



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10534120

A/C: ENILDO SILVA DE COUTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170090795 ASL-0056722/17

Vitima: ENILDO SILVA DE COUTO

Data Acidente: 30/08/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTA ONOFRE RAMOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página

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** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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 Fevereiro de 2017

Carta nº: 10534814

A/C: ENILDO SILVA DE COUTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170090795 ASL-0056722/17

Vítima: ENILDO SILVA DE COUTO

Data Acidente: 30/08/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTA ONOFRE RAMOS

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 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.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** onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2017

Carta nº 11490177

a/c: ENILDO SILVA DE COUTO

Sinistro: 3170090795 ASL-0056722/17
Vítima: ENILDO SILVA DE COUTO
Data Acidente: 30/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROBERTA ONOFRE RAMOS

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.seguradoralider.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

DOCUMENTO 1 *T1%*



FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ENILDO SILVA DE COUTOPORTADOR(A) DO RG Nº 1.522.606 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 28 / 11 / 1989 ECPF 570508804-34 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO VIGILANTE

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

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta do site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2009-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 874952-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Mamanguape, 29 de agosto de 2016

LOCAL E DATA

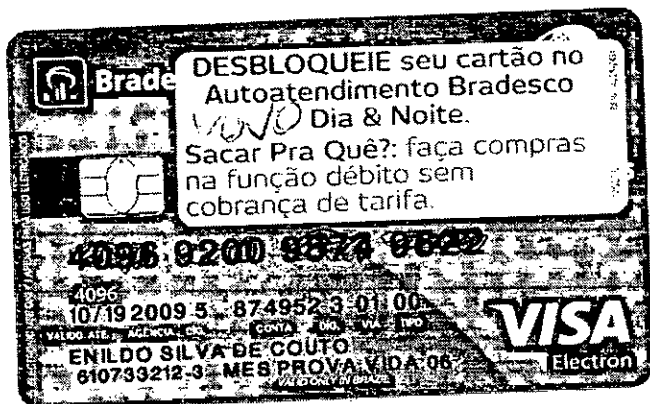
Enildo Silva de Couto

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.





Natureza: acidente de trânsito Em: Guarabira/PB

Certidão nº 2.294/2014

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 07/2014, Ocorrência Policial 2.294/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos dez (10) dias do mês de outubro (10) do ano de dois mil e quatorze (2014), nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. THIAGO AUGUSTO CAVALCANTI DOS ANJOS, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado, às 12:23 h, compareceu: ENILDO SILVA DE COUTO, brasileiro, casado, 45 anos de idade, nascido(a) em: 12/07/1969, natural de Rio Tinto-PB, filho(a) de Antônio Barbosa de Couto e de Antônia Silva de Couto, vigilante, RG.: 1.522.606 SSP/PB, CPF.: 570.508.804-34, Residente no(a): Travessa Rodrigues de Carvalho, nº 25, Centro, Mamanguape/PB. telefone: (83) 9115-9509. O(a) qual fez o seguinte registro: QUE no dia 30 de agosto de 2014, por volta das 6h estava em direção a cidade de Mamanguape-PB, perto do povoado Pipiri na cidade de Guarabira, quando um veículo caminhão fechou sua passagem nesta localidade e o noticiante pilotando uma motocicleta caiu no asfalto nesta estrada sofrendo assim acidente de trânsito, QUE o caminhoneiro de nome ZEZO, parou e levantou o noticiante, mas logo se evadiu do local, QUE o noticiante não sabe informar nada mais sobre o condutor do caminhão, QUE o noticiante não possui Carteira Nacional de Habilitação - CNH, QUE a motocicleta tem as seguintes características marca/modelo: HONDA CG 150 TITAN MIXES, de placa: NPX-0999/PB, ano: 2009, cor: preta, chassi: 9C2KC16209R027314, QUE esta motocicleta está em nome de: JOSELIA DA SILVA SEBASTIÃO, QUE este foi socorrido por um motorista de veículo particular e levado a um Hospital de Guarabira/PB e encaminhado ao Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa-PB, também em carro particular, uma vez que o Hospital não forneceu ambulância, QUE vítima de acidente de trânsito sofreu diversas escoriações e fratura no punho esquerdo, e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2014. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 14 de outubro de 2014.

CARTORIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).
Mamanguape/PB-27/06/2016
Selo Digital:ADN17124-467Z
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Frederico Azeiteiro Brito da Silva
APC
Mat.: 156.567-2



Notificante: Enildo Silva de Couto

DOCUMENTO 1 *T1%*



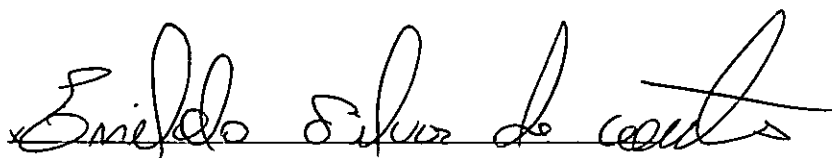
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ENILDO SILVA DE COUTO, portador da carteira de identidade nº 1522606 e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/N, PLANALTO, Cidade MAMANGUAPE, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) 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.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mamanguape / PB, 29/08/2016

Local e data

DOCUMENTO 3 *T3%*



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

(ATO DECLARATÓRIO)

DECLARAÇÃO

DOCUMENTO 2 *T2%*

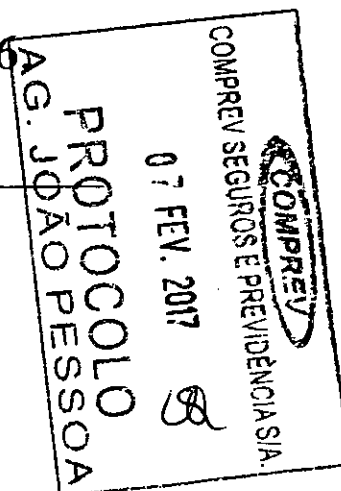


Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente ENILDO SILVA DE COUTO, vigilante, brasileiro, portador do RG: 1.522.606 SSP-PB, residente e domiciliado à rua Projetada s/n, bairro Planalto, município de Mamanguape-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 30/08/2014, tendo como diagnóstico Fratura do Rádio esquerdo CID 10 S52.3, com quadro clínico exame realizado raios x do punho esquerdo e imobilização tipo tala gessada membro superior, encaminhado para Hospital de Trauma (Senador Humberto Lucena), para procedimento cirúrgico, conforme ficha de atendimento ambulatorial Nº 319.710/2014, em nossos arquivos.

Guarabira, 31 de agosto de 2016



Pronto Socorro de Fraturas
Guarabira - Paraíba



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ENILDO SILVA DE COUTO

RG nº 1 522 606, data de expedição 28 / 11 / 1989,

Órgão SSP - PB, CPF nº 570. 508. 804. 34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>51 N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>PLANALTO</u>
Cidade	<u>MAMANGUAPE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58280-000</u>
Telefone de contato	<u>83 99682.5221 / 99188.8844</u>
E-mail	

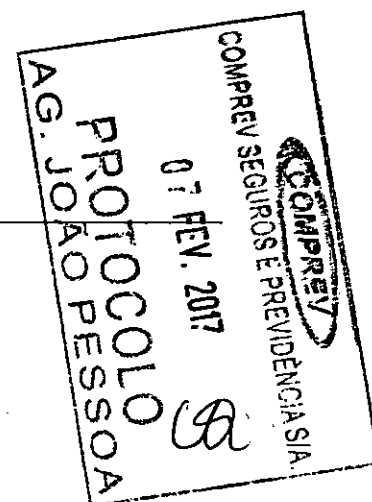
Por ser verdade, firmo-me.

DOCUMENTO 2 *T2%*



Local e Data: MAMANGUAPE / PB, 29 / 08 / 2016

Enildo Silva de Couto
Assinatura do Declarante



fol



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68523670

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

DEZ/2015

LINDALVA SOUSA DE OLIVEIR
TV RODRIGUES DE CARVALHO 25

CENTRO 58280-000
MAMANGUAPE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
007.02.200.0419	0	1	0	0	0*	68523670
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A01Z012697	18/01/2006	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUN. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
966	974	8	29	16/01/2016		
HIST. DE CONS./ANOR.		LEIT.	QUALID. DA AGUA	DECRETO 2.914/2011-MS		
JUN/2015		8	0	NUMERO DE AMOSTRAS		
JUL/2015		8	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES		
AGO/2015		8	2	COLIFORMES 46	48	48
SET/2015		8	7	COLIFORMES 0	0	0
OUT/2015		9	8	COR 10	12	12
NOV/2015		9	8	TURBIDEZ 46	48	48
MEDIA(M)		8	DADOS REFERENTES A: OUT/2015			

DATA DA LEITURA: 17/12/2015	HORA DA LEITURA: 13:56:59
DESCRICAÇÃO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 26,93 R\$26,93
047-JUROS DE MORA	R\$0,29
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$0,55

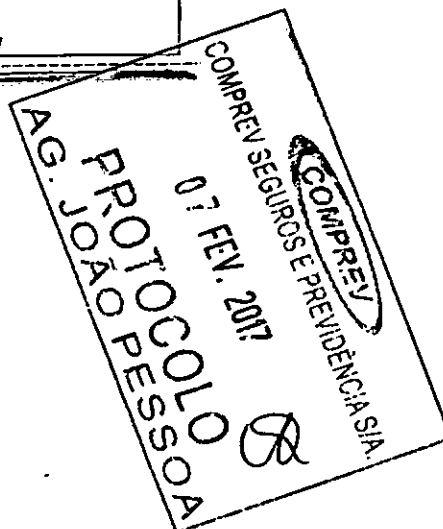
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$2,49 PIS E COFINS LET 12.741/12

VENCIMENTO:

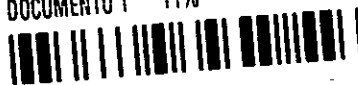
29/12/2015

Total a Pagar:

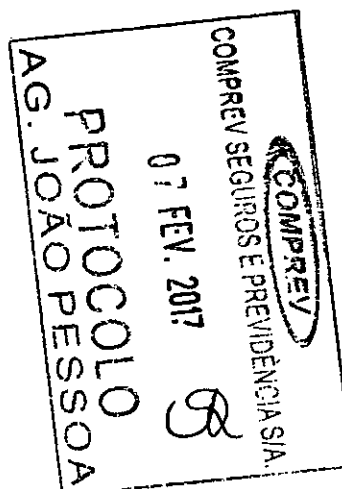
R\$27,77



DOCUMENTO 1 *T1%*



Beneficiário CONDOMÍNIO VILLA EMPRESARIAL - 00.773.947/0001-35					Ag/Cód. Beneficiário 0036.870.00000169-2
Data do Documento 25/07/2016	Nr.do documento 11335710	Espécie Doc. DM	Acelte N	Data do Processamento 25/07/2016	Nosso Número 8211335710-3
Uso do banco	Carteira SR	Espécie moeda R\$	Qtde moeda	Valor	(=) Valor do Documento 342,52
Instruções - (texto de Responsabilidade do Beneficiário) Até 10/08/2016, desconto de R\$ 34,25 Após 10/08/2016, multa de R\$ 6,85 + 0,03% de juros ao dia Não receber após 09/09/2016 Não pode ser substituído por Ordem de pagamento, DOC ou Depósito Bancário. Este recibo só será válido com Autenticação Mecânica/Comprovante de Pagto.					(-) Desconto
					(+) Juros
					(+) Mora/Multa/Juros
					(+) Correção Monetária
					(=) Valor Cobrado
** TÍTULO SUJEITO A PROTESTO. ** Pagador ROBERTA ONOFRE RAMOS AVENIDA ALMIRANTE BARROSO, 600 58013-123 - CENTRO - JOAO PESSOA - PB A/C:-					
Condo: 249 - CONDOMÍNIO VILLA EMPRESARIA Unid: 0903 - P Recibo: 11335710 Emissão: 67412 CPF: 045.914.201-69 Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação					



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

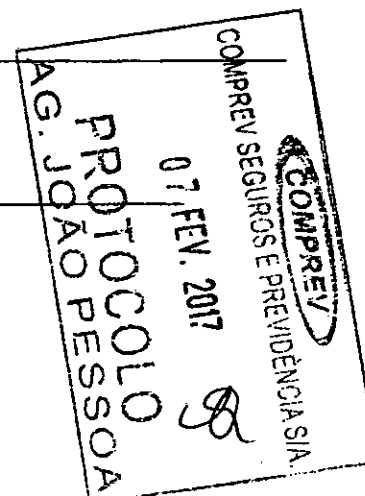
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTA ONOFRE RAMOS, portador(a) do RG nº 13425, expedido por OAB/PB, em 18 / 12 / 2014, CPF/CNPJ nº 045.914.204-69, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) EDNILDO SILVA DE COUTO do sinistro de DPVAT da natureza da vítima EDNILDO DA SILVA DE COUTO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou; Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Roberta Onofre Ramos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

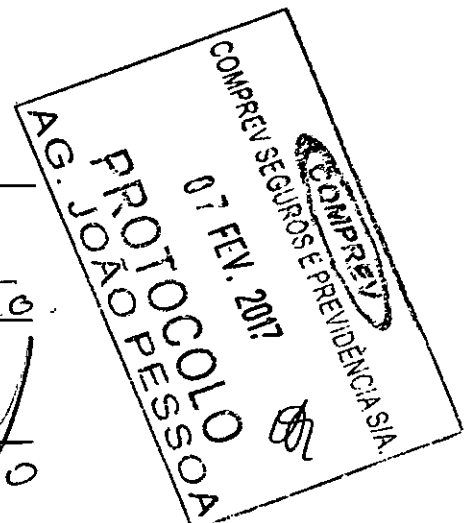




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joselia dasilva sebastião,
 RG nº 1870113, data de expedição 28/04/1993
 Órgão _____, portador do CPF nº 001.774.394-08, com
 domicílio na cidade de Maracão, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Aldeia Jacaré São Domingos, nº S/N,
 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 ENILDO SILVA DE COUTO cujo o condutor era
ENILDO SILVA DE COUTO.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA/CG 150 TITAN MIXES
 Ano: 2009
 Placa: NPX 0999/PB
 Chassi: 9C2KC16209R027314
 Data do Acidente: 30-08-2014
 Local e Data: GUARABIRA - 30-08-2014



Joselia dasilva sebastião
 Assinatura do Declarante

Enildo Silva de Couto
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Avenida Aldeia Três Rios, 875 - CENTRO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
 JOSELIA DA SILVA SEBASTIÃO
 Dou fé. Maracão/PB - 22/01/2016
 Notário: MARTA MARIA BARRETO DOS SANTOS
 Selo Digital: ACN71456-G722
 Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Marta M Barreto dos Santos
 Oficial

CARTORIO BUSTORFF 2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

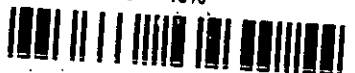
Rua R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape, 47 - Centro

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
 ENILDO SILVA DE COUTO
 Dou fé. Mamanguape/PB - 02/02/2016
 Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
 Selo Digital: ACU34106-DIW7
 Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

DOCUMENTO 5 *T5%*



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente ENILDO SILVA DE COUTO, vigilante, brasileiro, portador do RG: 1.522.606 SSP-PB, residente e domiciliado à rua Projetada s/n, bairro Planalto, município de Mamanguape-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 30/08/2014, tendo como diagnóstico Fratura do Rádio esquerdo CID 10 S52.3, com quadro clínico exame realizado raios x do punho esquerdo e imobilização tipo tala gessada membro superior, encaminhado para Hospital de Trauma (Senador Humberto Lucena), para procedimento cirúrgico, conforme ficha de atendimento ambulatorial Nº 319.710/2014, em nossos arquivos.

Guarabira, 31 de agosto de 2016.

Pronto Socorro de Fraturas
Guarabira - Paraíba

COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.	07 FEV. 2017	PROTOCOLO
		AG. JOÃO PESSOA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ENILDO SILVA DE COUTO
DATA DE NASCIMENTO	12/07/69
NOME DA MÃE	ANTONIA SILVA DE COUTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	788.938
PRONTUÁRIO N.º	82.969
DATA DO ATENDIMENTO	20/10/14
HORA DO ATENDIMENTO	14:16H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	RETORNO ORTOPEDIA
DIAGNÓSTICO (S)	RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE DE PUNHO ESQUERDO
CID 10	S52.5.0 + Z47.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ ± 02 MESES, RETORNA PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE EM FRATURA-LUXAÇÃO DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, CONSOLIDADA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

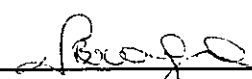
RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL CONSOLIDADA.
ECG + RISCO CIRÚRGICO.
EXAMES LABORATORIAIS.

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO POR COT PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE SEM INTERCORRÊNCIA. MEDICADO. OPERADO POR DR. RICARDO RAMOS.

ALTA HOSPITALAR: 23/10/14 COM RETORNO AGENDADO

DATA DA EMISSÃO: 16/02/2015

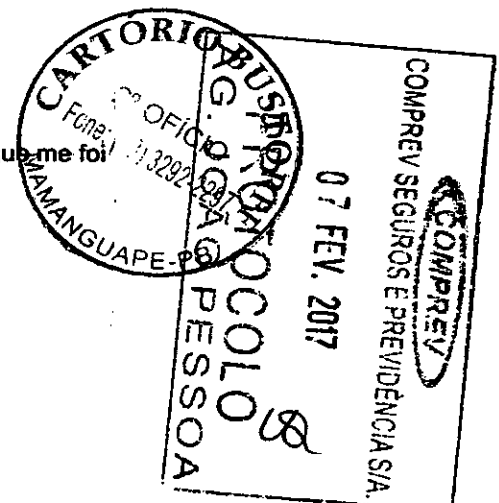

Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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

CARTORIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).
Mamanguape/PB-02/02/2016
Selo Digital:ACU02748-4EI0
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>





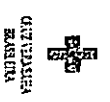
GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA
RECETUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: 85561 343WAB3
Endereço: Dr. F. S. Paiva
Cidade: João Pessoa UF: PB
Telefone: _____

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao Paciente
Dra. Polyanna S. F. Paiva
Médica
CRM/PB 7853
DEMEPE 19396

Paciente: Enéida Silva de Castro
Endereço: R. Pedraquês de Carvalho 25
Prescrição: 1 Depressina 500mg - 40cp
Tomar 01 cp de 08 em 08
30 dias

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____
Data: 13/04/14
Assinatura do Farmacêutico: _____
Data: _____
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



Recetário Médico

Enéida S. Castro

130 Med.

1 Depressina 500mg - 40cp
Tomar 01 cp de 12/12h

22/10/14

Data: _____

Médico - CRM

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pina, J. Pessoa 47 Mamanguape

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)
Mamanguape/PB-02/02/2016
Selo Digital: ACU02750-26VV
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>



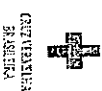
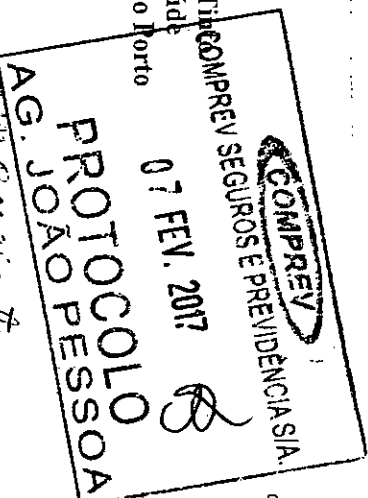
11/01/2017



RIOTINTO
MUNICÍPIO

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Rio Tinto
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. Francisco Porto

Receituário Médico



Receituário Médico

Emílio Lino Neto

À Parte:

Declaro para as devidas fins que o paciente
Emílio Silva do Couto, com Siquela de
Fratura de peroneo esquerdo, apresenta
dores agudas no peroneo esquerdo
devido ao movimento de amplitude dos
membros inferiores (flexão e extensão) que me
surpreendeu, no momento em que me
encontrei fisioterapeuta.

Paciente com quadro clínico
de fratura do osso do pé (E)
na região do tornozelo. Pode ser
tratado com fisioterapia. Pode ser
tratado com medicação de
alívio da dor.
FIM.

Data: 22/05/15

Médico CRM

Rio Tinto, 22 / 05 / 2015.

Dr. Luciano de Albuquerque Alves
Fisioterapeuta
CREITO: 21746-1

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)
Mamanguape/PB-02/02/2016
Selo Digital: ACU02749-IXGV
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjbpb.jus.br>



(PINO) CC.002-1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1 5 2 2 6 0 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 28 NOV 1989

NOME ENILDO SILVA DE COUTO

Antônio Barbosa de Couto

PAIÇÃO Antonia Silva de Couto

Rio Tinto-PB 12-07-1969

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.Nº.91.988.Fls;8lv.Liv.A-145 Cart.de Rio Tinto-PB

CPF 570 508 804 34

João Pessoa - PB

VACINADO BRASIL LIVRE

27/16 DE 2008/8/11

JOÃO C. DE CARVALHO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P85

Emílio Silva de Couto

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CARTORIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).

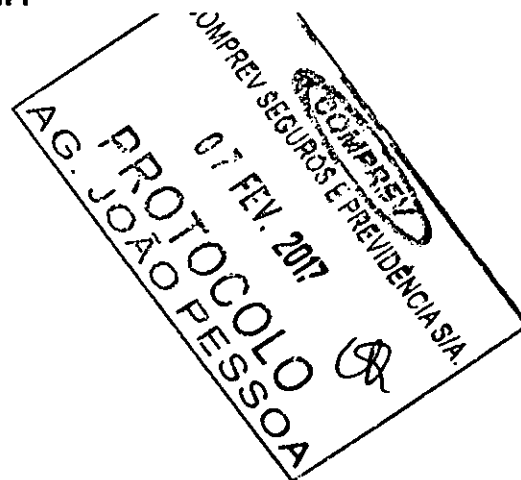
Mamanguape/PB-02/02/2016

Selo Digital:ACU02747-ETRZ

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DOCUMENTO 6 *T6%*



INSCRIÇÃO
13425

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ABOGADO

NOME
ROBERTA ONOFRE RAMOS

SITUAÇÃO
WALDIR HONORIO ONOFRE
ROSANE MARIA LIMA ONOFRE

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
2670826 SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO
06/12/1982

CPF
045.914.204-69

DATA DE VALIDADE
02/18/12/2014

VIA
EXPEDIDO EM

SIN
VIA BEZERRA JONES
PRESIDENTE

DOCUMENTO 3 *T3%

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)

TEMPE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

00156

COMPREV

07 FEV. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

00156

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
07 FEV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Enildo Silva de Couto

DATA DO ACIDENTE 30/08/2014 CPF DA VÍTIMA 570.508.804-34

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Tu Rodrigues de Carvalho

Nº 25 COMPLEMENTO Centro BAIRRO Centro

CIDADE Maranguape UF RJ CEP 58280-000

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ LAUDO ~~Boat~~ (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 CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Procuração / 5056P
Contas 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 CERTIDÃO 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 CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO 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)

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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/01/2017

INSCRIÇÃO 1.522.606

SIGNATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTO 7



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Emildo Silva de Paulo

NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Casado

PROFISSAO: Trabalhador **Nº DO RG:** 1.522 606 SSP-PB

ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** / /

Nº CPF: _____ **ENDEREÇO:** Rua Projetada,
bln. Planalto, Mamonanga

OUTORGADO: Rafael Góes Ramos
 NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: casado
 PROFISSÃO: advogado Nº DO RG: 2670826
 ÓRGÃO EMISSOR: SSPPB DATA DE EMISSÃO: 1/1/
 Nº CPF: 045914204-69 ENDEREÇO: R. Pernambuco
Bomfim, 609, São José, Centro, 1000 Recife - PE

PODERES:

PODERES:
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Emilda Silva de
Couto, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora
que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de
acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo,
em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos,
municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar,
solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de
pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Mamangape, 06 de Fevereiro de 2016
 * Emilio Silva de Souza
 Assinatura
 OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 07 FEV. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

CARTORIO BUSTORFF 2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres. J. Pessoa , 47, Centro, Mamanguape-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

ENILDO SILVA DE COUTO

Dou fé, Mamanguape/PB - 06/09/2016

Escritor: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Emol R\$ 8,49, FARPEN R\$ 0,25, MP R\$ 0,14, FEPEJ R\$ 1,56

Self-Digital:ADW77566-SNGP

Acesso o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

1,56