

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11946103

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170593744 ASL-0425701/17
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS
Data Acidente: 28/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº: 11950012

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Sinistro: 3170593744 ASL-0425701/17
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS
Data Acidente: 28/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Carta nº: 12033873

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Nº Sinistro: 3170593744
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS
Data do Acidente: 28/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ALCIDES BELARMINO MARTINS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000012168-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170593744 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ALCIDES BELARMINO MARTINS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA LUIZ MOTTA nº 489 - BODOCONGÓ - CAMPINA GRANDE/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2485752 - SSP**
Data local do exame: **20/11/2017 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE, OBSERVADA PEQUENA DEFORMIDADE E ENCURTAMENTO DA CLAVÍCULA DIREITA EM RELAÇÃO A CONTRA LATERAL E LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFECT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

OMBRO DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 20/11/2017

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de Joelho e Ombro
Ortopedista e Traumatologista
CRM 6492

Assinatura do perito Examinador - CRM



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

010 375 564 02

Nome completo da vítima

Alcides Belorromino Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alcides Belorromino Martins		CPF titular da conta 010 375 564 02	Profissão Autônomo
Endereço Rua Luiz Mota		Número 489	Complemento
Bairro Boqueirão	Cidade Campina Grande	Estado Paraíba	CEP 58430 710
Email macio.bravo.adu@gmail.com		Telefone (DDD) 3334 1288	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

CAIXA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ.	D/V	CONTA NRQ.	D/V
3487		12168	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRQ.	D/V
CONTA NRQ.	D/V
(Informar dígito se existir)	

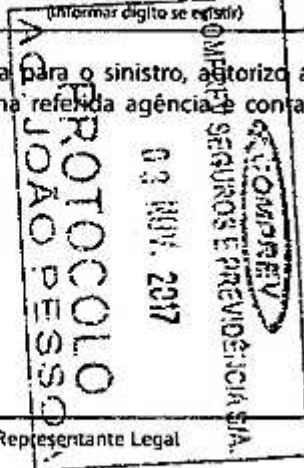
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

C. Grande 18 de Outubro de 2017
Local e Data

Alcides Belorromino Martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

MARIO FILHO/1880807

DATA/HORA:

28/05/2017 19:55

Na Ródovia

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

BR:

230

KM:

141.9

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

Boletim de ocorrência



ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Garoa/Chuvisco

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Molhada

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Não

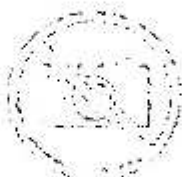
EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:



Sem Imagem

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Condutor e passageira socorridos pelo SAMU VTRs: OGE-0684 e OGE-0774 enfermeiras responsáveis pelo atendimento: Mafsa Nóbrega - 458925 e Poliana Azevedo - 241223. Lesionados encaminhados ao hospital de trauma/CG.

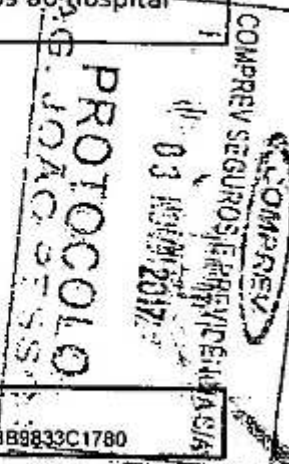
DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO; MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



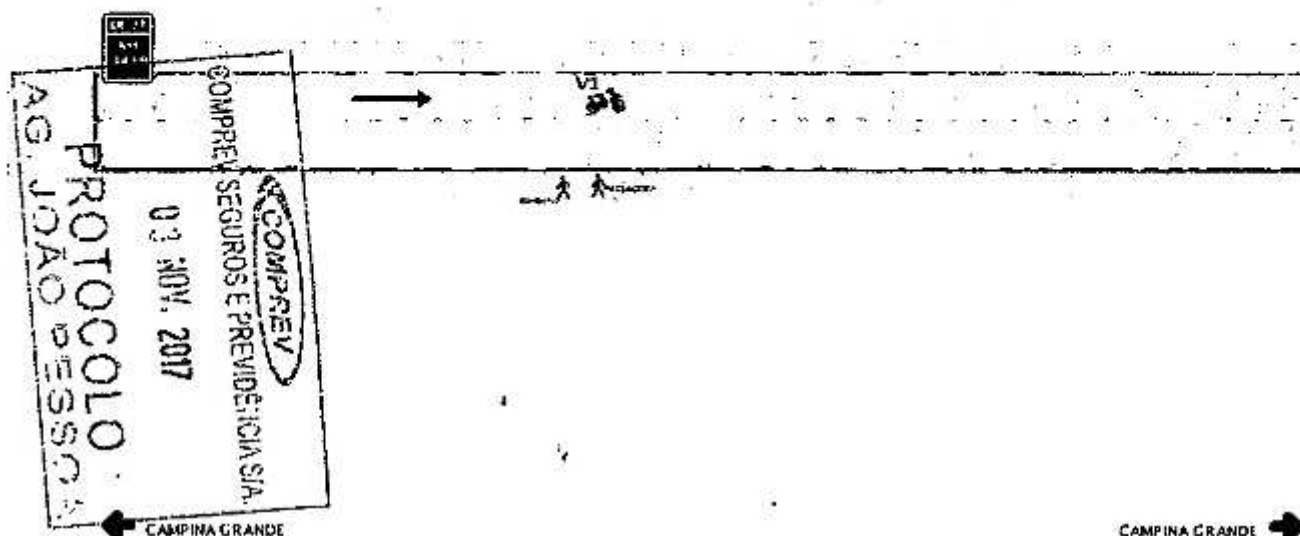
Sem Imagem

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Queda de ocupante de veículo	

Croqui



Amarração - Não realizada

Narrativa

Em levantamento realizado no local do acidente, BR 230/KM 141.9, sentido decrescente, fora verificado que motocicleta placa QFL8889 seguia o fluxo, quando estourou o pneu traseiro, perdeu o controle e houve a queda.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

ALCIDES BELARMINO MARTINS

CPF:

010.375.564-02

DATA DE NASCIMENTO:

08/09/1982

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

MAURINA BELARMINO MARTINS

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

RUA ANA ALVES CHAVES

NÚMERO:

55

COMPLEMENTO:

AP 308 BL C

BAIRRO:

PARATIBE

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

TELEFONE:

EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

CATEGORIA:

AB

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Não

Nº DO REGISTRO:

04065178139

UF:

PB

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

28/03/2007

VALIDADE DA CNH:

27/05/2019

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Sim

RESULTADO DO TESTE:

0.0 mg/L

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Encaminhado ao hospital de trauma-CG. Nº teste de alcoolemia 1031.

COMPREENSÃO E ENTENDIMENTO
03 NOV. 2017
A.G. JOÃO DE SOUZA
PROTOCOLO
17044255B01

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1830807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2118D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: QFL8889	MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD	ANO FABRICAÇÃO: 2015
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KD0810FR475336	RENAVAM: 01067732419	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Acidente causado por estouro do pneu traseiro.

NOME DO PROPRIETÁRIO: IDEGILSON DE SOUZA SILVA	CPF/CNPJ: 602.234.484-00
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA LUIZ MOTTA 489	NUMERO: 00489
COMPLEMENTO:	BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE: 83 999427897	EMAIL:
---------------------------	--------

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

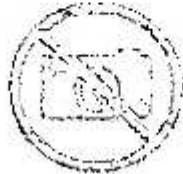
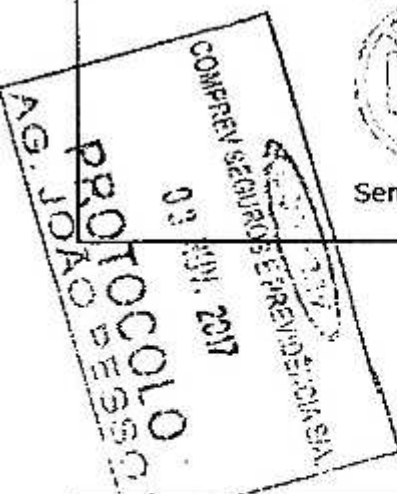
IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:  Sem Imagem
--	--

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem
--



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807	
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57	NÚMERO DE CONTROLE: B1645C7CAA4E2116D9DBB9833C1780
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar	

**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA****DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL****BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO****PROTOCOLO:**
17044255B01**STATUS:**
Encerrado**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: THAIS DE SOUZA SILVA	CPF: 063.719.954-56	DATA DE NASCIMENTO: 27/09/1987
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES DE SOUZA SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA LUIZ MOTA	NUMERO: 489
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: BODOCONGO
MUNICÍPIO/UF: CAMPINA GRANDE/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: SAMU
---------------------------	---------------------------

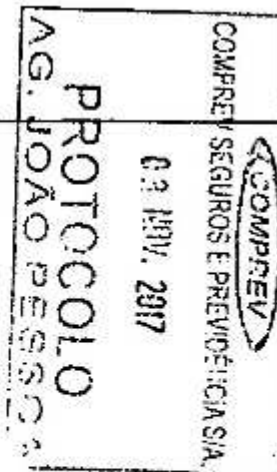
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Encaminhada ao hospital de trauma-CG.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:

Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRICULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 8

05



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DB89833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

MARIO FILHO/1880807

NÚMERO DO BAT:

17044255B01

DATA/HORA:

28/05/2017 19:55

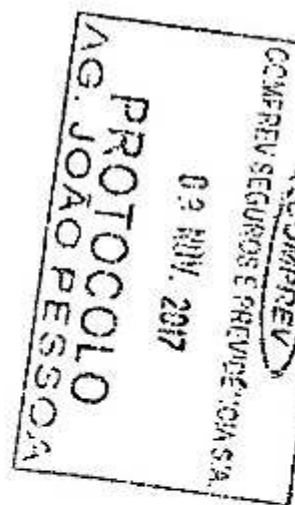
Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

DIMENSÃO DA MONTA:

Média



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57 -- -- NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DB8B9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)



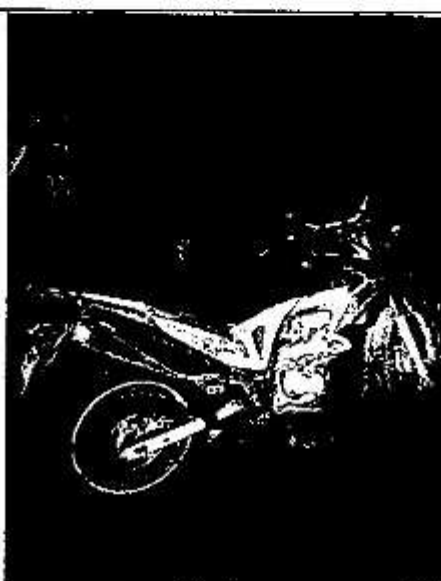
TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



CONFREVS
03 JUN 1 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9D8B8833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoba/autenticar

Página 8 de 8

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Neudes Belarmino Martins, portador da carteira de identidade nº 2485752 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010.375.564-02, residente e domiciliado na Rua Luiz Mota, Cidade C. Crumoh, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

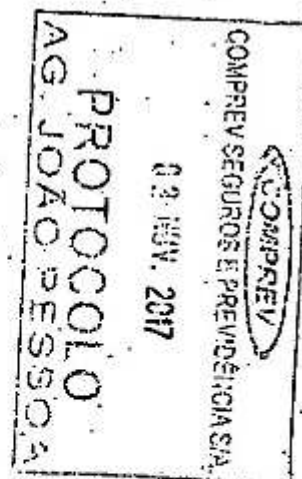
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Neudes Belarmino Martins

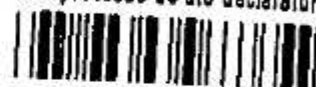
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina Grande, 18 de Outubro de 2017

Local e data



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de direito, que o SAMU 192-CG prestou atendimento pré-hospitalar a paciente: **Alcides Belarmino Martins**, vítima de acidente de trânsito, no dia 28 de Maio de 2017, aproximadamente às 20hs00min, End: Após a PRF sentido João Pessoa / Br-230, Sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 19 de Junho de 2017.



Deoclecio Francisco do Nascimento
Coordenador Administrativo



ENERGISA **SORSEMA** DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Rua Sadoeste, 1135 - Jardim Campina Grande/PR - CEP 53423-700
 Fone: (41) 333-0000 - Fax: (41) 333-0001 - E-mail: energia@energisa.com.br

Referencia: Jun/ 2017
Emissao: 31/07/2017

Nel's Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000.038.429
Código para Consulta Automática: 00002543943

UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Canal de contato

20/07/2017

3570101408

Inst. Est.:

Faturas em atraso

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
19/05/17	1551	21/05/17	1644	1	93	33

Descrição	Demonstrativo Quadrante	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	83	0,42708	39,71
Adic. S. Vermelho			0,93
ICMS			14,31
PIS			0,40
COFINS			1,64

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBULUM PUBLICA

JUROS DE HONRA
MILTA 06/2017

Histórico de Consumo (kWh)

Mar17	114
Apr17	128
May17	136
Jun17	124
Jul17	137
Dec16	130
Nov16	129
Oct16	93
Sep16	30
Aug16	34
Jul16	59
Jun16	108

Média dos últimos meses
112

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	57,25	25,00	14,31
PIS	57,25	0,9922	0,40
Cofins	57,25	3,7064	1,35

VENCIMENTO
28/06/2017

TOTALA PAGAR
RS 66.13

Comprovante de residencia



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques de Almeida, 82 (Cidade)

Rua Marques do Herval, 83 / Centro-Fone: 3341-6035
CNPJ: 08.265.111/0001-00

CNPJ: 09.365.545/0001-76

Bol. Pedro Teixeira de Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia fotostática é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Canoa, 12 de Maio de 1964
Canoa Grande

Campina Grande

~~28-0617~~

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AFI44363-41CB

Consulte a autenticidade em brasil.fazdigital.tjpb.jus.br

COMPANHIA
SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.
03 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO DESSO A



NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇO DE TELECOMUNICAÇÕES - MOD. 22

Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1370
Ed. Ego Berrini
Cidade Monções
CEP: 04571-630 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-02
Insc. Est. 10830399112
http://www.vivo.com.br

Nome: IDEGILSON DE SOUZA SILVA
Endereço: RUA LUIZ MOTTA 489 BODOCONGO - 58430-710 - CAMPINA GRANDE / PB
Código do cliente: 9999 8234 8297 DV: 4
CNPJ/CPF: 60223448400

Tipo de cliente: Residência

Estado de instalação: Paraíba

DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS POR NÚMERO TELEFÔNICO

Prestadora Telefônica

Telefônica Brasil S.A. | Av. Presidente Epitácio Pessoa, 475, Sala 801 - Parte - 58030-000 João Pessoa PB

CNPJ: 02.558.157/0001-02 - Insc. Est: 16.136.950-2 | Natureza de Operação: Prestação de serviço de comunicação - CFOP 5300

INTERNET

Plano Contratado / Serviços Mensais / Descontos

Data / Período

Alíquota PIS/COFINS

Valor(R\$)

1 CGE-30166W75K-013

Serviço Internet Power Smart 15 Mega GTI

09/08/2017 a 08/09/2017

30% 3,65%

95,29

2

Desconto Prom. Internet R\$ 30,00 10/12

09/08/2017 a 08/09/2017

-30,00

SUBTOTAL

Plano Contratado / Serviços Mensais / Descontos

Data / Período

Alíquota PIS/COFINS

Valor(R\$)

SERVIÇOS

3 8330650335

Assinatura Mensal sem Minutos - Light

09/08/2017 a 08/09/2017

30% 3,65%

46,22

SUBTOTAL

46,22

TOTAL

111,51

TOTAL DA NOTA FISCAL DA TELEFÔNICA

111,51

Reservado ao Fisco 85b5.0c2a.141d.2924.1cd6.b4c9.be40.723b

ICMS

Base de cálculo: 111,51

Alíquota: 30%

Valor do ICMS: 33,45

PIS/COFINS

Base de cálculo: 78,05

Alíquota: 3,65%

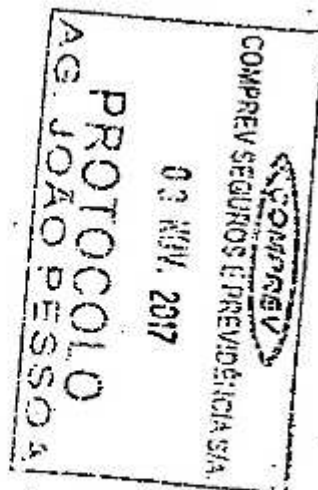
Valor do PIS/COFINS: 2,84

A TELEFÔNICA contribui 4,1% do valor de serviços de Telecom ao FUST e 0,5% ao FUNTEL sem repasse ao consumidor.

TOTAL GERAL A PAGAR

111,51

Comprovante de residência



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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP 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 Íncio Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 819 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcides Belorrmimo Montano inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 375 564 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vitima Alcides Belorrmimo Montano inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 375 564 / 02, 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 <u>Rua Antonio Senajo de Almeida</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Parqueour</u>	Cidade <u>Campeiro Grande</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58100-000</u>
Email <u>incio.bruno.adi@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83 33341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 999885048</u>	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA VIA PROTOCOLO 03 MAR 2017 JÓÃO DE SOUZA

C. Grande 18 de Outubro de 2017.

Local e Data

Íncio Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

0.1222 22:32

Benvenuti al hospital de studenti

Ch 2 v 5 / 2 D

No. 222-1315 e 122096

medo e indignação de tribuna

01/11/2020

3. 7/17 ~~17~~ 2019

12/24/2012

Procedimentos de Avaliação

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/SP-9865

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO DESSO:

03 JUL 2017

PROTOCOL

00-00000-SSQ

DESTINO DO PACIENTE _____/_____/_____, às _____h.

Centro cirurgico _____

{ Internação (seior) _____

1) INTERFERÊNCIA A OUTRO SETOR OU HOSPITAL.

A. revella / *A. revella*

1) Decisão Médica

(Ohio

~~Assinatura de Souza Silva~~
(Ass. do paciente ou responsável (quando necessário))

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

C80

IDÁDI



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Ficha de Acolhimento

Nome:	Heitor Barbosa Monteiro		
End:	Rua - 1014 - 2489 Bairro: 30 de Janeiro		
Data de Nascimento:	08.09.82	Documento de Identificação:	
Queixa:	Data do Atend: 28.05.17. Hora: 20h52 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

nota

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

diversa

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

SELO DIGITAL: 1004-1-188
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

CNPJ: 09.365.174/0001-76

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico a dou fe que a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande 28-06-17

Bol. Pedro Oliveira de Lucena
Tebotião

CARTÓRIO DO 3º OFÍCIO
Pedro de Moraes do LUCENA
Juiz de Direito
CAMPINA GRANDE - PE

INSCRIÇÃO: 21472

1948

INACIO BRUNO SARMENTO

CONSELHO SECCIONAL DA FARMACIA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

PALESTRA

FRANCISCO BRUNO E SILVA

MARIA ALEXANDORA SARMENTO

DILHO DAQUA-PB

RECONHECIMENTO

2141033 - SSP/PB

BOLETO DE PAGAMENTO E RECEBIM

1948

DATA DE EMISSÃO

030.741.614-02

02

23/03/2017

PALESTRA NACIONAL MOVA E BOM

PALESTRA

COMPROVADO
COMPRENSO E PREVIDÊNCIA
03.04.2017
PROTOCOLO
AG. JÓIA

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 904145670

904145670
PRODIGE PLASTIFILM

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012895937526
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
 VIA 1 0186773291-5 0000000000-002016

EDGILSON DE SOUZA SILVA

60223448400

0FL8889/PB

NOVA ANT/UP PB 9CZKD0810PR425336

PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC ABSC/FASOL

BONDA/INSTRUMENTOS-ESDD 2015 7015

CFAL/IC/PAIS

PAS/MOTOCICLETA

IPVA 0700-00 3000000000

VENC/DOTAS

PARCELAMENTO/DOTAS

PREMIO TARIFARIO 0000-00 0000000000

A.F. BANCO RORAIMA

CNPJ

322

03/10/2016

33596

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

PB Nº 012895937526 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 60223448400CNPJ

0FL8889/PB

NOVA ANT/UP PB 9CZKD0810PR425336

PRÊMIO TARIFARIO

FPS (R\$) DENAT (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

DATA DE OUTUBRO

COTA UNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE OUTUBRO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.888/0001-04

35556-120626B-20161003

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 03/10/2017
 PROTOCOLO
 AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170593744 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS **Data do acidente:** 28/05/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170593744 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS **Data do acidente:** 28/05/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE, OBSERVADA PEQUENA DEFORMIDADE E ENCURTAMENTO DA CLAVÍCULA DIREITA EM RELAÇÃO A CONTRA LATERAL E LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/11/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALCIDES BELARMINO MARTINS brasileiro(a),
 estado civil CASADO, inscrito no CPF de nº 010.13251584102 e no RG
 de nº 2485752, residente e Domiciliado a
 Rua: LUIZ MOTA, nº 489, Bairro
BODOCONGO, na Cidade de CAMPINA GRANDE Estado
PARAIBA, CEP 58.400-740
58.430-710

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06 RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e domiciliado na Rua Antônio Sergio de Almeida, 800/B, Bodocongó, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alcides Belarmino Martins ocorrido em 28.10.2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 16 de Outubro de 2017

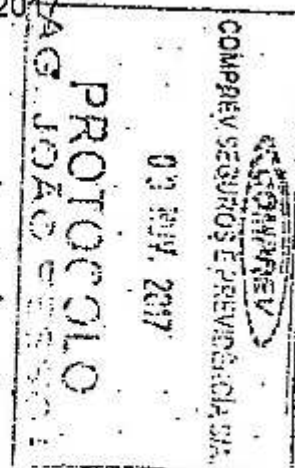
7º CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE-PB

Alcides Belarmino Martins

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO



7º TABELIONATO DE NOTAS

De Vatterluciana Almeida de Moraes

Este documento contém a autenticação de uma cópia de um documento original.

TABELIA TITULAR
Ofício de Notas - Serviços Notarial
 Rua Major Manoel Joaquim O, 31 - Centro - Fone: (83) 3341.1762 - Campina Grande - PB
 Tabela: lodenotas@gmail.com
 Tabela - Vatterluciana Almeida De Moraes

Emprego: T. Grátis

RECONHECIMENTO
 Reconheço a(s) firma(s) de ALCEVES BERNARDINI
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE
 como ☒ Autêntica ☐ Semelhante
 Dou fé, Campina Grande, 16 de OUT de 2017
 Tabela (Vatterluciana Almeida de Moraes)