REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Fl-063

Fabio Bernardo Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 6.109.157

DATA DE EXPEDIÇÃO: 10/10/2012

NOME: FABIO BERNARDO FERREIRA

FILIAÇÃO: OSMAR FERREIRA DA SILVA
MARINELIA BERNARDO FERREIRA

NATURALIDADE: PILAR-PB

DATA DE NASCIMENTO: 09/10/1993

DOC. CIDADÃO: NASC N.12296 FLS 207 LIV A13
CARTORIO PILAR PB

CPF: 114.634.994-15

PERMISSÃO:

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 22/08/83

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15 FEV 2013

VÁLIDO

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEÍCULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R$ _____

NOME DO COMPRADOR: [illegible]

RG: [illegible]

ENDEREÇO: [illegible]

CIDADE E DATA: Monteiro 04/03/2010

[illegible] 3/14

(ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO VENDEDOR)

OBSERVAÇÃO: O VENDEDOR DEVERÁ RESPONDER POR EVENTUAIS RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL, PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO COMPRADOR A IMEDIATA TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO VEÍCULO PARA O SEU NOME.

OBS: A TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO PODERÁ SER COMUNICADA PELO VENDEDOR, BASTANDO COPIA DESTE DOCUMENTO AO DETRAN, APÓS DEVIDAMENTE RECONHECIDO E FIRMADO.

DE ACORDO: [illegible]

(ASSINATURA DO COMPRADOR)

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO VENDEDOR CONFORME ART. 989 C.P.C.

Reconheço a (Firma s) e a Autenticidade de [illegible]

_____ dou fé.

Em test. _____ de verdade

Riachão do Poço 07 de 12 de 2009

Oficial (escrevente)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO
Riachão do Poço - Paraíba
Adalto Ferreira Constâncio
Oficial Titular
Maria Constâncio Bezerra
Escrevente

RECONHECIMENTO DE FIRMA
11 FEV 2010
RIACHÃO DO POÇO

Reconheço a(s) Firma(s) e Letras de [illegible] autenticidade de [illegible]

_____ dou Fé

Em test. _____ da verdade

Sobrado 15 de 03 de 2010

[illegible]

Selo Digital AGU 75905 NNVL

Cartório de Registro Civil e Tabelionato
Celia Maria Nunes Cabral de Santana
Escrivã Titular
Olivando Cabral de Santana Junior
Escrivão Substituto
Severina Ferreira de Oliveira
Escrevente

SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
MINISTERIO DA FAZENDA

DETRAN-PB *6408905300

CERTIFICADO DE REGISTRO

PLACA

NOME DO PROPRIETARIO/SIGLA
RUA TRINTA E TRES, 23 CASA
ALTO CINTHIRO
58280000 PARAMBU PB

V231896763 MNU0558PB

MOTOCICLETA

MOTOR

CHASSI 9C2KC1640R125616

PASSEIO/MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS 12/2008

2 P/149 /CT PARTIC VERMELHA

A.P.CONS.NACIONAL HONDA LTDA

MANAUS/AM

1 5 SEV 2018

DETRANS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josélio Francisco da Silva,

RG nº 1611996, data de expedição 22/02/94, Órgão SSP/PB,

CPF nº 005.983.204-00, 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)	Sítio Figueira
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	Zona Rural
Cidade	Pilar
Estado	Paraíba
CEP	58.338-000
Telefone de Contato	(83) 99840-9922
E-mail	—

PREFEITURA DE PILAR
15 FEV 2021
RECEBIDO

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pilar-PB, 22/10/2014

Assinatura do Declarante: Josélio Francisco da Silva

JOSELIO FRANCISCO DA SILVA

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

Conta referente a	**Apresentação**	**Data prevista da próxima leitura**	**CPF/CNPJ/RANI**
Dez / 2017	13/12/2017	11/01/2018	792824407

UC (Unidade Consumidora): 5/1542663-1

Canal de contato

Anterior **Atual** **Constante** **Consumo** **Dias**

Data Leitura Data Leitura

Demonstrativo

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO	**TOTAL A PAGAR**
20.12.2017	R$ 80,30

Histórico de Consumo (kWh)

fbe3.7191 8393.2047.[illegible]ba.e768.4412 e01a.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL **Apurado** **Limite de Tensão (V)**

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Nov/17 08.12

15 FEV 2018

ARQUIVO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSÉ ELIO FRANCISCO DA SILVA

No. de Inscrição
007928244-07

Data de Nascimento
05/06/73

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 23/11/96

BEVERINA DE SOUZA MENDES

Atendimen

Conta re

Set /

Apresi

28/0

Data prev próxima leitura

28/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 20/08/15 PAGAS
OBRIGADO!

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
20/08/15	[illegible]	20/09/15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	39

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo [illegible] kWh	[illegible]	[illegible]	4,33
[illegible]	[illegible]	[illegible]	7,39
Consumo - 191,4250 kWh-BF	[illegible]	[illegible]	6,69
Adic 3 Vermelha			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			8,90
JURO/ATUALIMULTA 05/10/15			0,21
MULTA 05/10/15			2,16
[illegible]			[illegible]

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	22
Jul/15	20
Jun/15	22
Mai/15	16
Abr/15	30
Mar/15	18
Fev/15	38
Jan/15	37
Dez/14	20
Nov/14	21
Out/14	34
Set/14	32

Media dos últimos meses
27 kWh

VENCIMENTO
05/10/2015

TOTAL A PAGAR
R$ 61,97

Indicadores de Qualidade DIC-Duração

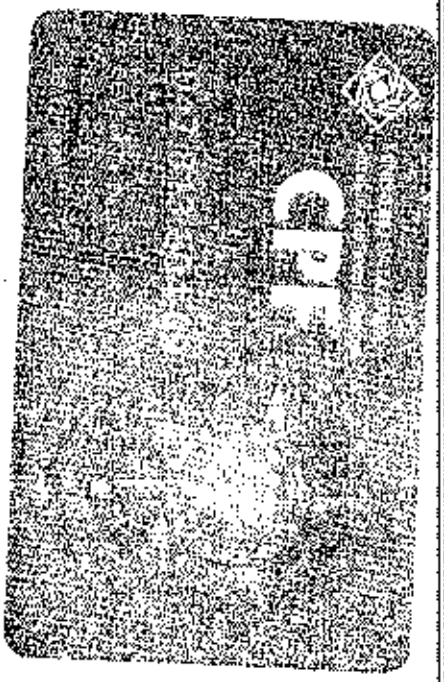
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC ANUAL	[illegible]	[illegible]	
DIC TRIMESTRAL	[illegible]		[illegible]
FIC ANUAL	[illegible]		
FIC MENSAL	[illegible]	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	[illegible]		[illegible]
FIC ANUAL	[illegible]		[illegible]
DMIC	[illegible]	0,00	
DICRI	[illegible]		

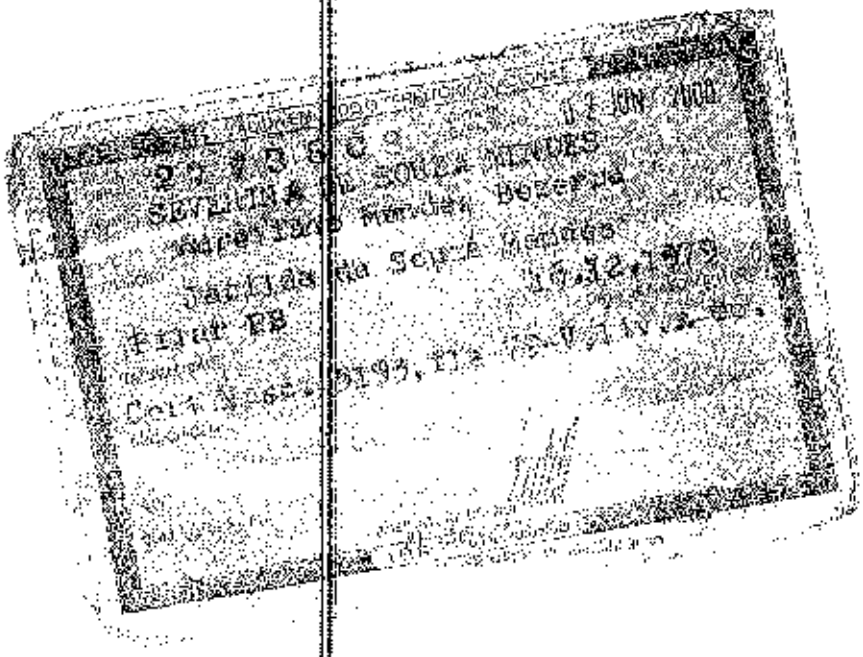
Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	61,97	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada [illegible]
Reajuste Tarifário - Vigência 25/06/15 Res. ANEEL [illegible]
Reajuste Tarifário - Vigência [illegible] Res. ANEEL [illegible]
- Leitura confirmada

CAMARA MUNICIPAL DE VEREADORES
15 FEV 2016
RECEBIDO





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Severina de Souza Mendes, brasileiro(a), estado civil: solteira Profissão: agricultora, portador(a) do RG 2773208, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 047.813.804-03, residente no(a) Rua Professor Antenor Chagas Monteiro nº s/n; bairro: Centro, município: Pilar / PB.

OUTORGADO:

Nome: Fábio Bernardo Ferreira, brasileiro(a) estado civil: solteiro Profissão: vendedor, portador(a) do RG 3.100.457, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 114.639.996-45, residente no(a) Rua Professor Antenor Chagas Monteiro nº s/n; bairro: Centro, município: Pilar / PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro 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.

Pilar - PB, 23 de outubro de 2017.
Local e Data

Fábio Bernardo Ferreira
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

SELO DIGITAL:
consulte em - http: www.tjpb.jus.br
AFW01376 - IOWJ

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em test° de verdade
Pilar
TABELIÃO

Serviço Notarial e Registral do Único Ofício
Cartório de Pilar - PB

15 SET 2018
RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Fl-063

Fabio Bernardo Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 6.109.157

DATA DE EXPEDIÇÃO: 10/10/2012

NOME: FABIO BERNARDO FERREIRA

FILIAÇÃO: OSMAR FERREIRA DA SILVA
MARINELIA BERNARDO FERREIRA

NATURALIDADE: PILAR-PB

DATA DE NASCIMENTO: 09/10/1993

DOC. CIDADÃO: NASC N.12296 FLS 207 LIV A13
CARTORIO PILAR PB

CPF: 114.634.994-15

PERMISSÃO:

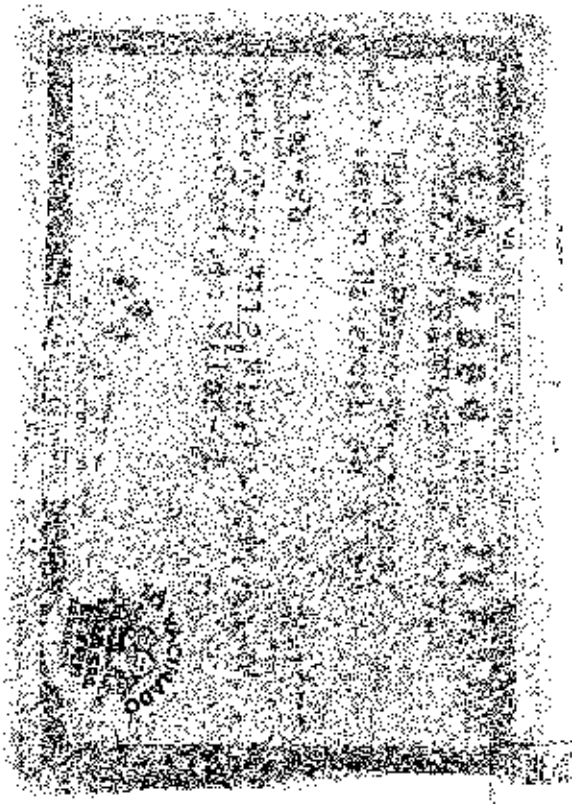
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 22/08/83

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

15 FEV 2013

VÁLIDO



15 FEV 09

RECEBIDO

VALIDO EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

Emitido em 24/11/06

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome
JUSELIO FRANCISCO DA SILVA

No de inscrição
007928244-07

Data de nascimento
05/06/72

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ LUCAS FRANCISCO DA SILVA,

RG nº 4611996, data de expedição 22/12/91, Órgão SSP/PB,

CPF nº 009.928.244-59, 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)	SÍTIO FIGUEIRA
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	PILAR
Estado	PARAÍBA
CEP	58325-000
Telefone de Contato	(83) 99964-0910
E-mail	—

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pilar PB 23/10/2019.

Assinatura do Declarante: José Lucas Francisco da Silva

Atendimento ao Cliente Energisa: 0800 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ titular
Dez / 2017	13/12/2017	11/01/2018	792824407

UC (Unidade Consumidora): 5/1542638-4

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			

Demonstrativo

Atenção Débito: VENCIMENTO 20/12/2017 TOTAL A PAGAR R$ 80,30

Referência de Consumo (kWh)

fbe0 7191 9093 204f 2bba e7b9 4b42 e01a

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Nov/17 R$ 12

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Severina de Souza Mendes, brasileiro(a), estado civil: solteira Profissão: agricultora, portador(a) do RG 2773208, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 047.813.804-03, residente no(a) Rua Professor Antenor Chagas Monteiro nº s/n; bairro: Centro, município: Pilar / PB.

OUTORGADO:

Nome: Fábio Bernardo Ferreira, brasileiro(a) estado civil: solteiro Profissão: vendedor, portador(a) do RG 3.100.457, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 114.639.996-45, residente no(a) Rua Professor Antenor Chagas Monteiro nº s/n; bairro: Centro, município: Pilar / PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro 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.

Pilar - PB, 23 de outubro de 2017.
Local e Data

Fábio Bernardo Ferreira
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

SELO DIGITAL:
consulte em - http: www.tjpb.jus.br
AFW01376 - IOWJ

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em test° de verdade
Pilar
TABELIÃO

Serviço Notarial e Registral do Único Ofício
Cartório de Pilar - PB

15 SET 2018
RECEBIDO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180170355**
Vitima: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **18/02/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIO BERNARDO FERREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180170355.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r 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, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180170355**
Vitima: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **18/02/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIO BERNARDO FERREIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180170355**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180170355**
Vitima: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **18/02/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIO BERNARDO FERREIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180170355**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180170355 **Vítima: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 18/02/2015 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FABIO BERNARDO FERREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima: [illegible]

Nome completo da vítima: [illegible]

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: [illegible]

CPF titular da conta: [illegible]

Profissão: [illegible]

Endereço: [illegible]

Número: [illegible]

Complemento:

Bairro: [illegible]

Cidade: [illegible]

Estado: [illegible]

CEP: [illegible]

Telefone (DDD):

Email:

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

- [x] 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
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[illegible]

- [ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DV (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. DV (Informar dígito se existir)

- [ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome

AGÊNCIA NRO. DV (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 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.

Pilar PB, 23 de [illegible] de 2017.

Local e Data

[illegible] — Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[illegible] — Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Conta aberta com sucesso

Titular:	ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO
Agência:	0733 - ITABAIANA DO NORTE, PB
Operação:	013 - Conta Poupança
Número da conta:	00034021 6

Senha da Conta gerada com sucesso

Seguradora LÍDER

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 Beneficiario 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").

Número do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	047.513.824-09	Edivaldo Souza do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Edivaldo Souza do Nascimento	CPF titular da conta: 047.513.824-09	Profissão: Rendeiro
Endereço: Sítio Riquinho S/N	Número: S/N	Complemento:
Bairro: Área rural	Cidade: Pilar	Estado: PB
CEP: 58338-000	Telefone (DDD): 83 9 9603-0519	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

- [x] 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
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [x] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 0733 DIV: ___ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: 24024 DIV: 6 (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: ___ NRO: ___
AGÊNCIA NRO: ___ DIV: ___ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO: ___ DIV: ___ (Informar dígito se existir)

SABEMI SEGURADORA S/A
ABR 2018
RECEBIDO

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.

Pilar/PB, 21 de Março de 2018
Local e Data

Edivaldo Souza do Nascimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Deniluzia de Souza Andrade
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORM.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

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").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima: [illegible]

Nome completo da vítima: [illegible]

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: [illegible]

CPF titular da conta: [illegible]

Profissão: [illegible]

Endereço: [illegible]

Número: [illegible]

Complemento:

Bairro: [illegible]

Cidade: [illegible]

Estado: [illegible]

CEP: [illegible]

Telefone (DDD):

Email:

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

- [x] 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
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[illegible]

- [ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
  - [ ] BRADESCO (237)
  - [ ] BANCO DO BRASIL (001)
  - [ ] ITAÚ (341)
  - [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DV (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. DV (Informar dígito se existir)

- [ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome

AGÊNCIA NRO. DV (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 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.

Pilar PB, 23 de [illegible] de 2017.

Local e Data

[illegible] — Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[illegible] — Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Conta aberta com sucesso

Titular:	ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO
Agência:	0733 - ITABAIANA DO NORTE, PB
Operação:	013 - Conta Poupança
Número da conta:	00034021 6

Senha da Conta gerada com sucesso

LIDER

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

[illegible] http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT [illegible] 0800 [illegible]

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO.

1. O formulário a ser preenchido consiste de dados pessoais com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, bem como dados sobre o período de internação. Dados incompletos e/ou inconsistentes impedem o crédito do valor da indenização.

2. Os dados pessoais [illegible] do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, deve estar regularizada, para o crédito da indenização do seguro.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 16 anos (ou não, caso o menor [illegible]). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal deverá assinar o formulário (no campo 2 - Representante Legal).

Beneficiário entre 16 a 17 anos. Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Necessário que o formulário seja preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor (no campo 1 - Assinatura do Beneficiário) e seu Representante Legal (campo 2 - Assinatura do Representante legal).

[illegible] 110375 [illegible] 393.334.834-05

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

[illegible]

[illegible] de crédito residente para o Seguradora Líder – DPVAT, [illegible]

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

[illegible]

CONTA CORRENTE [illegible]

BANCO

AGÊNCIA

CONTA

[illegible]

[illegible] o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida [illegible]

[illegible] de [illegible] de 20[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] Representante Legal

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0276/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 0276/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 6 de julho de 2016, nesta cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO ARAÚJO DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, Policial Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 9:52 , compareceu o Sr(a) **SEVERINA DE SOUZA MENDES**, brasileira, com 37 anos de idade, agricultora, nascida em 16.12.1979, natural de Pilar/PB, solteira, filha de Jacia e Souza Mendes, residente na Rua Antenor Chagas Monteiro, s/n , RG 27.73808 – 1 VIA , telefone nº (83) 986022934 / 986680519, genitora de **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO, CERTIDÃO DE NASCIMENTO** Nº 14247, FLS 94-V, Nº A-15

NOTICIOU:

Que no dia 16/02/2016, POR VOLTA das 20h00min o seu filho ELLIVELTON estava saindo de São Miguel de Taipu em direção a Pilar/PB; Que em certo momento um animal passou na frente da motocicleta que perdeu o controle; Que ELLIVELTON estava como passageiro na motocicleta; Que ELLIVELTON perdeu os sentidos e foi socorrido por terceiros que prestaram socorro; Que foi encaminhado para o Hospital e Trauma Senador Humberto Lucena; Que a noticiante apresentou o laudo médico contendo as seguintes informações: NOME DO PACIENTE: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO; PRONTUÁRIO Nº 91115; DATA DO ATENDIMENTO 16/02/2016 COM FRATURA COLETOR DE ENTRADA Nº 971519; QUE O VEÍCULO EM QUE ELLIVELTON DA CLARÍCULA MEQUERA, CONFORME ANEXO; QUE O VEÍCULO EM QUE ELLIVELTON ESTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE POSSUI OS SEGUINTES DADOS: NOME DO PROPRIETÁRIO: NELTON PEQUENO DA SILVA, MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS, COR VERMELHA, PLACA NNU0852/PB, CHASSI Nº 9C2KC0810G1125367, CONFORME ANEXO; QUE deseja com esta certidão solicitar o seguro DPVAT.
Nada mais havendo a tratar.

Cientes o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, segue a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 6 de julho de 2016, eu, Policial Civil que digitei, e assino.

Severina de Souza Mendes
ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

Noticiante

Paula da Costa Pinto
PAULA DA COSTA PINTO
Policial Civil
Mat. 192.031-3

DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
15 FEV 2018
RECEBIDO

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0276/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 0276/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 6 de julho de 2016, nesta cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO ARAÚJO DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, Policial Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 9:52 , compareceu o Sr(a) **SEVERINA DE SOUZA MENDES**, brasileira, com 37 anos de idade, agricultora, nascida em 16.12.1979, natural de Pilar/PB, solteira, filha de Jacia e Souza Mendes, residente na Rua Antenor Chagas Monteiro, s/n , RG 27.73808 – 1 VIA , telefone nº (83) 986022934 / 986680519, genitora de **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO, CERTIDÃO DE NASCIMENTO** Nº 14247, FLS 94-V, Nº A-15

NOTICIOU:

Que no dia 16/02/2016, POR VOLTA das 20h00min o seu filho ELLIVELTON estava saindo de São Miguel de Taipu em direção a Pilar/PB; Que em certo momento um animal passou na frente da motocicleta que perdeu o controle; Que ELLIVELTON estava como passageiro na motocicleta; Que ELLIVELTON perdeu os sentidos e foi socorrido por terceiros que prestaram socorro; Que foi encaminhado para o Hospital e Trauma Senador Humberto Lucena; Que a noticiante apresentou o laudo médico contendo as seguintes informações: NOME DO PACIENTE: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO; PRONTUÁRIO Nº 91115; DATA DO ATENDIMENTO 16/02/2016 COM FRATURA COLETOR DE ENTRADA Nº 971519; QUE O VEÍCULO EM QUE ELLIVELTON DA CLARÍCULA MEQUERA, CONFORME ANEXO; QUE O VEÍCULO EM QUE ELLIVELTON ESTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE POSSUI OS SEGUINTES DADOS: NOME DO PROPRIETÁRIO: NELTON PEQUENO DA SILVA, MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS, COR VERMELHA, PLACA NNU0852/PB, CHASSI Nº 9C2KC0810G1125367, CONFORME ANEXO; QUE deseja com esta certidão solicitar o seguro DPVAT.
Nada mais havendo a tratar.

Cientes o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, segue a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 6 de julho de 2016, eu, Policial Civil que digitei, e assino.

Severina de Souza Mendes
ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

Noticiante

Paula da Costa Pinto
PAULA DA COSTA PINTO
Policial Civil
Mat. 192.031-3

DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
15 FEV 2018
RECEBIDO

Seguradora **LÍDER**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221208 (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	CPF da Vítima	Data do Acidente
[illegible]	103122.634-05	18/02/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Severina de Souza Mendes	049.815.204-09
Email	**Telefone (DDD)**
–	(84) 9 9944-0092

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.

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 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, para os fins do art. [illegible] 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

15 FEV 2018

Natal/RN, 23 de outubro de 2017.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

Seguradora **LÍDER**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221208 (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	CPF da Vítima	Data do Acidente
[illegible]	103122.634-05	18/02/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Severina de Souza Mendes	049.815.204-09
Email	**Telefone (DDD)**
–	(84) 9 9944-0092

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.

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 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, para os fins do art. [illegible] 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

15 FEV 2018

Natal/RN, 23 de outubro de 2017.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Rod PEDRO GONDIM S/N - CEP: [illegible]

Relatório de Atendimento: 373515

Identificação do paciente

Prontuário: 662150	Nome: ELVELTON DE SOUZA NASCIMENTO		Sexo: Masculino
Data de nascimento: 25/02/2005	Idade: 15 anos 5 meses 7 dias	Estado civil: SOLTEIRO(A)	Raça: NÃO INFORMADA	Prontuário: 91119
Pai: SEVERINO DE SOUZA MENDES			Mãe: EDERALDO DO NASCIMENTO
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco): A MAE - MAE
			CPF:	Cartão:
Cor da Mãe: 85	Fone Mãe: 99/781568		NF Cus: 160530141660005
Nº Atendimento:	Número documento:		Tipo: MUNICIPIO	UF: PB
Naturalidade: PILAR			CPOR:
Cidade:	Nacionalidade: PILAR		

Endereço

CEP: 58306000	Município de residência: PILAR	UF: PB	Logradouro: BOA ESPERANCA
Número: 30	Complemento:		Bairro: SERVENTIA

Admissão

Data e hora da Entrada: 18/10/2015 20:53:05	Número de prontuário: 1000003910732	Convênio: SUS
Especialidade: CIRURGIAO GERAL		Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco:		Origem do paciente: AMBULANCIA
Grau de Atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Agente do acidente: MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Óbito Fetal: Não	Parto no Local: Não	Óbito Intra-Hospitalar: Não	Trauma: Sim
Meio de transporte: AMBULANCIA		Saída: Transferida: ALTO DE PILAR	

Sinais Vitais

Pa:			Temperatura:
Fc:	Fr:	Sat:	

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

15 OUT 2015

Diagnóstico:

Tempo: 03min 33seg

Atendido por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Rod PEDRO GONDIM S/N - CEP: [illegible]

Relatório de Atendimento: 373515

Identificação do paciente

Prontuário: 662150	Nome: ELVELTON DE SOUZA NASCIMENTO		Sexo: Masculino
Data de nascimento: 25/02/2005	Idade: 15 anos 5 meses 7 dias	Estado civil: SOLTEIRO(A)	Raça: NÃO INFORMADA	Prontuário: 91119
Pai: SEVERINO DE SOUZA MENDES			Mãe: EDERALDO DO NASCIMENTO
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco): A MAE - MAE
			CPF:	Cartão:
Cor da Mãe: 85	Fone Mãe: 99/781568		NF Cus: 160530141660005
Nº Atendimento:	Número documento:		Tipo: MUNICIPIO	UF: PB
Naturalidade: PILAR			CPOR:
Cidade:	Nacionalidade: PILAR		

Endereço

CEP: 58306000	Município de residência: PILAR	UF: PB	Logradouro: BOA ESPERANCA
Número: 30	Complemento:		Bairro: SERVENTIA

Admissão

Data e hora da Entrada: 18/10/2015 20:53:05	Número de prontuário: 1000003910732	Convênio: SUS
Especialidade: CIRURGIAO GERAL		Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco:		Origem do paciente: AMBULANCIA
Grau de Atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Agente do acidente: MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Óbito Fetal: Não	Parto no Local: Não	Óbito Intra-Hospitalar: Não	Trauma: Sim
Meio de transporte: AMBULANCIA		Saída: Transferida: ALTO DE PILAR	

Sinais Vitais

Pa:			Temperatura:
Fc:	Fr:	Sat:	

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Líquor [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

15 OUT 2015

Diagnóstico:

Tempo: 03min 33seg

Atendido por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

BEVERINA DE SOUZA MENDES

Atendimento: www.energisa.com.br

Conta nº 5/1632405-5

Set /

Apres

28/0

Data prevista próxima leitura

28/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATE O DIA 25/09/2015 PODEM ESTAR ATRASADAS

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
26/09/15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	112	32

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
[illegible]	32	[illegible]	4,31
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,92
Adic. Bandeira			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			9,90
JUROS DE MORA			[illegible]
MULTA			[illegible]
[illegible]			25,10

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	31
Jul/15	30
Jun/15	24
Mai/15	18
Abr/15	30
Mar/15	35
Fev/15	36
Jan/15	37
Dez/14	28
Nov/14	27
Out/14	34
Set/14	52

Média dos últimos consumos 27 kWh

VENCIMENTO 05/10/2015

TOTAL A PAGAR R$ 61,97

Indicadores de Qualidade 2015-Janeiro

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,30	[illegible]
DIC TRIMESTRAL	23,74	
DIC ANUAL	27,46	
FIC MENSAL	5,60	6,06
FIC TRIMESTRAL	7,72	
FIC ANUAL	14,45	
DMIC	3,97	[illegible]
DICRI	[illegible]	

NORMAL	[illegible]
CONTRATADO	[illegible]
LIMITE DIFERENCIADO	[illegible]
LIMITE CRÍTICO	[illegible]

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	24,55
[illegible]	1,45	1,59
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	11,48	15,15
[illegible]	0,00	0,00
Total	61,97	100,00

[illegible] Sistema de Iluminação Pública [illegible]

ATENÇÃO

- [illegible]
- Fim reajuste Tarifário - Vigência 28/09/15 [illegible]
- Reajuste Tarifário - Vigência [illegible] 2015 [illegible]
- Leitura confirmada

CARTÓRIO [illegible] 15 DEZ 2015 RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Bernardo Ferreira,

RG nº 4 109457, data de expedição 10/12/12, Órgão SSP/PB,

CPF nº 111.639.994-15, 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)	Rua Professor Antero C. Monteiro
Número	S/Nº
Apto / Complemento	-//-
Bairro	Centro
Cidade	Pilar
Estado	Paraíba
CEP	58 338-000
Telefone de Contato	(83)99944-9982
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pilar - PB, 23/10/2017

Assinatura do Declarante: Fábio Bernardo Ferreira

SEVERINA DE SOUZA MENDES
RUA PROF ANTENOR CINIRAS MONTEIRO, 591 - CENTRO
PIUI/MG CEP [illegible]

Classificação: RESIDENCIAL [illegible]
Roteiro: [illegible]
NFA adicional: [illegible]

[illegible]

Atendimento [illegible]

Site: www.cemig.com.br

[illegible] 2015
NR. [illegible]
NR. CONTA [illegible]
DATA DO PAGAMENTO [illegible]
VLR DO PAGAMENTO [illegible]
NR. AUTENTICAÇÃO [illegible]

Conta nº [illegible] 5/16932406-5

Set / [illegible] ato

Apres [illegible]

28/0 [illegible]

Data prevista da próxima leitura

28/10/2015

CPF/CNPJ/RANI
4701330130

Faturas em aberto
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 28/09/2015 PASSAM DESPRESADO

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
28/08/15	1114	28/09/15	1132	1	18	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo ativo [illegible]	30	0,14180	4,25
Consumo - [illegible]	[illegible]	[illegible]	17,35
Consumo - 101 a 220kWh/mês	98	0,37147	6,29
Adic B Vermelha			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			6,50
JUROS DE MORA CEMIG			0,01
MULTA 09/2015			0,10
Acréscimo/abatimento Cat Gb R$ [illegible]			[illegible]

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	22
Jul/15	30
Jun/15	23
Mai/15	18
Abr/15	30
Mar/15	18
Fev/15	32
Jan/15	37
Dez/14	38
Nov/14	27
Out/14	24
Set/14	22

Média dos últimos meses: 27kWh

VENCIMENTO
05/10/2015

TOTAL A PAGAR
R$ 61,97

Indicadores de Qualidade 2015 - Período

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC Mensal	5,93	0,00
DIC Trimestral	13,76	
DIC Anual	27,49	
FIC Mensal	5,60	0,00
FIC Trimestral	7,27	
FIC Anual	14,45	
DMIC	3,27	0,00
DIC RI	12,22	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220	
CONTRATADA		
LIM. INFERIOR	201	
LIM. SUPERIOR	231	

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	12,42	20,07
[illegible]	15,22	24,58
[illegible]	1,55	1,80
[illegible]	2,78	4,48
[illegible]	30,40	49,15
[illegible]	0,00	0,00
Total	61,97	100,00

[illegible] Sistema de Distribuição [illegible]

ATENÇÃO
- Disponibilize [illegible]
Reajuste Tarifário Vigência [illegible] ANEEL [illegible]
Reajuste Tarifário Vigência [illegible] ANEEL [illegible]
- Leitura confirmada

BEVERINA DE SOUZA MENDES

Atendimento: www.energisa.com.br

Conta nº 5/1632405-5

Set /

Apres

28/0

Data prevista próxima leitura

28/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATE O DIA 25/09/2015 PODEM ESTAR ATRASADAS

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
26/09/15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	112	32

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
[illegible]	32	[illegible]	4,31
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,92
Adic. Bandeira			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			9,90
JUROS DE MORA			[illegible]
MULTA			[illegible]
[illegible]			25,10

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	31
Jul/15	30
Jun/15	24
Mai/15	18
Abr/15	30
Mar/15	35
Fev/15	36
Jan/15	37
Dez/14	28
Nov/14	27
Out/14	34
Set/14	52

Média dos últimos consumos 27 kWh

VENCIMENTO 05/10/2015

TOTAL A PAGAR R$ 61,97

Indicadores de Qualidade 2015-Janeiro

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,30	[illegible]
DIC TRIMESTRAL	23,74	
DIC ANUAL	27,46	
FIC MENSAL	5,60	6,06
FIC TRIMESTRAL	7,72	
FIC ANUAL	14,45	
DMIC	3,97	[illegible]
DICRI	[illegible]	

NORMAL	[illegible]
CONTRATADO	[illegible]
LIMITE DIFERENCIADO	[illegible]
LIMITE CRÍTICO	[illegible]

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	24,55
[illegible]	1,45	1,59
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	11,48	15,15
[illegible]	0,00	0,00
Total	61,97	100,00

[illegible] Sistema de Iluminação Pública [illegible]

ATENÇÃO

- [illegible]
- Fim reajuste Tarifário - Vigência 28/09/15 [illegible]
- Reajuste Tarifário - Vigência [illegible] 2015 [illegible]
- Leitura confirmada

CARTÓRIO [illegible] 15 DEZ 2015 RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Bernardo Ferreira,

RG nº 4 109457, data de expedição 10/12/12, Órgão SSP/PB,

CPF nº 111.639.994-15, 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)	Rua Professor Antero C. Monteiro
Número	S/Nº
Apto / Complemento	-//-
Bairro	Centro
Cidade	Pilar
Estado	Paraíba
CEP	58 338-000
Telefone de Contato	(83)99944-9982
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pilar - PB, 23/10/2017

Assinatura do Declarante: Fábio Bernardo Ferreira

SEVERINA DE SOUZA MENDES
RUA PROF ANTENOR CINIRAS MONTEIRO, 591 - CENTRO
PIUI/MG CEP [illegible]

Classificação: RESIDENCIAL [illegible]
Roteiro: [illegible]
NFA adicional: [illegible]

[illegible]

Atendimento [illegible]

Site: www.cemig.com.br

[illegible] 2015
NR. [illegible]
NR. CONTA [illegible]
DATA DO PAGAMENTO [illegible]
VLR DO PAGAMENTO [illegible]
NR. AUTENTICAÇÃO [illegible]

Conta nº [illegible] 5/16932406-5

Set / [illegible] ato

Apres [illegible]

28/0 [illegible]

Data prevista da próxima leitura

28/10/2015

CPF/CNPJ/RANI
4701330130

Faturas em aberto
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 28/09/2015 PASSAM DESPRESADO

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
28/08/15	1114	28/09/15	1132	1	18	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo ativo [illegible]	30	0,14180	4,25
Consumo - [illegible]	[illegible]	[illegible]	17,35
Consumo - 101 a 220kWh/mês	98	0,37147	6,29
Adic B Vermelha			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			6,50
JUROS DE MORA CEMIG			0,01
MULTA 09/2015			0,10
Acréscimo/abatimento Cat Gb R$ [illegible]			[illegible]

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	22
Jul/15	30
Jun/15	23
Mai/15	18
Abr/15	30
Mar/15	18
Fev/15	32
Jan/15	37
Dez/14	38
Nov/14	27
Out/14	24
Set/14	22

Média dos últimos meses: 27kWh

VENCIMENTO
05/10/2015

TOTAL A PAGAR
R$ 61,97

Indicadores de Qualidade 2015 - Período

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC Mensal	5,93	0,00
DIC Trimestral	13,76	
DIC Anual	27,49	
FIC Mensal	5,60	0,00
FIC Trimestral	7,27	
FIC Anual	14,45	
DMIC	3,27	0,00
DIC RI	12,22	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220	
CONTRATADA		
LIM. INFERIOR	201	
LIM. SUPERIOR	231	

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	12,42	20,07
[illegible]	15,22	24,58
[illegible]	1,55	1,80
[illegible]	2,78	4,48
[illegible]	30,40	49,15
[illegible]	0,00	0,00
Total	61,97	100,00

[illegible] Sistema de Distribuição [illegible]

ATENÇÃO
- Disponibilize [illegible]
Reajuste Tarifário Vigência [illegible] ANEEL [illegible]
Reajuste Tarifário Vigência [illegible] ANEEL [illegible]
- Leitura confirmada

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

[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 FABIO BORGHOUD FERREIRA inscrito (a) no CPF 440.622.094-49 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDUARDO SOUZA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.422.634-65 do sinistro de DPVAT cobertura SAUDE da Vítima EDUARDO SOUZA DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.422.634-65 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
RUA PROFESSOR ANTONIO CARLOS MOREIRA	150	
Bairro	**Cidade**	**Estado** / **CEP**
CENTRO	PILAR	PB / 58.[illegible]
Email	**Telefone comercial DDD**	**Telefone celular (DDD)**
—	(83) 9[illegible]-[illegible]	—

Pilar-PB 22 de outubro de 2014

Local e Data

Fabio Borghoud Ferreira

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josélio Francisco da Silva

RG nº 1613996, data de expedição 22/02/96, Orgão SSP/PB, portador do CPF nº 022923244-04, com domicílio na cidade de Pilar-PB, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Juguna nº SN, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Elbertton S. do Nascimento cujo o condutor era Jonathan dos Santos Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: NNU 0352
Chassi: 9C2KC0810SR125364
Data do Acidente: 18/10/2015
Local e Data: Pilar-PB, 23/10/2014

Assinatura do Declarante

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

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS
15 FEV 2018
RECEBIDO

SELO DIGITAL:
consulte em - http:www.tjpb.jus.br
AFW01377 - EHSD
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em test. de verdade
Pilar
TABELIÃO

Serviço Notarial e Registral do Único Ofício - Comarca de Pilar - PB

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em test. de verdade
Pilar
TABELIÃO

SELO DIGITAL: AFW01406 - WVAB
consulte em - http:www.tjpb.jus.br

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Francisco da Silva,

RG nº 1617996, data de expedição 22/02/92, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 007023344-07, com domicílio na cidade de Pilar-PB, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Juguem, nº SN, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Edivaldo S. do Nascimento cujo o condutor era Jeronimo dos Santos Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MNU0252
Chassi: 9C2KC0810R012526
Data do Acidente: 18/02/2015
Local e Data: Pilar-PB, 23/10/2017

José Francisco da Silva
Assinatura do Declarante

Jeronimo dos Santos Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SELO DIGITAL:
consulte em: http://www.tjpb.jus.br
AFW01377 - EHSD
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de José Francisco da Silva por autenticidade. Dou fé. Em testº da verdade
Pilar 24/10/2017
TABELIÃO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de Jeronimo dos Santos Silva por autenticidade. Dou fé. Em testº da verdade
Pilar 24/10/2017
TABELIÃO

SELO DIGITAL: AFW01406 - WVAB
consulte em: http://www.tjpb.jus.br

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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	Elivelton Souza do Nascimento
DATA DE NASCIMENTO	28/02/00
NOME DA MÃE	Severina de Souza Menoes
DADOS EXTRAÍDOS	
PRONTUÁRIO N.º	91115
BOLETIM DE ENTRADA N.º	873515
DATA DO ATENDIMENTO	18/02/15
HORA DO ATENDIMENTO	20:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura da clavícula esquerda
CID 10	S-42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto,com dor em ombro esquerdo e dificuldade de movimentação do mesmo,glasgow 15 Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX fratura de clavícula E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 23/10/15
DATA DA EMISSÃO: 30/05/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3303/PB

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

SECRETARIA DE SAÚDE
15 FEV 2019
RECEBIDO

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SSF IV - Rua do Cruzeiro, 30 - Alto de Serrania
CNES: 2308812

Paciente: Elliodelton Souza do Nascimento

Endereço: Pico Catarino

Atestado:
Paciente de 17 anos de idade que em 2015 sofreu Acidente de Motocicleta onde foi internado cirurgicamente por fratura de clavícula esquerda.
Realização de osteossíntese Sutura feita com sol. Alcoolizada x cicatrização.

Dra. Sonia Espinosa Corvea
Médica da Família
Registro Union PR...

Pilar - PB 10/4/17

Médico/CRM

Dr. melhore sua letra:
uma má interpretação pode trazer prejuízos à saúde do seu paciente
Fumar faz mal a saúde

Receituário Médico

Atestado medico

Elliodelton Souza do Nascimento é portador de cicatriz hipertrófica em espaço 1/3 terço do braço direito e, Atualmente assintomático com direito liberação atividades do ombro conforme CFO. Nº 245

Data: 10/05/17

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: Elivalton de Souza N.			Registro:		
Idade:	Sexo: M.	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: 18/10/15			Data da alta: 23/10/15.		

Diagnóstico inicial: frat. clavícula.

Diagnóstico final: Idem ~~[illegible]~~ Item anterior.

Outros diagnósticos: /

Principais exames: R-X ombro.

Cirurgia realizada - data e equipe: osteossíntese frat. clavícula DR. Ricardo Barros

Terapêutica medicamentosa: Tilatil, dipirona, afolatum.

Anatomia patológica:

Infecção: sim ( ) não (X) Coleta de material: sim ( ) não (X)

Resultado bacteriologia:

Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado (X) Óbito ( )

Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

Orientações Pós Alta

Dieta: Livre.

Repouso:
relativo em casa por, _____ dias.
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.

Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Medicações para casa: Flatoe, celebrina.

Retorno:
Ao posto de saúde em 30/10/15 7:00h. **para retirada de ponto.**
Ao ambulatório HTOP **em 30 dias para revisão.**

João Pessoa: 23 de 10 de 15.

Ass. Médico / CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: Elvetton de Souza N. | Registro: | Leito:
Clínica: | Enf:
Idade: | Sexo: M | Cor:
Data da alta: 22/10/15
Data da admissão: 18/10/15
Diagnóstico inicial:
Exames laboratoriais:
Exames diagnósticos:
Exames clínicos:
Cirurgia realizada - data e equipe:
Terapêutica medicamentosa:
Anotações patológicas:
Intercorrências: Não / Coisas ao notar: Não
Resultado terapêutico:
Indicação de alta: Melhorado / Remissão / Óbito / Sem melhora
Observações de alta:

CIRURGIA GERAL S/A
15 OUT 2015
RECEBIDO

Orientações Pós Alta

Dieta: Livre
Repouso:
Retorno em data por: dias
Atividades sem esforço físico em: dias
Atividades com esforço físico em: dias
Cuidados com a ferida operatória: lavar com água e sabão duas vezes por dia se sangrar colocar compressa de gaze e fazer curativo. Retirar pontos em: Estadiamento e Hospital: Estadiamento de Emergência e Trauma Sergipe:
Medicações para casa:
Retorno
Ao posto de saúde de:
Ao ambulatório:
Retirar pontos em:
Data da próxima consulta:
Nome do médico / CRM:

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONT

[illegible]

[illegible]

[illegible]

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Fratura exposta ☐ [illegible] ☐ Laceração ☐ [illegible]

☐ Objeto encravado ☐ Ferimento [illegible] ☐ [illegible] ☐ Outros

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros [illegible] ☐ Membros [illegible] ☐ [illegible] ☐ Outros

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO PA: mmHg [illegible]

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

Avaliação das pupilas: ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible]

Sistema Respiratório: ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ Respiração [illegible] ☐ [illegible] ☐ Obstrução de vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso [illegible] ☐ [illegible] ☐ Perfusão tissular [illegible]

☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular [illegible]

☐ Palidez ☐ [illegible]

Sistema Digestório: ☐ [illegible] ☐ Uso de SNG ☐ [illegible] ☐ Dor à palpação superficial

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Dor à palpação profunda

Outros: ☐ [illegible] ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Oligúria ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ [illegible] ☐ Cardio ☐ Alergias ☐ Cirurgias

☐ [illegible] ☐ Outros Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

[illegible] CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

[illegible] ENFERMEIRO COREN:

FM-[illegible]

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

HERTSUL

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR RUI CARNEIRO

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número 00

PACIENTE: [illegible]

DATA: [illegible]

PROCEDIMENTO: [illegible]

PRONTUÁRIO: [illegible]

DATA: / /

SUS ( ) NÃO SUS

REDO NÚMERO: [illegible]

CARÁ PRONTO: [illegible]

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	MARCA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	MARCA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL [illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO [illegible]

ASSINATURA DO CONTROLADOR [illegible]

Anexo II

Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Paciente

17- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

JUSTIFICATIVA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Municipal Dr. Antonio Carneiro Arnaud

Secretaria Municipal de Emergência e Urgência
Gerência Hospitalar Unidade

ATENDIMENTO nº: [illegible]

Boletim de Atendimento: 870543

Identificação do paciente

Sexo: Masculino

Prontuário: 85470

Nome: DELVELTON DE SOUZA NASCIMENTO

Idade: 16 anos 7 meses 20 dias

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Religião: NÃO INFORMADA

Data de Nascimento: 20/02/2003

Pai: FORTUNATO DO NASCIMENTO

Mãe: SEVERINA DE SOUZA MENDES

Nacionalidade: BRASILEIRA

Naturalidade: PILAR

Cor: PARDA

Cidade Natal: PILAR

Sangue Mãe: 98778 156A

Número do documento:

CPF: 05456141350205

RG: 9082.0/PB

Nome do pai: PILAR

Email:

Endereço

CEP: 58338000

Número: SN

Município de residência: PILAR

Complemento:

UF: PB

IPS:

Logradouro: RUA ESPERANÇA

Bairro: SERVENTIA

Admissão

Data / Hora Entrada: 18/08/2015 20:50:10

Número do atendimento: 1000000319732

Unidade: CLINICA DIALIMA E LIRAN

Especialidade: CIRURGIÃO GERAL

Classificação de risco:

Modalidade de venda: AMBULANCIA

Tipo acidente: MOTO X ANIMAL

Carta de encaminhamento: URGENCIA

Acidente de trabalho: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Indicadores e Transporte

Óbito no local: NÃO

Remoção para óbito: NÃO

Transportado: SIM

Unidade de origem: AMB DE PILAR

Meio de transporte: AMBULANCIA

Sinais Vitais

PA: x

Pulso:

Temperatura:

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] ECG [ ] Ultrassonografia [ ]

Diagnóstico:

Atendido por: KYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Assinatura:

18/10/2015 20:55

Primeiro Atendimento Médico

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIA AÉREA

CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO/OXIGENAÇÃO ( ) Sem dificuldade

( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR

MOVIMENTO TORÁCICO

( ) Presente e simétrico

( ) Ausente

( ) Assimétrico

( ) Paradoxal

( ) Diminuído

( ) Ausente

FR: ___ ___ ___ ___

PTF: ___ ___ ___ ___

( ) Normal

( ) Diminuído

( ) Ausente

( ) Não

SaO_2 ___ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Palida ( ) Cianótica

( ) Pletórica ( ) Icterícia

TEMPERATURA DA PELE: ( ) Morna ( ) Quente ( ) Fria

( ) Úmida ( ) Ressecada

PULSO: ( ) Fino ( ) Ausente

AUSCULTA CARDÍACA: ( ) Reg. Ritmo ( ) Irregular ( ) Ausente

BRIGHT: ( ) Normotensoras ( ) Hipotensoras

BRUSHF: ( ) Taquicárdicas ( ) Ausente

( ) Presente ( ) Ausente

SUPRO: ( ) Sim ( ) Não

SaO2 ___ ___ ___ mmHg ___ °C

FC: ___ ___ ___ ___ bpm

PCR: ___ ___ ___ ___

SOLICITAR: ___ ___ ___ ___

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas ( ) Fotorreagentes ( ) Paralisias ( ) Déficits ( ) Anestesias

Escala de Glasgow

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (adultos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Orientado	5	Obedece a comandos	6
Ao comando verbal	3	Confuso	4	Localiza a dor	5
Ao estímulo doloroso	2	Palavras inadequadas	3	Retira à dor	4
Não reage	1	Sons inadequados	2	Resposta anormal (decorticação)	3
		Nenhuma resposta	1	Resposta anormal (descerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL					

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: [illegible] BE/Prontuário: [illegible]

Idade: [illegible] Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: Data: 22/12/[illegible]

Clínica Saúde: [illegible] EMP: LK

Cirurgia: Laparotomia exploradora [illegible]

Cirurgião: Dr. [illegible] 1º Assistente: Dr. [illegible]

2º Assistente: 3º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Tipo de anestesia: Horário início: Término:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura [illegible]	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Laparotomia exploradora [illegible]	

Achados durante Ato Cirúrgico: ( )Sim (X)Não Descrição:

Biópsia de Congelação: ( )Sim (X)Não

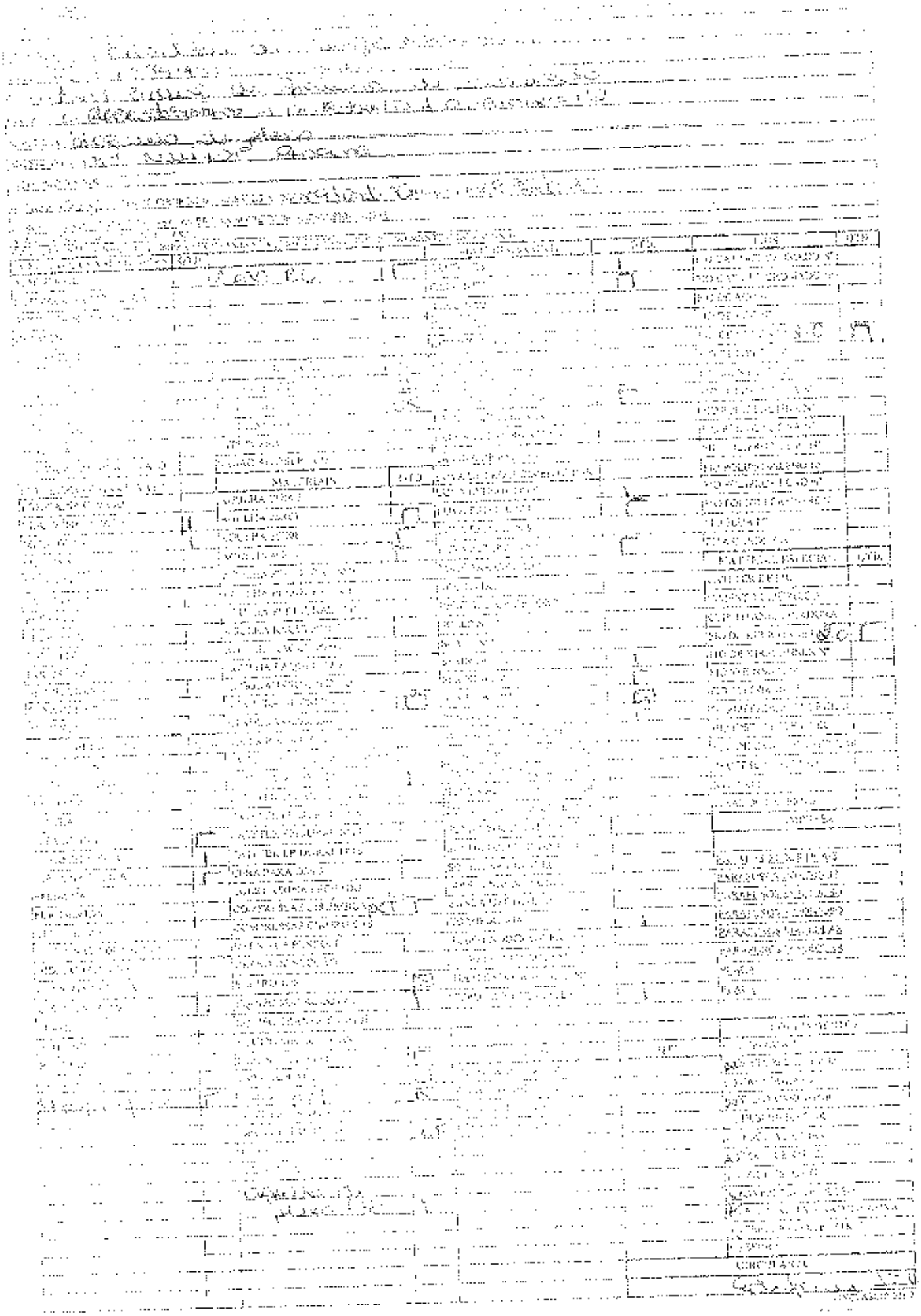
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

( )Enfermaria ( )Terapia Intensiva ( )Recuperação ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 22/12/[illegible]

Médico/CRM:

LINGLAS CR.005-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA [illegible] PRONTUÁRIO:

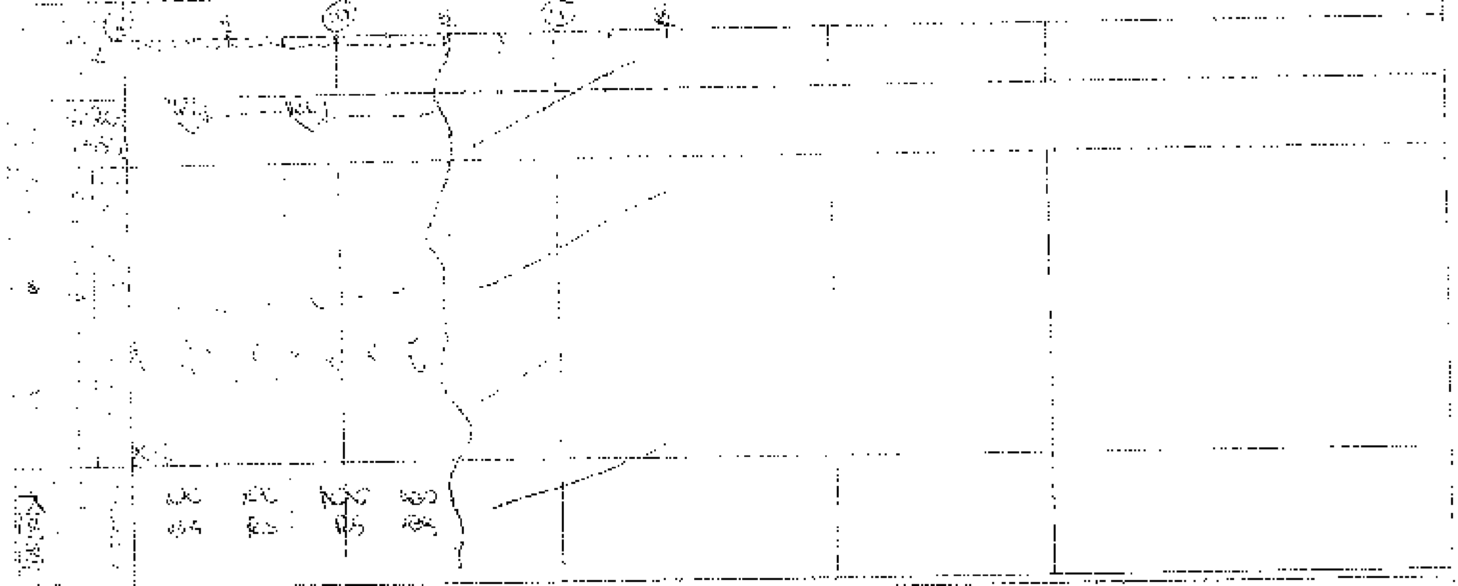
[illegible] IDADE: 15

[illegible] PULSO [illegible] GRUPO SANGUÍNEO

[illegible]

TEMPO DE ANESTESIA [illegible]

ANESTESISTA [illegible]



☐ [illegible] ☐ [illegible] ☒ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE

[illegible]

[illegible] acompanhar [illegible]

[illegible] de acompanhante [illegible] das 07:00 às 08:00hs; tarde: das 13:00 às 14:00hs; noite: das 19:00 às 20:00hs) e sobre [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

João Pessoa, [illegible]

CARLOS HUMBERTO [illegible]
ASSISTENTE SOCIAL
CRESS - 13ª REGIÃO/PB: [illegible]

Assistente Social

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE

(O(a) portador(a) deste documento está autorizado(a) a acompanhar o(a) paciente [illegible] no período deste hospital. O acompanhante foi orientado com relação [illegible] bem como os respectivos horários de início de acompanhante [illegible] manhã: das 07:00 às 08:00hs; tarde: das 13:00 às 14:00hs; noite: das 19:00 às 20:00hs) e sobre [illegible]

[illegible]

[illegible] (preencher pelo [illegible] no período [illegible])

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

João Pessoa, [illegible]

Assistente Social

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO — VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 4.045.907 — DATA DE EXPIRAÇÃO: 30/04/2012

NOME: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO: EDERALDO DO NASCIMENTO
SEVERINA DE SOUZA MENDES

NACIONALIDADE: SANTA RITA-PB — DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2000

PERMISSÃO: NASC.N.14247 FLS.947 LIV.A15 CARTORIO PILAR PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 9.503 DE 23/09/97

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2000 — N. INSCRIÇÃO: 0475 5446 1210 — ZONA: 005 — SEÇÃO: 0113

MUNICÍPIO/UF: PILAR/PB — DATA DE EMISSÃO: 6/05/2010

TÍTULO ELEITORAL

SAÚDE SEGURADORA S/A

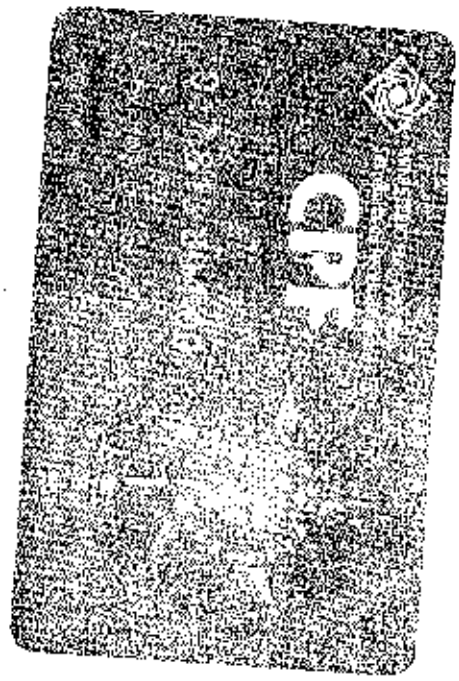
15 FEV 2013

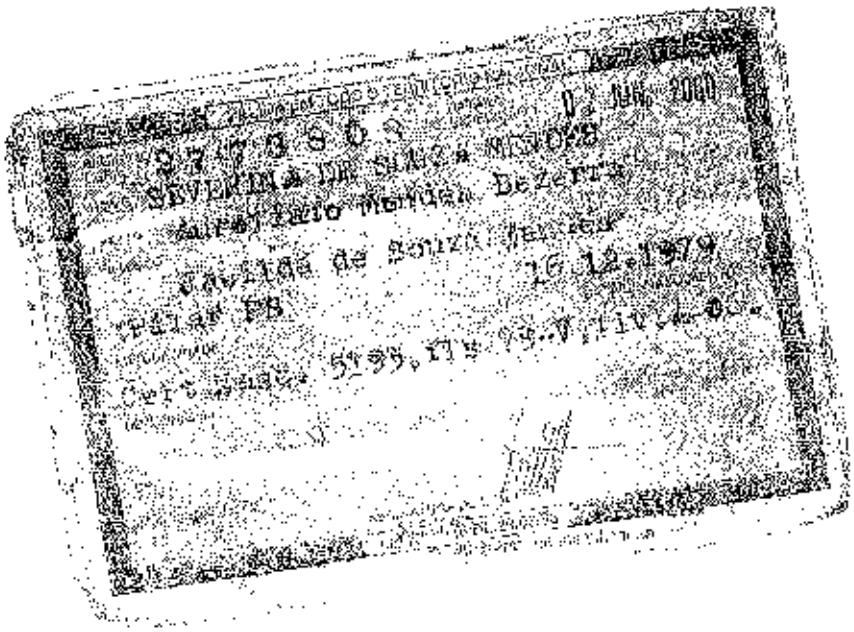
RECEBIDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CPF

047.510.8[illegible]-09





CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO — VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 4.045.907 — DATA DE EXPIRAÇÃO: 30/04/2012

NOME: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO: EDERALDO DO NASCIMENTO
SEVERINA DE SOUZA MENDES

NACIONALIDADE: SANTA RITA-PB — DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2000

PERMISSÃO: NASC.N.14247 FLS.947 LIV.A15 CARTORIO PILAR PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 9.503 DE 23/09/97

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2000 — N. INSCRIÇÃO: 0475 5446 1210 — ZONA: 005 — SEÇÃO: 0113

MUNICÍPIO/UF: PILAR/PB — DATA DE EMISSÃO: 6/05/2010

TÍTULO ELEITORAL

SAÚDE SEGURADORA S/A

15 FEV 2013

RECEBIDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CPF

047.510.8[illegible]-09