



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016

Carta nº: 9231843

A/C: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Sinistro: 3160349397 ASL-0913118/16
Vitima: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016

Carta nº: 9231844

A/C: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Sinistro: 3160349397 ASL-0913118/16
Vítima: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2016

Carta nº 9837677

a/c: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Sinistro: 3160349397 ASL-0913118/16
Vitima: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



0014

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2007586 EXPEDIDO POR SSPDS-PB EM 06/05/15 ECPF 031993524-70 / CNPJ _____, PROFISSÃO MECANICO

E RENDA MENSAL DE R\$ 780,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma**, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 1033 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 53259-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL JOÃO PESSOA DATA 13/05/16

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Rinaldo Albuquerque Oliveira

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL



CAIXA

FIDUCIARIA

6277 8013 4914 1790

RINALDO A OLIVEIRA

1033 013 00053259-7 09/21

el



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00886.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00886.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 03 dia(s) do mês de Maio do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **SEVERINO DIAS DE LIMA**, AGENTE DE INVESTIGACAO, às 15:04 horas, compareceu **RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão MECÂNICO, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 22 de Maio de 1979, idade 36, filiação SEVERINA MARIA OLIVEIRA e HERMANIO ALBUQUERQUE OLIVEIRA, Documento - CPF: 031.993.524-80, residente RUA. JUDITH MOREIRA ESPINOLA, 96, Ernani Sátiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98758-4493

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 17/01/16, por volta das 08:00 horas, quando conduzia a motocicleta de marca X 250 TWISTER, ano 2004, de cor vermelha, placa MNB 8923/PB, chassi nº 04R022449, registrada em nome de EDIFLAN DOS SANTOS, quando trafegava pela próximo à Empresa São Jorge, nesta capital, quando estava parado em sua moto, foi um veículo de placa não identificada, onde o notificante caiu ao solo e veio a sofrer E ZIGOMA + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º QDE, foi socorrido pelo SAMU, e ao Hospital de Emergência e trauma S. Humberto Lucena, onde submeteu a todos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais previstas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 03 de Maio de 2016

RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Notificante

SEVERINO DIAS DE LIMA
AGENTE DE INVESTIGACAO



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA PEREIRA SILVA - Tabelião, em 13/05/2016 12:49:53

Emol: R\$2,13 FEPJ R\$0,42 FAPEN: R\$0,25 ISS R\$ 0,15

Digital- ADH65364-6TVX Consulte em

<https://selodigital.tjpb.jus.br> portalceleida.com.br



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 2007986 e inscrito no CPF/MF sob o nº 03199352490, residente e domiciliado na R: JUDITH MARRAS ESPINOLA Nº 96, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Rinaldo Albuquerque Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 10/05/26

Local e data

1410199352490 0 23-MAR-2016 14:14 066107 1/1



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**PREFEITURA DE
JOÃO
PESSOA**
PRA VIVER MELHOR

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB



0005

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 605/013, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1123838, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA** idade 37 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x ônibus)** no dia 17/01/2016, na R. Industrial Luís Carlos Crispim Pimentel, Bairro: Distrito Industrial - João Pessoa - aproximadamente às 08:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Maio de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto

Estetista

CPF nº 104.171.104-11

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSÉ LUIZ KUBITSCHKE S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do

original que me foi exibido. Dou fé. **CELEIDA COSMI**

PEREIRA SILVA - Tabelia. em 13/05/2016 12:50:06

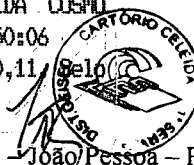
Emol:R\$2,13 FEPJ R\$0,42 FARPEN:R\$0,25 ISS R\$ 0,11, Sel

Digital- ADH65366-4TV3 Consulte em

<https://selodigital.tijoh.jus.br>

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB

Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



VERIFICAR LUNA 0907 8 21-MI-2016 16:15 066111 1/1

Comprovante de residência

0015

CPF nº 031.99.352480, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	JUDITH MOREIRA ESPINOLA
Número	96
Apto / Complemento	
Bairro	ERANI SATYRO
Cidade	JUATÁ PESSOA
Estado	PB
CEP	59080-660
Telefone de Contato	083- 98758-4493
E-mail	RINALDO MEC @GMAIL.COM.

Local e Data: JOÃO PESSOA 13/05/16

Assinatura do Declarante: Ricardo Menezes Alves

11/27/2016 14:14 065106 VI



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 Rinaldo Albuquerque Oliveira
DATA DE NASCIMENTO 22/05/79
NOME DA MÃE Severina Maria Oliveira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 92895
BOLETIM DE ENTRADA N.º 893965
DATA DO ATENDIMENTO 17/01/16

HORA DO ATENDIMENTO 09:37

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de zigoma + amputação traumática de 2º QDE.

CID 10 S02.4 S68.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, refere convulsão (crise epiléptica), apresentando ferimento corto-contuso em face, afundamento de zigoma esquerdo com crepitação, abertura bucal preservada, lesão em 2º quirodáctilo esquerdo (amputação traumática), glasgow 15. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX mão e joelho E.

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: amputação de 2º QDE.

TC: sem patologia neurocirúrgica, fratura de zigoma.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura de zigoma + regularização de coto de amputação do 2º QDE.

ALTA HOSPITALAR: 18/01/16

DATA DA EMISSÃO: 18/04/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO GEISEL, CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TEL: (31) 3211-4141
Cartório que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA 009
PEREIRA SILVA - Tabelião. em 13/05/2016 12:50:00
Emol: R\$ 2,13 - FEPJ R\$ 0,42 - FAFEN: R\$ 0,25 - ISS R\$ 0,11
Digital - ADH65365-H01Z Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br/orfocoleida.co>

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.007.986 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 06/05/2015

NOME RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

FILIAÇÃO HERMANIO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
SEVERINA MARIA OLIVEIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 22/05/1979

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº 10046-1/1979 - CARTÓRIO SAPÉ-PB

CPF 031.993.524-80

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-004

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

1152936878

JOÃO PESSOA, PB

18/05/2015

5904081919597

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

DOC. EXIBIDOS - CND ENFERM. Nº 2607586 SSOS PB

CPF 031.993.524-80 DATA NASCIMENTO 22/05/1979

FILIAÇÃO HERMANIO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
SEVERINA MARIA OLIVEIRA

PERMISSÃO ACC CATAM

VALIDADE 17/09/2016 18/09/2015

8689362511

Histórico de Consumo (kWh)

Mart/8	187
Fev/8	178
Jan/8	188
Dez/6	77

CPF/CNPJ/RANI 380080443

Insc. Est. 21/03/16 7233 18/04/18 7408

Faturas em atraso

Data	Leitura	Data	Leitura	Constante	Consumo	Dias
28/03/2018	127.48					
28/02/2018	128.72					

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	175	0.41817	73.17
Adic. B. Amarela			0.80
ICMS			18.94
PIS			0.80
COFINS			2.78
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			4.24
CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			

Data prevista da próxima leitura 18/05/2016

Apresentação 19/04/2016

Conta referente a Abr / 2016

Canal de contato UC (Unidade Consumidora): 5/468776-0

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

ELIELSON DE SOUZA CEZARIO
RUA JUDITH MOREIRA ESTANOLLA, 36 - ERUANI SATIRO
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58080-880 (Aq. 1)

ENERGISA PARAIBA DIS: RIBUDORA DE ENERGISA
CNPJ 08.056.183/0-01-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Chamada: 0000813824 Referência: Abr/2018 Emissão: 19/04/2018

Nº da Fatura/Conta de: 000041710



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 8922986478

46651032668
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 CDT 20110000017991-4
82488093-5 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
EDIFLAN DOS SANTOS
RUA ADRISIO MOTA DE SOUSA 11
FUNCIONARIOS II
58078030 JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ 03220274463 PLACA MMB89234 PB

NOME ANTERIOR

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2MC35004R022449

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER ANO FAB 2004 ANO MOD 2004

CAP/POT/CIL 2 P/249 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES 0 SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : MC35E-4022449

JOAO PESSOA-PB LOCAL DATA

33294 28/01/2011 40631

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

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

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR:

RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

RG:

200.7986-558 CPF/CNPJ: 031.993.524-80

ENDEREÇO:

R- JUDITH MONEIRA ESPINOLA
96 ERNANE SATYNO

LOCAL:

JOÃO PESSOA, 23-01-2016

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍCIO

Av. José Leão, 137 - Centro - Fone: (83) 3364.1236 - Remígio - PB

COMARCA DE REMÍCIO - PB

Tabela Analítica Pereira Bronzeado

PREVISTOS:

- Maria do Socorro Barbosa Fernandes
- Mércia Serafim dos Santos
- Maria Neima da Silva

Reconheço a(s) AUTENTICIDADE(S) da(s) firma(s) de Edylam dos Santos

contendo cartão de autógrafo de 23.02.2016

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

RUA JOSCELINO KUBITSCHKE, S/N - ERNESTO GEBEL - CEP 56075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de RINALDO

ALBUQUERQUE OLIVEIRA, [39486], J. Pessoa - PB, 01/03/2016

11:09:47 Emol: R\$8,49. Farpem: R\$0,25 Fepi: R\$1,70. J. 27

R\$0,42. Em test da verdade. Tabela Seleida, 23.02.2016

Silva. Selo Digital ACX25295-N529, 23.02.2016

https://selodigital.com.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0913118/16

Vítima: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

CPF: 031.993.524-80

Data do Acidente: 17/01/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros:

RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA : 031.993.524-80

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 07/06/2016

Nome: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 031.993.524-80

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 07/06/2016

Nome: Sharon David Mendes

CPF: 172.999.967-07

RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Sharon David Mendes

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA RIVALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRADATA DO ACIDENTE 17/01/16 CPF DA VÍTIMA 03199352480

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É RIVALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRAENDEREÇO DO PORTADOR R: JUDITH MORGES ESPINOLANº 96 COMPLEMENTO _____ BAIRRO ERUANI SATYROCIDADE JUAZ PESSOA UF PB CEP 58080-660E-MAIL RIVALDOMEC@GMAIL.COM TELEFONE (03) 98752-4453

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/05/16IDENTIDADE 2007986ASSINATURA Rivaldo Albuquerque Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13/05/16 MATR. CORREIOS _____NOME Mª Regilânia S. Marques
AGENTE DOS CORREIOS
MATRÍCULA: 04783338

ASSINATURA _____

DECLARAÇÃO

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



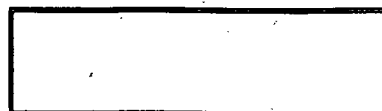
[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender Rinaldo Albuquerque de Oliveira		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address Rua Judith Moreira Espinola, 98 Emami Satiro			
CEP / Zip 58080860		CIDADE / City João Pessoa	UF / State PB
		PAÍS / Country Brasil	



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

