinatura do Declarante: Josivaldo Luiz da Silva



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-mão de conta original.

Bolito para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 000.049.058



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.615.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSIVALDO LUIZ DA SILVA
FAZ PITOMBEIRA S/N
SANTA RITA

Pitombeira
58300-970

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1231607-1

REFERÊNCIA

OUT/2015

APRESENTAÇÃO

06/10/2015

VENCIMENTO

14/10/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 46,06

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOSIVALDO LUIZ DA SILVA

Roteiro: 01-009-630-2920

83640000000-3 46060054000-5 12316072015-7 10600090019-6

VENCIMENTO

14/10/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 46,06

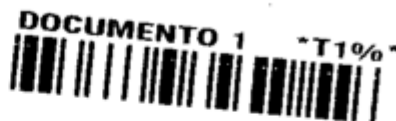
MATRÍCULA

1231607-2015- 10-6



ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

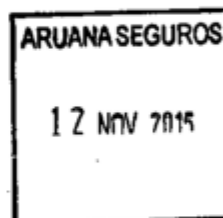
Eu, Hudson Medeiros de Oliveira Almeida,
RG nº 2615.346, data de expedição 28/02/14, Órgão Sethon-PB
CPF nº 010.621.944-89, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Agente Fiscal José Costa Duarte</u>
Número	<u>157</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58056-384</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98851-4074 / 98887-2808</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 27/10/2015

Assinatura do Declarante: Almeida



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 01 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Classe/Subclasse: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 425
Nº medidor: 0000867521

Referência: Set / 2015
Emissão: 22/09/2015

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 05 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.036.185/0001-40 - Ins. Est. 18.015.829-4

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.000.357
Código para Débito Automático: 00016982811

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

eb0f 0d08 9902 m92 bed7 cc0a cb55 766d

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1698281-1**

Set / 2015

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha em 15%, de R\$ 5,50 para R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução Homologatória ANEEL 1.945/2015, vigente a partir de 01/09/2015.

22/09/2015

Data prevista da próxima leitura

22/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
1094222445

Cálculo de consumo

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 17/09/2015 PAGAS,
OBRIGADO!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/08/15	2187	22/09/15	2450	1	273	33

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	273	0,40997	111,92
Adc. B. Vermelha			13,19
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			1,84
COFINS			7,55
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			8,95
ICMS (Base de Cálculo R\$ 179,08; Alíquota 25,00%)			44,76

Histórico de Consumo
(kWh)

Ago/15	242
Jul/15	201
Jun/15	167
Mai/15	193
Abr/15	189
Mar/15	239
Fev/15	228
Jan/15	204
Dez/14	200
Nov/14	166
Out/14	125

Média dos últimos meses
109 kWh

VENCIMENTO

29/09/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 188,01

ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015

Indicadores de Qualidade 2015 - Mangabeira

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,40	0,03	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,80		
DIC ANUAL	21,73		CONTRATADA 220
FIC MENSAL	3,40	0,50	
FIC TRIMESTRAL	6,85		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	12,70		
CMC	3,11	0,00	
DICI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	49,42	26,28
Compra de Energia	60,48	32,17
Geração de Transmissão	4,16	2,22
Encargos Sociais	11,03	5,87
Impostos, Oribos e Encargos	82,90	43,98
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	188,01	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 7/2015) R\$ 43,25

ATENÇÃO

Regulamento Vigência: 28/08/15-Res. ANEEL nº 1.838-Baixa Tensão 10,51% Médio
Regulamento Vigência: 28/08/15-Res. ANEEL nº 1.838-Alta Tensão 11,47% Médio
- Leitura confirmada

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 Hudson Medeiros de Oliveira Almeida, portador(a) do

RG nº 2615346, expedido por SSP - PB, em

28/02/2014, CPF/CNPJ nº 010.621.944-89,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Yosivaldo

Luiz da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidadez

da vítima Yosivaldo Luiz da Silva, e conforme

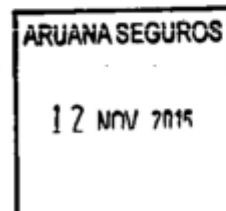
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresario Renda Mensal: R\$ Revan

Documentos comprobatórios: _____

A Almeida

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





CERTIDÃO

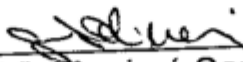
Nº. 1603/2015

Atendendo solicitação de ANDERSON LOPES 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 nº 756554 pertencente a **JOSIVALDO LUIZ DA SILVA** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 05/05/2015 às 16H36min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e imobilizado.

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

João Pessoa, 08 de Junho de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

FAX: (83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 756654

Atd: Nao Regula

Data: 05/05/2015

Hora: 16:36:18

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIVALDO LUIS DA SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 93951896

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/03/1978 Id: 37 ano(s)

End.: FAZENDA PINTOBEIRA,

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: SEBASTIAO LUIZ DA SILVA

Mae: MARIA DE LOURDES SEBASTIAO

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSIVALDO LUIS DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 93951896 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.05.000410

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO COM MOTO EM BAYEUX AS 15:20

Vitima de violencia por: COND.MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO, SUSPEITA DE FRATURA DE TIBIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de queda de moto, com caputo. Queixou-se de dor em tornozelo (D) com dificuldade de movimentar. Tórax e abdome sem alterações. Rx de Tx normal.

Diagnostico

Conduta

Alte de urgencia geral

Rabo x
Análises de ortopedic

Prescrição

Horario da medicacao

[Handwritten signature]
Assinatura do Médico
Data: 05/05/2015



Dr. Carlos Augusto S. Rave
R. do Toroso 100, Falt. 100
Bairro Boa Vista, Acropolis 22

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dr. Carlos Augusto S. Rave
083 006973
Hospital Unimed JP

Dr. Carlos Augusto S. Rave

Inspirar

2000

2000

2000 5 90.0 - 1000

Dr. Carlos Augusto S. Rave
Medico
083 006973

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

le	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

OCEDIMENTO REALIZADO

BO 206 200

STINO DO PACIENTE

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



Assinatura do Paciente/Responsavel

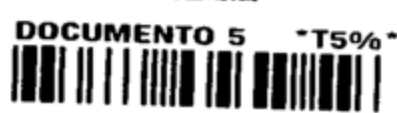
Assinatura e Carimbo do Medico

030006006



RG: 22 11732

Josivaldo Luiz da Silva



DOCUMENTO 3 "T3%"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTeira NACIONAL DE HABILITACÃO	
NOME HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA	
DOC. DIRREND. / OUT. PASSAD. Nº 2615346 839 PB	
CN 010.621.944-89 DATA NASCIMEN 08/02/1983	
RELAÇÃO JESUALDO ELOI DE ALMEIDA ROSICLEIDE MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA	
PERMISSÃO ACC CATEGORIA AD	
Nº PASSAD. VALIDEZ 1ª HABILITAÇÃO 01777916204 26/02/2019 09/05/2001	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 894237237	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Almeida</i>	
ASSINATURA DO SUPLENTE <i>Rodolfo Carneiro</i>	
LOCAL DATA PASSAD. JOAO PESSOA, PB 28/02/2014	
04104913622 PB020196023	
DETRAN - PB (PARAIBA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
PROIBIDA PLASTIFICAR 894237237	

ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015

1. The first part of the document is a header section containing the following information:

- 1. The first part of the document is a header section containing the following information:

CONTRAIN

DENATRAM

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU INAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011754983078 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT - 11-1/P
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 25/03/20

03159946420 NPK4312/P

03090006R17 HONDA/CG 125-250 cc 4T 1000 cc

9CZJC1-16DR110223

PREMIO TARIFARIO

VEICULO TRANSITO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO RENE (R\$)

SEGURO

PARCELA DO

COTA UNICA

PARCELA DO

2015 25/03/20

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.688/0001-04

www.seguradoralider.com.br

10350-1035294-20150325

ARUANA SEGUROS

12. NOV 71

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: Joivaldo Luiz da Silva, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão Agricultor, RG nº
2211.732, CPF/MF nº 031.699.464-20, residente e domiciliado(a)
à Rua Faz Pite mbeira, SIN, Cidade de
Santa Rita, Estado Paraíba, CEP:
58300-097, telefone 98717-7343, 98851-4074.

OUTORGADO: Hudson Medeiros de Oliveira Almeida,
CPF sob o n.º 010.621.944-89, e RG sob o n.º 2615346 com endereço
na Rua: Agente Fiscal Costa Duarte,157 Bairro : Mangabeira na cidade de
João Pessoa Estado da Paraíba.

PODERES: O **OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para:
Reclamar junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização
por invalidez permanente/Morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de
Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de únicos
herdeiros, bem como qualquer documento/formulário inerente ao pedido de
indenização, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento
do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar
documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras
conveniadas e a Susep.

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



João Pessoa, 20 de Outubro 2015



Joivaldo Luiz da Silva
OUTORGANTE

