
Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2015

Carta n°: 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



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, José Valdo Leijão da Silveira, PORTADOR(A) DO RG Nº 2211 730, EXPEDIDO POR SSP PB, EM 28/07/99 E CPF 031 699 91619-20 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor. E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Valdo Leijão da Silveira. 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 FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Quaisquer 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 Lider-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 104 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.

José Pessoa 28 de setembro de 2015 x-zevaldo leijão da silveira
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 0800-0281204.

12 NOV 2015

ARUANA SEGUROS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1914 - SANTA RITA, PB

DATA: 17/09/2015

HORA: 10:59:00

TERMINAL: 1007

NSU: 000356

ALT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIAS/CONTAS: 003/213/00146704-7
NOME: JOSIVALDO CUTZ DA SILVA

SALDO DISPONIVEL:

SALDO BLOQUEADO:

SALDO TOTAL:

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101

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**



C E R T I D Ã O

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**, Escrivão que

Digitei.....

Santa Rita, 02 de setembro de 2015.

O ORIGINAL

B. O. CONFERE CON

Josivaldo Luiz da Silva





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

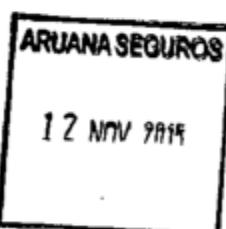
Eu, Josivaldo Luviz da Silva, portador da carteira de identidade nº 2211732 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031 699 464, residente e domiciliado na Rua das Pitangueira S/N, Bairro Pintolima, Cidade Santa Rita, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo 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.

Josivaldo Luviz 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

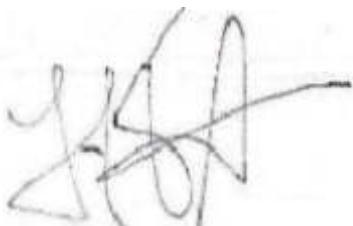
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

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 2211.732, data de expedição 28/07/99, Órgão SSP-PB

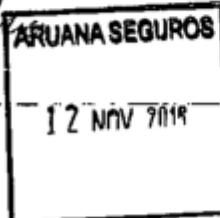
CPF nº 031.699.464-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Foz Piabuia</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Piabuia</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58300-097</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 8851-4074 / 9 8887-2808</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-via de conta original.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica N° 000.049.058



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.005.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

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

DETALQUE AQUI

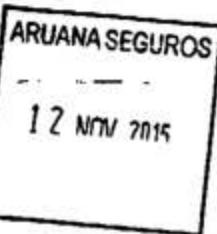
JOSIVALDO LUIZ DA SILVA

Roteiro: 01-009-630-2920

83840000000-3 46060054000-5 12316072015-7 10600090019-6



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
14/10/2015	R\$ 46,06	1231607-2015-10-6





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

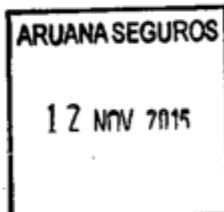
Eu, Hudson Nederes de Oliveira Almeida,
RG nº 2615.346, data de expedição 28/02/14, Órgão Detran-PB
CPF nº 010.621.944-89, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo,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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Agente Fiscal José Bento Brum</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: Hudson Almeida



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

Classe/Subcls: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 12 - 5 - 292 - 426 Referência: Set/2015
NP medidor: 00008887521 Emissão: 22/09/2015

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br200, Km 15 - Cidade Redenção - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.180.000/0001-40 - Insc Est: 16.015.829-4
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N0000902-357
Código para Débito Automático: 0001898211

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

eb0f 0d88 9802 ff62 bed7 cc0a cb55 766d

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

Set / 2015

Canal de contato

Redução do valor da bandeira vermelha em 18%, de R\$ 5,50 para R\$ 4,50 a cada 100 kWh consumidos conforme Resolução Horizonte ANEEL 1.945/2015, vigente a partir de 01/09/2015.

Apresentação

22/09/2015

Data prevista da
próxima leitura

22/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

1094222445

Cálculo de consumo

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura		

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 17/08/2015 PAGAS.
OBIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	273	0,40997	111,92
Avec. B. Vermelha			13,19

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	1,84
COFINS	7,55
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA	0,05
ICMS (Base de Cálculo R\$ 179,08; Alíquota 25,00%)	44,75

**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

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses
188 kWh

29/09/2015

R\$ 188,01

ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015

Indicadores de Qualidade

2015 - Mangabeira

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,40	0,03	
DIC TRIMESTRAL	10,86	NOMINAL	236
DIC ANUAL	21,73		
FIC MENSAL	3,40	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	6,95		LIMITE INFERIOR: 201
FIC ANUAL	12,70		LIMITE SUPERIOR: 231
DMC	3,11	0,00	
DICR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/F0	49,42	26,26
Compra da Energia	60,48	32,17
Serviço de Transporte	4,16	2,22
Encargos Sociais	11,03	5,87
Impostos Diretos e Encargos	82,90	33,48
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	188,01	100,00

Valor do encargo da Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 7/2015) R\$ 49,35

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência: 26/08/15-Res. ANEEL nº 1 838-Baixa Tensão 10,51% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência: 28/09/15-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.

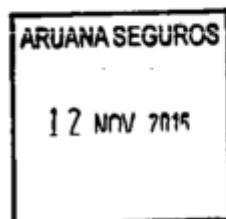
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Hudson Nederos 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 Louiz da Silveira, do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade da vítima Yosivaldo Louiz da Silveira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Comprador Renda Mensal: R\$ Reais

Documentos comprobatórios: _____

Hudson Nederos de Oliveira Almeida
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DOCUMENTO 4 **T4%**

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 Tarcisio 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 immobilizado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data 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

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.05.000410

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

7-5-15

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violência por: COND.MOTO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado
Queixa Principal		[] Vomito
		Observacao

COLISAO CARRO X MOTO, SUSPEITA DE FRATURA DE
TIBIA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vitima de queda de mot, com capacete. Quase-se
de bateria toracica com dificuldade de respi-
mentos. Tórax e abdome sem alteração. Rx de Tórax
normal.

Diagnostico

Conduta

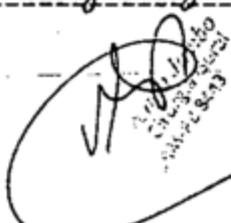
Radiograf

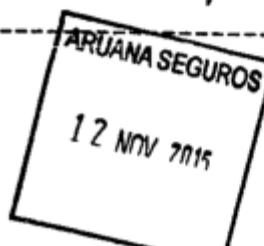
Até de cirurgia geral

Analises de ortopedic

Prescricao

Horario da medicacao





Don Torisito ⑥ & ⑦

Re do Torsion D-sh. OK. Take out
ent Bus Position, According Re

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CD: J. J. Johnson for Staff of the Bureau

... *prosthetic*

June 6 1952

Resumes for Other

885550005 90.0 - 10nm

Dr. Carlos Augusto S. Rava
023 006973
Hospital Unimed JP

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Id	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

STINO DO PACIENTE

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

ARUANA SEGUROS
12 NOV 9919
T.M.T.

Assinatura do Paciente/Responsável

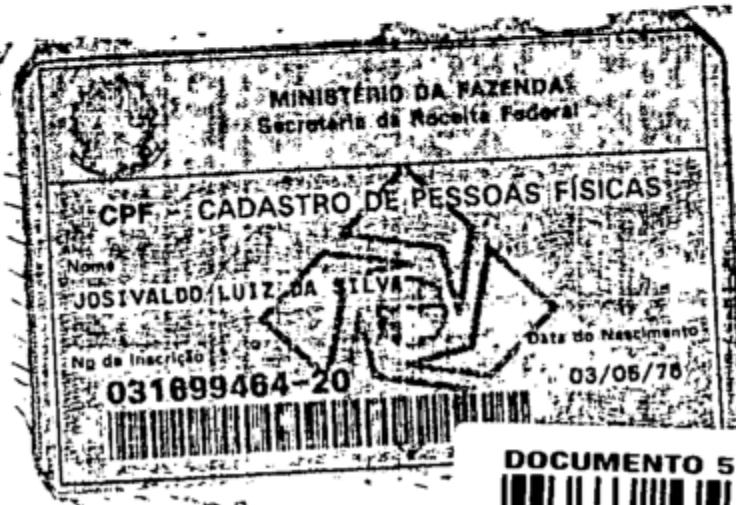
Assinatura e Carimbo do Medico

0304060061



RG: 22 11732

Josivaldo Luiz da Silva



DOCUMENTO 5 *T5%*



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Goulart Ribeiro da Silva

Líc. Nasc. Gauta Ribeiro RA. 05 Data 05/37
 Elação Sebastião Ribeiro da Silva
MG RJ Gouardo da Silva
 Doc. N° IV 3 315 05 21 01 00

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1/1/03 Doc. Ident. N° 1205103
 Exp. em 1/1/03 Estado SP
 Obs:

ARUANA SEGUROS

Administrador do Funcionário
Lauro José Alves Vieira
 Chefe de Setor da Carteira P.
 12 NOV 1918

ALTERAÇÕES DI
 (Com relação nome, es)

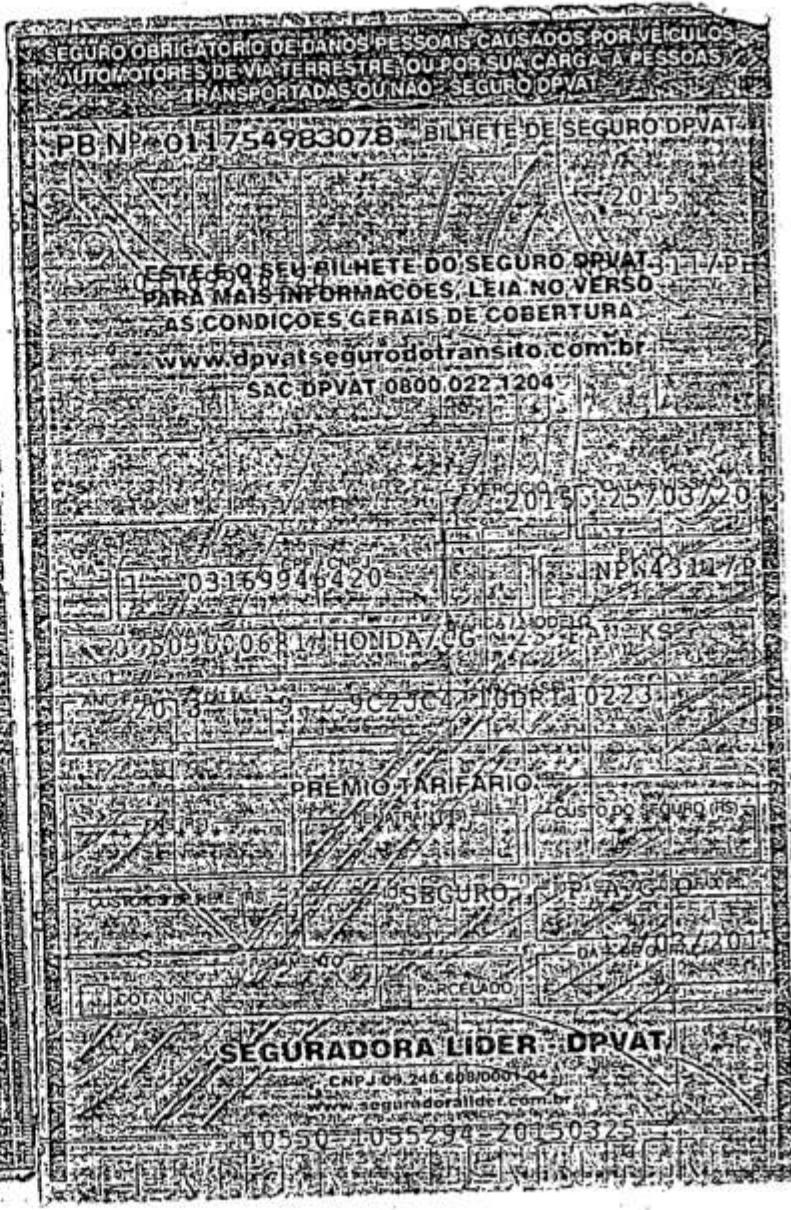
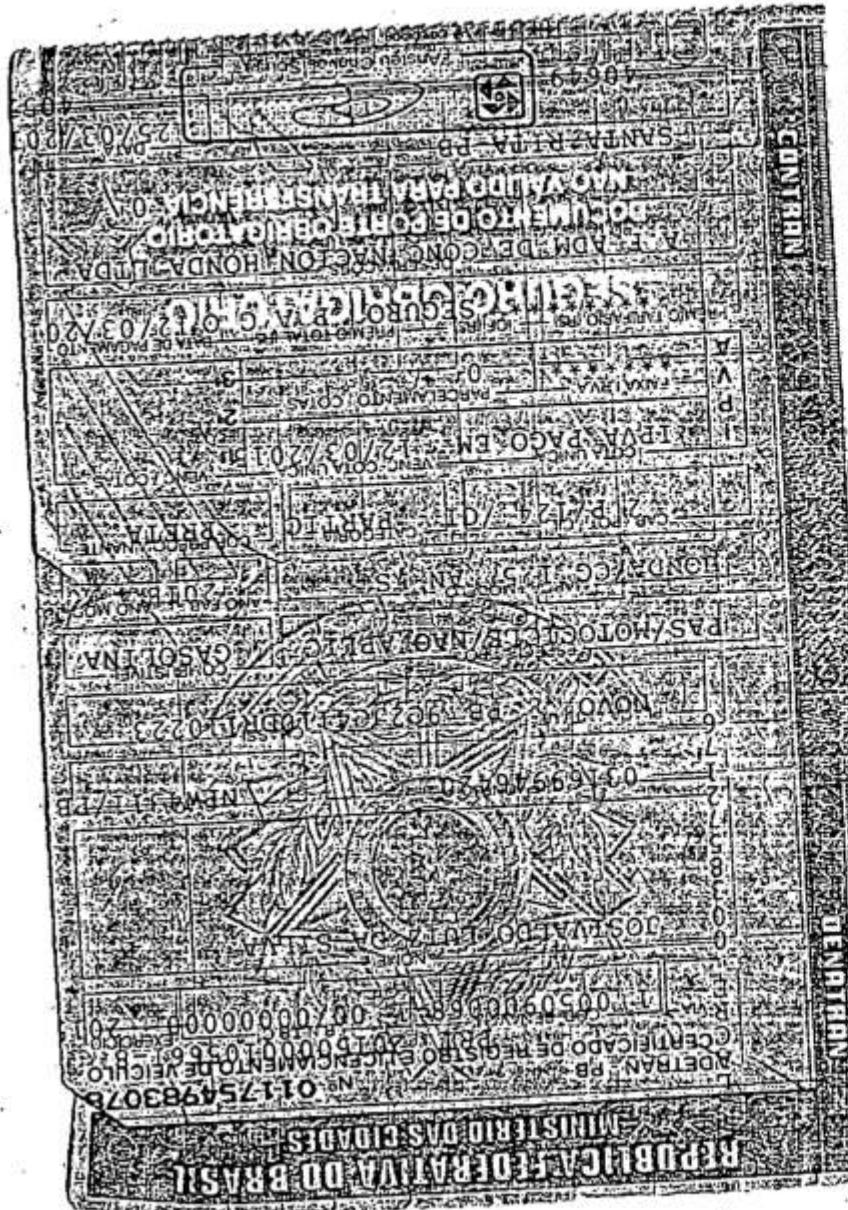
Nome.....	Nome.....
Doc.	Doc.
Est. Civil.....	Est. Civil.....
Doc.	Doc.
Est. Civil	Est. Civil
Doc.	Doc.
Doc.	Doc.
Nascimento	Nascimento

DOCUMENTO 3 "T3%"



ARUANA SEGUROS
12 NOV 2015

DOCUMENTO 6 - T60%



ARUANA SEGUROS

12 NOV 2015

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Moisalvo 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 Foz Pitimbeira, 519, Cidade de
Santa Rita, Estado Paraíba, CEP:
58300-097, telefone 98717-7343, 98851-4074.

OUTORGADO: Hudson Medeiros de Oliveira Almeida

CPF sob o nº 010.621.944-89, e RG sob o nº 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.

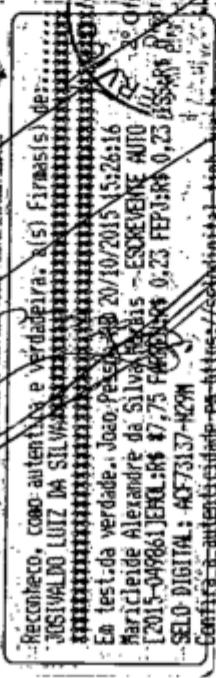
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
 documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



João Pessoa, 20 de Outubro 2015



Moisalvo Luiz da Silva
OUTORGANTE



Reconheço, como autentico e verdadeiro, o(s) Firma(s) de:
Moisalvo Luiz da Silva

Em test da verdade, João Pessoa, 20/10/2015 15:26:16
 Maricléide Alexandre da Silva Vieira
 [2015-049861]EROL Ribeiro
 SELO DIGITAL: 40573137-4299
 Confira a autenticidade em: <https://sceidigital.mtc.mt.gov.br>

