



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00140.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00140.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:08 horas do dia 23 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Andriela Herculano das Chagas**, CPF nº 093.444.354-80, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria Hozana Herculano das Chagas e Antonio Gouveia das Chagas, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/12/1991 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Nabuco Melo, Nº 51, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Ponto Final, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98549-733.

Dados do(s) Fatos:

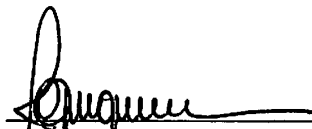
Local: Sanhaua, Estação Ferroviária, Bayeux/PB, bairro Baralho; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/09/17 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

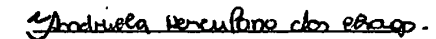
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

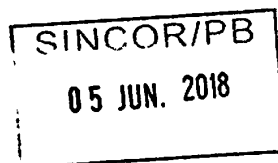
QUE no dia 13/09/2017, por volta das 22:00 horas, precisamente rua: Sanhaua, em Bayeux PB, quando o esposo da notificante Flavio Henrique Santos do Nascimento, portador do CPF: 094.600.644-00, conduzia o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2009, de cor preta, placa: MNW4791/PB, CHASSI Nº 9C2JC41109R000974, registrado em nome do esposo da notificante, acima citado; QUE ao chegar na rua Sanhaua, um veículo, modelo e marca não identificado pelo notificante, nem tão pouco o condutor do veículo que trancou a notificante e seu esposo, fazendo com que o mesmo perdesse o controle e viesse a cair no solo, onde a notificante veio a se lesionar, sendo a mesma socorrida pelo SAMU, para o hospital de Emergencial e trauma senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 29/11/2017, e assinado pelo médico Dr. José de Almeida Braga-CRM 2329/PB. Que não quer representar

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de janeiro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS
Notificante



Procedimento Policial: 00140.01.2018.1.00.420

CONFERIDO COM O ORIGINAL

1/1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS
DATA DE NASCIMENTO	28/12/91
NOME DA MÃE	MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.027.348
DATA DO ATENDIMENTO	13/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	22:35
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência e sem vômito. Relata dor em ombro direito. Abdome sem queixas. RX: fratura da clavícula direita. Imobilização em "8".

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita.

TRATAMENTO:

Imobilização em "8".

ALTA HOSPITALAR:	14/09/17
DATA DA EMISSÃO:	29/11/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

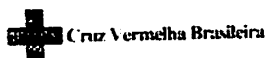
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

05 JUN. 2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1027348

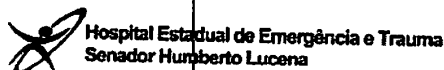


Identificação do paciente			
ID 1210064	Nome ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25 anos 8 meses 16 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS		Pai ANTONIO GOUVEIA DAS CHAGAS	Prontuário
Escolaridade		Responsável (Parentesco) BIANCA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987140957	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3526174	Nº Cns	
Local de procedência BAYEUX		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JUAZEIRINHO	CBO/R	
Endereço			
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR	
Admissão			
Data e Hora 13/09/2017 22:35:50	Número da pulseira 1000006260179	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente SAMU	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			Tempo 43seg

Imprimir

13/09/2017 22:33





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS		BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa 2017-09-14 01:58:14.0
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987140957
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS				Prontuário
Endereço PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDSON DELGADO TINOCO	Nº Cons. Regional 7142/PB	
Data/Hora Classificação 14/09/2017 01:58:25		Data/Hora Prescrição 14/09/2017 01:58:25		

Anamnese

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. APÓS IMOBILIZAÇÃO EM 8 NOTA-SE POUCA MUDANÇA EM RELAÇÃO AO RX INICIAL. ORIENTO SOBRE PROS E CONTRAS DE TRATAMENTO CONSERVADOR X CIRURGICO. PACIENTE OPTA POR TRATAMENTO CONSERVADOR, COM POSSIBILIDADE DE NECESSIDADE DE CIRURGIA APÓS ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CD: ALTA HOSPITALAR

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Em observação

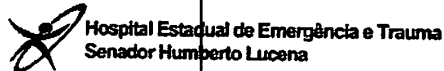
Alta Hospitalar

Usuário EDSON DELGADO TINOCO	Data e Hora 14/09/2017 01:58:14
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

EDSON DELGADO TINOCO
(7142/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS		BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987140957
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS			Prontuário	
Endereço PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO		Nº Cons. Regional 9793/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2017 22:38:19		Data/Hora Prescrição 13/09/2017 22:43:08		

Anamnese

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, REFERE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. USAVA CAPACETE NO MOMENTO DO SINISTRO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. RELATA DOR EM OMBRO DIREITO, SEM OUTRAS QUEIXAS. CONDUTA: 1- SOLICITO RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO + AVALIAÇÃO DA ORTO.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

Dr. Ernesto Diniz Neto
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB 9793

ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO
(9793/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS		BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987140957
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS				Prontuário
Endereço PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA		Nº Cons. Regional 6913/PB
Data/Hora Classificação 13/09/2017 22:38:19		Data/Hora Prescrição 13/09/2017 23:30:52		

Anamnese

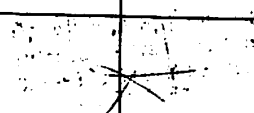
REFERE QUEDA DE MOTO HA 3H QUEIXA SE DE DOR NO OMBRO DIR NEDA DESMAIO RX FRATURA DA CLAVÍCULA DIR COM DESVIO CD IMOBILIZAÇÃO EM OITO E RX CONTROLE

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Em observação


 ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(6913/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS





Receituário Médico

AO 17.9/2018

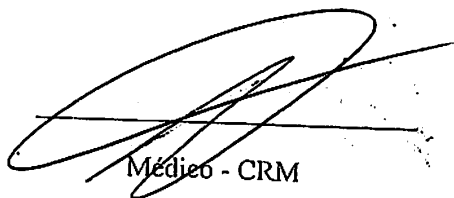
HEETSH

Paciente ANDRIELA HERCULANO
DAS CITAÇÕES apresentando fratura
da clavícula direita com
desvio e risco no seguimen-
to ambulatorial.

Solicito internamento
para realizar Osteossíntese.

C117.542.0

Data: 25/09/17


Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Andréia Herculano das Chagas
Insolência do Cor
CPF/MF: 093444354-80 RG: 3525174 SSP/PB
Endereço: Rua Nelson de Melo, 51, Marco Moura
Santa Rita - PB 58300970

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 20 de junho de 2018.

Andréia Herculano das Chagas
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder em Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200282/18
Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS
CPF: 093.444.354-80

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/09/2017
Titular do CPF: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS : 093.444.354-80
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3180257213

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2018
Nome: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS
CPF/CNPJ: 093.444.354-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Sandra Maria Accioly Pedrosa



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.236

Andriela Herculano das Chagas

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**

Assinatura: **Antonio Gouveia das Chagas**

Assinatura: **Marta Hozana Herculano das Chagas**

Local: **João Pessoa - PB**

Data de Nascimento: **28-12-1991**

Nasc. Nº: **49651-118-068-11v-A-44**

Cart. de Santa Rita - PB

Assinatura: *M. H. Herculano*

Assinatura Competitiva

COEFICIENTE DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

093.444.354-80

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

28/12/1991

RECEITA DE USO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

MAR/2008

CORREIOS

www.correios.com.br

SINCOR/PB

05 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Numero do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 093444354-80	Nome completo da vítima Andriela Herculano das Chagas
---------------------------	--------------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Andriela Herculano das Chagas	CPF titular da conta 093444354-80	Profissão sa br
Endereço R. Epitácio Machado	Número 02	Complemento
Barrio Municípios	Cidade Santa Rita	Estado PB
E-mail	CEP 53009-70	Telefone (DDD) 486816839

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NR1: 1914 DV: 99126 DV: 4 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NR1: _____ AGÊNCIA NR1: _____ DV: _____ CONTA NR1: _____ DV: _____ (Informar dígito se existir)	

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

Jos Proza 15 de abril de 2018
Local e Data

Andriela Herculano das Chagas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriela Herculano das Chagas,

RG nº 3525174 data de expedição 07/02/07 Órgão SSP (PB),

CPF nº 093444354-80, 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>R. Edigio Madunga</u>
Número	<u>02</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Municípios</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58300-000</u>
Telefone de Contato	<u>986816839</u>
E-mail	

SINCOR/PB
05 JUN. 2018

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Local e Data: 15/04/18

Assinatura do Declarante: Adriela Herculano das Chagas



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é segunda via de conta
Número para Internet: 0800 011 1111

Nº 004 322 770



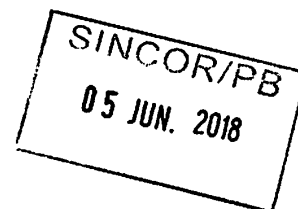
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230 - Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 - 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
FLAVIO HENRIQUE SANTOS DO NASCIMENTO RUA EGIDIO MADRUGA 02 SANTA RITA			5/1416895-9		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
MAR/2018	28/03/2018	64	05/04/2018	R\$ 52,48	



FLAVIO HENRIQUE SANTOS DO NASCIMENTO
Roteiro: 17-009-379-7480
93660000000-1 52480054000-6 14168952018-9 03300009019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
05/04/2018	R\$ 52,48	1416895-2018- 03-3



CONFERIDO COM O ORIGINAL



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Andriela Herculano das Chagas CPF da Vítima 093444354-80 Data do Acidente 13-09-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ telefone (DDD) _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

SINCOPAR
05 JUN 2018

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

Paulo Pinna 15 de set de 18
Local e Data

Andriela Herculano das Chagas
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flavio Henrique Santos do Nascimento,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão SSP, portador do CPF nº 09460064400, com

domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de PB,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Espírito Mangueira, nº 02,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vitima Andréia Heráclito dos Reis cujo o condutor era

Veículo: motociclão

Modelo: Honda CG 125

Ano: 2009

Placa: MNW4791

Chassi: 9C2JC41109

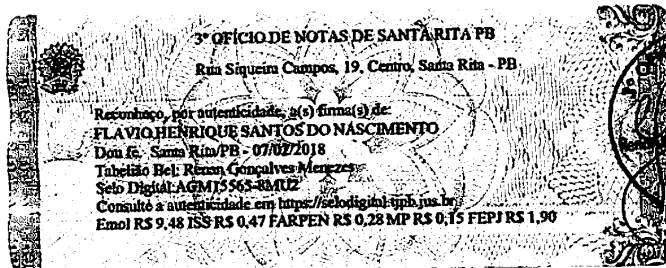
Data do Acidente: 13.09.2017 R000974

Local e Data: João Pessoa, 15.04.2017

3º OFÍCIO

Flavio Henrique Santos do Nascimento
Assinatura do Declarante

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



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
05 JUN. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012974048694
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RPT. 20160000531598 EXERCÍCIO
1 0012358800-6 00/00000000 2016

FLAVIO HENRIQUE S DO NASCIMENTO

09460064400

PLACA MNB4791/PB

PLACA ANT/UR NOVO PB 9C2JC41109R000974

VEÍCULO/VEICULO/NOVO ADIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

2 P/124 7CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 26/12/2016

FAIXA IPVA *****

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IOF (R\$)

PRÊMIO AGTAL

DATA DE PAGAMENTO 05/01/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SANTA RITA-PB

10399

DATA 14/01/2017

16331

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIT. TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APRESS. E
TRANSPORTADAS OU EM SEU SEGURO DPVAT

PB Nº 012974048694 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 2016 DATA EMISSÃO 14/01/2017

CPF / CNPJ 09460064400

PLACA MNB4791/PB

RENAVAM 00123588006

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2009

CAT. TRZ. 9

Nº CHASSI 9C2JC41109R000974

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****

DENATRAM (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO

PAGO

DATA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 05/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.898/0201-04

MURILLO DE OLIVEIRA

16331-0933257-20170114

SINCOR/PB

05 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



Nº	do	Processo:	0849065-21.2018.8.15.2001
Classe	Processual:	PROCEDIMENTO	COMUM (7)
Assuntos:			[S E G U R O]
AUTOR:	ANDRIELA	HERCULANO	DAS CHAGAS
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A			