

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2016

Carta nº: 9060482

A/C: MARCELO COSTA BARBOSA

Sinistro: 3160283899 ASL-0867363/16
Vitima: MARCELO COSTA BARBOSA
Data Acidente: 09/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOACY TRAJANO DA SILVA

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta nº: 9068111

A/C: MARCELO COSTA BARBOSA

Sinistro: 3160283899 ASL-0867363/16
Vitima: MARCELO COSTA BARBOSA
Data Acidente: 09/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOACY TRAJANO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação não conclusivo

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 ARUANA SEGUROS 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



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016

Carta nº: 9228400

A/C: MARCELO COSTA BARBOSA

Sinistro: 3160283899 ASL-0867363/16
Vitima: MARCELO COSTA BARBOSA
Data Acidente: 09/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOACY TRAJANO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/06/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação

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 ARUANA SEGUROS 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



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2016

Carta nº 10185991

a/c: MARCELO COSTA BARBOSA

Sinistro: 3160283899 ASL-0867363/16
Vitima: MARCELO COSTA BARBOSA
Data Acidente: 09/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOACY TRAJANO DA SILVA

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 DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ASL 0867363116

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, marcelo Costa BarbosaPORTADOR(A) DO RG Nº 1413590802 EXPEDIDO POR SSP/BA EM 16/01/13 ECPF 083918884-60 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Educador FísicoE RENDA MENSAL DE R\$ 1440,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3487 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00015927-0

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.

DOCUMENTO 1 *T1%*



João Pessoa 04 de abril de 2016 x Marcelo Costa Barbosa

LOCAL E DATA

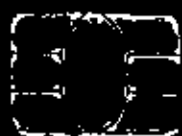
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ATU...A SEGUROS

02/04/2016



6277 8013 8504 0047

MARCELO COSTA BARBOSA

3487 013 00015927-0 03/20

elo



PRIMEIRA SEGUROS

03 MAI 2016



Seguradora Líder DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO ASL 0807363116

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 Marcos Costa Barbosa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1413590802 EXPEDIDO POR SSP/BA EM 16/01/13 E
 CPF 083918884-60 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Engenheiro de Tráfego
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1440,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma 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 Lotéricas 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 ao 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 0044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00015927-0

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3487 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00015927-0

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.

DOCUMENTO 1 "T1%"



ASL-0807363116
16/01/2013 de 16/01/2013 de 2013 x Marcos Costa Barbosa

LOCAL E DATA

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.

ATUANTA SEGUROS



6277 8013 8504 0047

MARCELO COSTA BARBOSA
3487 013 00015927-0 03/20

elo



2016

SAINTA GEBLUS
03 MAI 2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
 Delegacia Geral da Polícia Civil
 7ª Delegacia Distrital De Cabedelo

**BOLETIM DE Ocorrência**

N.º 475/2016

DADOS DO FATO

Data/Hora de Registro: 27/01/2016 06h28
 Circunscrição: 7ª Delegacia Distrital De Cabedelo
 Escala Serviço: PLANTÃO EXTRAORDINÁRIO
 Tipificação Primitiva: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
 Data/Hora do Fato:
 Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)
 Local do Fato: BANCÁRIOS João Pessoa PB ZONA URBANA

VITIMA-COMUNICANTE(I)

Nome: MARCELO COSTA BARBOSA
 Sexo: MASCULINO
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Nome do Pai: JADSON ALVES BARBOSA
 Nome da Mãe: MARIA DAS GRAÇAS COSTA BARBOSA
 Rg: 1413590802 SEDS PB
 Profissão: EDUCADOR FÍSICO
 Endereço Residencial: RUA REJANE FREIRE CORREIA NO. 1381 APTO 101 BANCÁRIOS João Pessoa PB ZONA URBANA
 Telefone Residencial:
 Endereço Comercial: ZONA URBANA
 Telefone Comercial:
 Celular:

Nascimento: 15/05/1989
 Naturalidade: João Pessoa PB
 Cor/Raça: NÃO INFORMADA
 Idade: 25 A 29
 CPF: 083.918.884-60

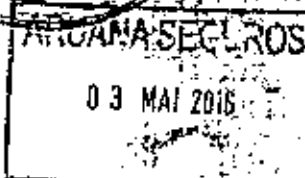
**HISTÓRICO**

QUE SEGUNDO AFIRMAÇÕES DO NOTIFICANTE, O referido afirma que, no dia 09/12/2015 às 05:55h, VINHA PILOTANDO UMA MOTO HONDA/NXR 150 BRO/ COR PRETA, ANO 2012/2012, PLACA OEW-12247/B, DE PROPRIEDADE DA EMPRESA NOSSA TINTA LTDA., PELA AV. SERGIO GUERRA, BANCÁRIOS, JOÃO PESSOA/PB, INDO PARA O TRABALHO, QUANDO AO FAZER A CURVA NA AVENIDA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO-A CAÍ CONTRA O SOLO. NA OCASIÃO A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, PARA COMPLEXO HOSPITALA MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO, motivo pelo qual noticia o fato e solicita a respectiva Certidão e/ou as providências cabíveis.

Vítima/Comunicante:

Elaborado por: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS, Policial Civil

Ligue 197 - Sua denúncia é importante!





27/01/2016

SPP - SISTEMA DE PROCEDIMENTOS POLICIAIS DA POLICIA CIVIL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

Delegacia Geral da Polícia Civil

7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 475/2016

DADOS DO FATO

Data/Hora de Registro: 27/01/2016 06h28:30
 Circunscrição: 7ª Delegacia Distrital De Cabedelo
 Executo Serviço: PLANTÃO EXTRAORDINÁRIO
 Tipificação Preliminar: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO
 Data/Hora do Fato:
 Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRACA, ETC)
 Local do Fato: BANCARIOS João Pessoa PB ZONA URBANA

VITIMA-COMUNICANTE(S)

Nome: MARCELO COSTA BARBOSA
 Sexo: MASCULINO
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRO(A)
 Nome do Pai: JADSON ALVES BARBOSA
 Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS COSTA BARBOSA
 Rg: 1413500802 SEDS PB
 Profissão: EDUCADOR FÍSICO
 Endereço Residencial: RUA REJANE FREIRE CORREIA NO. 1381 APTD 101 BANCARIOS João Pessoa PB ZONA URBANA
 Telefone Residencial:
 Endereço Comercial: ZONA URBANA
 Telefone Comercial:
 Celular:
 Nascimento: 13/05/1989
 Nacionalidade: João Pessoa PB
 Cor/Raça: NÃO INFORMADA
 CPF: 083.918.834-60
 Idade: 25 A 29

HISTÓRICO

QUE SEGUNDO AFIRMAÇÕES DO NOTIFICANTE, O REFERIDO Afirmo que, no dia 09/12/2015 às 05:55h, VINHA PILOTANDO UMA MOTO HONDA NXR 150 BRO COR PRETA, ANO 2012/2012, PLACA OEW-1224/PB, DE PROPRIEDADE DA EMPRESA NOSSA TINTA LTDA., PELA AV. SERGIO GUERRA-BANCARIOS, JOÃO PESSOA/PB, IDO PARA O TRABALHO, QUANDO AO FAZER A CURVA NA AVENIDA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAÍ CONTRA O SOLO. NA OCASIÃO A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU COM FRATURA NA TÍBIA ESQUERDA, PARA COMPLEXO HOSPITAL MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO MURITY, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO, motivo pelo qual noticia o fato e solicita a respectiva Certidão das providências cabíveis.

Vitima/Comunicante: *Marcelo Costa Barbosa*
 Elaborado por: ANTONIO CARLOS DOS SANTOS, Policial Civil

Urges 197 - Sua denúncia é importante!



ARCANO SEGUROS

03 MAI 2016

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARCELO COSTA BARBOSA, portador da carteira de identidade nº 1413590802 e inscrito no CPF/MF sob o nº 083.918.884-60, residente e domiciliado na RUA REJANE FREIRE CORREIA APTº 101 N.º 1381, Cidade JOÃO PESSOA, 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:

- () 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.

DOCUMENTO 3 *T3%h*



Marcelo Costa Barbosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

22 DE DEZEMBRO DE 2015

Local e data

ARUANA SEGUROS

03 MAI 2016



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARCELO COSTA BARBOSA, portador da carteira de identidade nº 1413390802 e inscrito no CPF/MF sob o nº 083.918.284-60, residente e domiciliado na RUA REIANE FERREIRA CORREIA AP 101 N° 1381, Cidade ADÃO PESSOA, Estado PARAIBA, 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.

Marcelo Costa Barbosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

22 DE DEZEMBRO DE 2015

Local e data

ARUANA SEGUROS

03 MAI 2016



**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**
PAZ E VIDA MELHORA

CNPJ 08.806.754/0001-27
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
 Av. Diógenes Chianca, 1777
 Água Fria - CEP 58053-900
 João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

DOCUMENTO 2 - T2%



Atendendo o requerimento nº 512/116, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sobre protocolo: 1071430, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **MARCELO COSTA BARBOSA**, idade 26 anos, vítima de **Acidente Automobilístico (Queda de Moto)** no dia 09/12/2015, Av. Sergio Guerra, Bairro: Bancários - João Pessoa - aproximadamente às 05:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

João Pessoa, 21 de Dezembro de 2015.


Jefferson da Rocha Augusto
 Coordenador do SAME - SAMU 192 - P
 Estofático - Matr. 07.158-8 - SAMU 192 - P

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
 Coordenação do SAME - SAMU 192
 Regional de João Pessoa

ADILIANA SIEGROS
ADILIANA SIEGROS
 03 MAI 2016

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
Cidade Heroica

ASL-0887383/16
MERCOS.DISIG.0416
17/05/2017 15:12:17
CNPJ 08.806.754/0001-37
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianco, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

ASL-0887383/16
MERCOS.DISIG.0416
17/05/2017 15:12:17

DECLARAÇÃO

DOCUMENTO

Aten Requerimento nº 512/116, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sobre protocolo: 1071430, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente MARCELO COSTA BARBOSA, idade 26 anos, vítima de Acidente Automobilístico (Queda de Moto) no dia 09/12/2015, Av. Sergio Guerra, Bairro Bancários - João Pessoa - PB aproximadamente às 05:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma Mangabeira).

ASL-0887383/16
MERCOS.DISIG.0416
17/05/2017 15:12:17

ASL-0887383/16
MERCOS.DISIG.0416
17/05/2017 15:12:17

ASL-0887383/16
MERCOS.DISIG.0416
17/05/2017 15:12:17
João Pessoa, 21 de Dezembro de 2015.



Jefferson da Rocha Augusto
Estadístico - Matr. 07.158-6 - SAMU 192-JP

ASL-0887383/16
MERCOS.DISIG.0416
17/05/2017 15:12:17

ASL-0887383/16
MERCOS.DISIG.0416
17/05/2017 15:12:17

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192 - Regional de João Pessoa

ARUANA SEGUROS

03 MAI 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCELO COSSA BARBOSA

RG nº 1413590802, data de expedição 15 / 10 / 2004, Órgão SSP-BA,

CPF nº 083.918.884-60, 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 Refame Freire Correia</u>
Número	<u>1381</u>
Apto / Complemento	<u>aptº 101</u>
Bairro	<u>Bom Jardim</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98808-6227</u>
E-mail	<u>netlojudicialpb@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 04 de Abril de 2016

Assinatura do Declarante: Marcelo Costa Barbosa

ARUANA SEGUROS

03-MAI-2016

JADSON ALVES BARBOSA
RUA REJANE FREIRE CORREIA, 138 | JAC 101 - BANCARIOS
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000-000 (AG: 1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOPHASE
Roteiro: 8-5-813-1420 Referência: Dez/2015
Nº medidor: 00009123735 Emissão: 11/12/2015

ENERGISA PARÁIBA DIS: PARÁIBA DE ENERGIA S.A.
B-220, Km 25 - Cidade Satélite - Jd. - P. 5504790 - CEP: 80714-080
CNPJ: 06.952.70-01-40 Ins. Est. 18-116.623-0

Nota Fiscal/Contato: 100-9015444-140-3437-080
Código para Dúvidas e Autenticação: 02012844398

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Baixa BOM BOM Cód. 4076 ex71 0202 2140

Conta referente a

LIC (Unidade Consumidora): 5/1384648-0

Canal de contato

Dez/2015

Apresentação

11/12/2015

Data prevista da
próxima leitura

12/01/2016

CPI/ CNPJ/ RANI

19437820400

Cálculo de consumo

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Letura Data Letura
12/11/15 1033 11/12/15 1059

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	126	1,41817	52,68
Adc. St. Vermeiro			5,87
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (Base de Cálculo R\$ 60,44 (Alíquota 27,00%))			24,42
PIS			1,37
COFINS			6,30
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			3,82
JUROS DE MORA 09/2015			1,52
JUROS DE MORA 10/2015			0,97
MULTA 08/2015			1,54
MULTA 10/2015			1,82

Faturas em atraso

19/12/2015 102,01

Histórico de Consumo (kWh)

NOV15 145
OUT15 118
SET15 118
AGO15 121
JUL15 139
JUN15 180
MAI15 180
ABR15 150
MAR15 135
FEV15 73
JAN15 173
DEZ14 174

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2015 1,68
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2015 0,48

Média dos últimos meses
141 kWh

VENCIMENTO

18/12/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 101,87

Indicadores de Qualidade 2015 - Médias

Limites da ANEEL	Aperado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 5,40	1,08	NCM&M 220
DIC TRIMESTRAL 10,80		
DIC ANUAL 21,73		
FIC MENSAL 5,40	1,00	CONTROLE 201
FIC TRIMESTRAL 8,25		LIMITE INFERIOR 201
FIC ANUAL 13,70		LIMITE SUPERIOR 221
DIC 5,11	0,00	
DIC 12,22		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Des. de Energ. e PB	18,40	18,12
Contribuição de Energia	21,18	20,81
Serviço de Transmissão	1,52	1,49
Encargos Sociais	8,17	8,06
Impostos Diretos e Encarg. s	41,35	40,60
Outros Serviços	2,18	2,12
Total	101,87	100,00

Valor do encargo de Uso de Sistema de Distribuição
(R\$ 10,2015) (R\$ 28,20)

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) quitada(s) no prazo em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 28/12/2015. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a responsabilidade da dívida suspenso. O fornecimento, caso a mesma não seja quitada ou os contos pagos não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

VENCIMENTO

18/12/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 101,87

Roteiro: 8-5-813-1420
Módulo: 1304049-2015-12-1

83600000001.5 01870149000-7 13846482015-6 121 10050019 3



ARQUIVADO SEGUROS

03 MAI 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, MARCELO COSTA BARBOSARG nº 1413590802, data de expedição 15/10/2004 Órgão SSP-BA

CPF nº 083.918.884-60, 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 Refine Trece Energia</u>
Número	<u>1381</u>
Apto / Complemento	<u>aptº 101</u>
Bairro	<u>Bomcoelho</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98808-6227</u>
E-mail	<u>gallgudiciol.pb@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 04 de Maio de 2016Assinatura do Declarante: Marcelo Costa Barbosa

ARJANA SEGUROS

03 MAI 2016



MARCELO

CHEGOU SUA FATURA DA OI,
Acesse www.oi.com.br/MinhaOI

FATURA DE
MAI/2017

CODIGO MINHA OI
401560907683



CTC CORREIOS
MARCELO COSTA BARBOSA
REJANE FREIRE CORREIA 381
JD CID UNIVERSITARIA
50050-197 - JOAO PESSOA - PB



00039236 00000 000000000000 10 050517

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI CONTA 250

- MÓVEL (83) 98663-0889
+ Oi Internet Pra Celular
- MÓVEL (83) 98854-8855
+ Oi Internet Pra Celular
- MÓVEL (83) 98770-7997
+ Oi Internet Pra Celular
+ DDD e Roaming Nacional 250
+ Linha Adicional

ARUANA SEGUROS

07 AGO 2017

TOTAL DE MENSALIDADES

SUBTOTAL

Multa e Juros

TOTAL DA SUA FATURA



CTC RECIFE PE PL12
RENAN ALLINSON RODRIGUES COSTA
R BACHAREL JOSE DE OLIVEIRA CURCHATUZ 320
APARTAMENTO 302 BLOCO C
JARDIM OCEANIA
58037-432 - JOAO PESSOA - PB



2 30 050717

ARUANA SEGUROS
07 AGO 2017

CÓDIGO DAS PRESTADORAS DE LONGA DISTÂNCIA			Atendimento ao Cliente: 144
41 TIM	14 01	12 ALGAR	Deficientes Auditivos e de Fala: 0800 741 25 80 Anatel: 1331
15 VIVO	31 TELEMAR	43 SERCOMTEL	
21 CLARO	91 IP CORP	75 VIVWAY	

Para Uso Exclusivo dos Correios

No eventual impossibilidade de entrega, este documento deve ser retornado à Av. Tucuruá, 421 - Alphaville Industrial - Barueri/SP - CEP 06460-020

☐ Mandado ☐ Não existe nº indicado ☐ Desconhecido ☐ Não Procurado ☐ Informação escrita pelo portador/indico ☐ Retornado ao remetente em: ____/____/____

☐ Ausente ☐ Endereço incorreto ☐ Retornado ☐ Falecido ☐ Outros ☐ Remetente

Atenção Cliente TIM

Para enviar correspondências para TIM, acesse www.tim.com.br ou telefone fixo e fale com nossos atendentes.





ARUANA SEGUROS

DECLARAÇÃO

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

A Circular nº SUSEP 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 comunicação² ao COAF.

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

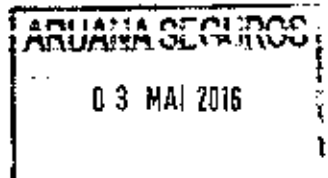
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Geary Trifone da Silva, portador(a) do RG nº 4.721.351, expedido por GOIÁS/PE, em 01/07/14, CPF/CNPJ nº 047.172.064-01, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) marcelo Pedro Barbosa do sinistro de DPVAT da natureza _____ da vítima marcelo Pedro Barbosa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recuso-me Renda Mensal: R\$ recuso-me

Documentos comprobatórios: recuso-me

Geary Trifone da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**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 RENAN ALGIBSON RODRIGUES portador(a) do

RG nº 3068947 2ª via, expedido por SSP/PB, em

04/12/2012, CPF/CNPJ nº 013.957.709-92,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCELO

COSTA BARBOSA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima MARCELO COSTA BARBOSA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: — 11 —

Renan Algibson Rodrigues Costa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS

07 AGO 2017



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 RENAN ALLINSON RODRIGUES COSTA, portador(a) do RG nº 3068797, expedido por SSP/PB, em

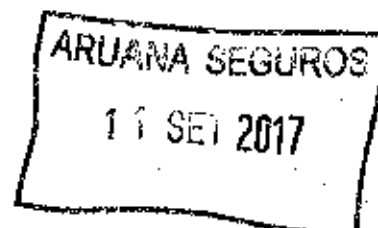
14/08/2003, CPF/CNPJ nº 013.957.904-92

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCELO COSTA BARBOSA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima MARCELO COSTA BARBOSA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO INFORMAR Renda Mensal: R\$ RECUSO INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

Renan Allinson R. Costa
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DAS GRACAS COSTA BARBOSARG nº 2001002190442 data de expedição 13 / 05 / 2001Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 247 016 884-87, comdomicílio na cidade de João Pessoa, no Estado deParaíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)R. Regane Freire Correia, nº 1381complemento apto 101, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima MARCELO COSTA BARBOSA, cujo o condutor eraMARCELO COSTA BARBOSA.Veículo: MOTOCICLETA HONDA NXR 150Modelo: BROS ESAno: 2012/2012Placa: 05W-1224Chassi: 9C2K00550CR557314Data do Acidente: 09/12/2015Local e Data: 2 João Pessoa - PB, 06 de 19 de Julho de 2017.

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Assinatura do Declarante

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
 Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
 Rua: São Francisco de Assis, 40 - Mangueira - CEP: 56200-000 - João Pessoa - Paraíba - Fone: (33) 3224-0000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) FIrma(s) de
MARIA DAS GRACAS COSTA BARBOSA
 Em test. da verdade: João Pessoa - PB 19/07/2017, 11:00:00
 Fabio Roberto C. Batista - ESCRIVÃO AUTORIZADO
 (2017-033624) END: RP, 07/23/FAPEM: RP, 01/27/FEPO: RP, 1, 08, ISS: RP, 0, 40
 SELO DIGITAL: AFH5664-KM7V
 Confira a autenticidade em: <https://sistema.tribuna.com.br>



ARUANA SEGUROS

07 AGO 2017

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
38056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 812689 Atd: Nao Regular
Data: 09/12/2015
Hora: 06:59:43
Recepcionista: LUARA DA SILVA PEREIRA
Clinica: CIRURGICA

NOME DO PACIENTE
Nome: MARCELO COSTA BARBOSA
Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 30424113
Natural: RECIFE/PE Data Nasc.: 12/05/1989 Id: 26 ano(s)
End.: RUA REJANE FREIRE CORREIA, 1381 APT 101
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2015.12.000671

Nome do Responsavel: JADSON ALVES BARBOSA
Nome da Responsavel: MARIA DAS GRACAS COSTA BARBOSA
Profissao: EDUCADOR SEM ESPECIFICACAO
Informacoes de Entrada

DOCUMENTO 4 "T4%"



Responsavel: MAE

Rel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO BANCARIOS/CARREFUR

Transporte utilizado: SAMU

Causa de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 06:00/BRANCO SUERP COMP

Ultima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Grupo de Classificacao de Risco: AMARELO

FR:

TP:

Altura:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Exame Principal

TRAUMATISMO DE MOTO- FIBULA ESQUERDA DISTAL COM
DEFORMIDADE

ARUANA SEGUROS

03 MAI 2016

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

no pun do to por e q.

Ha ja agora qual o segun negativo e / pto

Diagnostico

Conduta

El caso no pun local pto exposto

Prescricao

Horario da medicacao

Seu status el corpo no pun do to a lto

Res Nao e Ocu pto Ocu

Diagnostico de + AD (U) - 07:08
Tratado no pun do to a lto

João Macedo
CRM 58.9716
CPF 616.301.613-80

Perseguido
Paciente com fratura
de fêmur
Análise Externa por

Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Assinatura

Dr. João ...
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 4512

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

A. M. Barbosa

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



CERTIDÃO

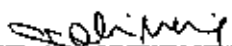
Nº. 0074/2016

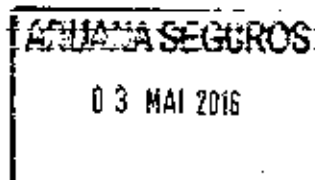
Atendendo solicitação de RAFAEL VITORINO DA SILVA FILHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 812689 e Prontuário Nº 2015.12.000871 pertencente a **MARCELO COSTA BARBOSA** que foi atendido no dia 09/12/2015 às 06h59min, vítima de queda de moto, apresentando trauma na perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exames de imagem que evidenciou fratura da tíbia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/12/2015 com alta dia 10/12/2015.

E para constar eu, Sônia Maria Marcel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de Janeiro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





CITRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
 AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
 58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
 FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 812689 Atd: Nao Regular
 Data: 09/12/2015
 Hora: 06:59:43
 Recepcionista: LUARA DA SILVA PEREIRA
 Clínica: CIRURGICA

NOME DO PACIENTE: MARCELO COSTA BARBOSA
 SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 30424113
 Natural: RECIFE/PE Data/Nasc: 12/05/1989 Id: 26 ano(s)
 End.: RUA REJANE FREIRE CORREIA, 1381 APT 101
 Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PP

Num. de vezes atendido: 1
 Num. Prontuário: 2015.12.000671

NOME DO RESPONSÁVEL: JADSON ALVES BARBOSA
 MARIA DAS GRACAS COSTA BARBOSA
 Ocupação: EDUCADOR SEM ESPECIFICAÇÃO
 INFORMAÇÕES DE ENTRADA
 Resp.: MAE

Al/Doc. Responsável: SEM DOCUMENTO: SD
 Sucedência: BAIRRO BANCARIOS/CARREFOUR

Transporte utilizado: SAMU

Causa de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 06:00/BRANCO SUERP COMP

Tempo de violência por: NAO

() Caso Policial

PRE-CONSULTA

Grado de Classificação de Risco: AMARELO
 TP:
 Altura:
 Glicemia:
 IMC:
 Circ. Abd: 02%

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

() Aparentemente Bem () Grave
 () Politraumatizado () Convulsão
 () Hemorragia () Dispneia
 () Diarreia () Agitado
 () Regular () Chocado
 () Vômito

Observação

ARUANA SEGUROS

03 MAI 2016

Exame Principal

TRAUMA DE MOTO - FIBULA ESQUERDA DISTAL COM
 FRATURAS

HISTÓRIA - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

no dor de tórax, fadiga.

fever, antecede de 1 dia de tórax, fadiga.

Conduta

Conduta

Horário da medicação

Horário da medicação

Receita e Análise de Urina

Dipirona 2g + AD 100mg - 07:00
 Tiludil 20mg - 08:00

João Macedo
 CRM: 88.8716
 CDE: 616.301.613-80

Parafeder:

Paciente com fratura

Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura | carimbo)

17/05/2017 15:12:24

ASL-0887383/18
MARCOSS.DISTOIG.0418
17/05/2017 15:12:24

Dr. Marcos Distóig. 0418
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 984218

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

ASL-0887383/18
MARCOSS.DISTOIG.0418
17/05/2017 15:12:24

ASL-0887383/18
MARCOSS.DISTOIG.0418
17/05/2017 15:12:24

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria

☐ Desistência ☐ UTI
Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

17/05/2017 15:12:24

17/05/2017 15:12:24

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



ASL-0867363/16
marcos.dist@ig.0416
17/05/2017 15:12:24

CERTIDÃO

Nº. 0040/2016

ASL-0867363/16
marcos.dist@ig.0416
17/05/2017 15:12:24

Atendendo solicitação de RAFAEL VITORINO DA SILVA FILHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento nº 812689 e Prontuário Nº 2015.2.003671 pertencente a **MARCELO COSTA BARBOSA** que foi atendido no dia 09/12/2015 às 06h59min, vítima de queda de moto apresentando trauma na perna esquerda. Submetido à avaliação médica e exames de imagem que evidenciou fratura da tibia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/12/2015 com alta dia 10/12/2015.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

ASL-0867363/16
marcos.dist@ig.0416
17/05/2017 15:12:24
João Pessoa, 16 de Janeiro de 2016

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PE 2859

ASL-0867363/16
marcos.dist@ig.0416
17/05/2017 15:12:24

ASL-0867363/16
marcos.dist@ig.0416
17/05/2017 15:12:24

ATUALIZA SEGUROS

03 MAI 2016

GOVERNADORIA DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO

RENATA COSTA BARBOSA

DOCUMENTO 5 1413190003

033.918.804-60 12/05/1951

RENATA ALVES BARBOSA
MARIA DAS GRACAS COSTA
BARBOSA

12/12/2007

0 202711001

19.01/2010

12/12/2007

ORIGEM DO

DOCUMENTO 5 "TS90"



Renata Costa Barbosa

ATUALIZAÇÃO

JOAO PESSOA, PB

15/01/2010

Rodrigo Carvalho

21455350030
E-025703101

DETRAN-PB-CP-ALBA

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

693754775

PROIBIDO PLASTIFICAR

693754775

03 MAI 2016



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **083.918.884-60**

Nome da Pessoa Física: **MARCELO COSTA BARBOSA**

Data de Nascimento: **12/05/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/08/2006**

Digito Verificador: **00**

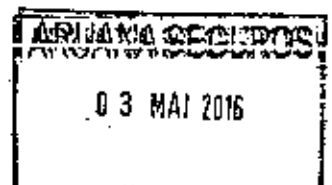
Comprovante emitido às: **11:46:06**: do dia **04/01/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **0711.2CC1.44AD.5786**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



DOCUMENTO 1 *T1%*



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **083.918.884-60**

Nome da Pessoa Física: **MARCELO COSTA BARBOSA**

Data de Nascimento: **12/05/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/08/2006**

Digito Verificador: **00**

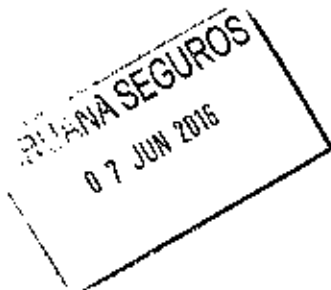
Comprovante emitido às: **12:51:32** do dia **07/06/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **EE14.1C4F.8688.B9DD**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Documentos de Identificacao



MAICELLO COSTA BARBOSA

DOC IDENTIFICADORA
1415/90882

002 910 882-60 12/05/2013

JADSON ALVES BARBOSA

MARIA DAS GRAÇAS COSTA
BARBOSA

15/01/2016 12/12/2007

RECIBO

025291164

15/01/2016

12/12/2007

OPERAÇÃO

JOAO PESSOA, PB

16/01/2013

Rodrigo Costa

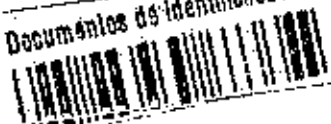
21455383430
09023763530

EXCELSA

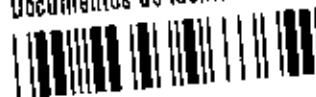
ARUANA SEGUROS

17 MAI 2017

Documentos de Identificacao



Documentos de identificação



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

PORT
RENAN ALLIKSON RODRIGUES COSTA

PLACAS
HECITOR PEREIRA DA COSTA
VERONICA MARIA RODRIGUES RIBEIRO DA COSTA

ALFABETIZADO
JOAO PEREIRA DA

DATA
10/08/17 08:21:28

NUMERO DE IDENTIFICACAO
4011171800

DATA DE VALIDACAO
4/09/2012

ASSINATURA
[Assinatura]

PRESENTE

ARUANA SEGUROS

26 MAI 2017



ARUANA SEGUROS
23 MAI 2017

REPÚBLICA DE PARAGUAY MINISTERIO DE TRANSPORTES	
DEPARTAMENTO DEPARTAMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	PLACA OEWM1224
PROPRIETÁRIO NOSSA TINTA LTD	ANEXO 2015
ESPECIE / TIPO PASSA / MOTOCICLETA	COMBUSTIVEL ALCOIGASOL
MARCA / MODELO HONDANXR150 BROS ES	ANO FAB 2012
CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE PRETA
DATA DE EMISSÃO 29/04/2016	VALIDADEZ 21
Observações Nenhum	
JOAO PESSOA 04/01/2016	

OEWM1224

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2015
 Proprietário: NOSSA TINTA LTD
 Placa: OEWM1224
 Combustível: ALCOIGASOL
 Marca/Modelo: HONDANXR150 BROS ES
 Especie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
 Ano de Fabricação: 2012
 Ano Modelo: 2012
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 29/04/2016
 Observação:
 Restrição:
 Financieira:
 Município: JOAO PESSOA
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 04/01/2016

DOCUMENTO 6 "T6/a"



ARUANA SEGUROS

03 MAI 2016

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DA JUSTICA	
DEPARTAMENTO DE REGISTRO DE VEICULOS	
NOME / ENDEREÇO	
NOSSA TINTA LTD	
PLACA	
OEW1224	
MARCA / MODELO	
PASSA / MOTOCICLETA	
CONSTRUTORA	
ALCOIGASOL	
MARCA / MODELO	
HONDANXR150 BROS ES	
ANO FAB	
2012	
ANO DE FABRICAÇÃO	
2012	
CATEGORIA	
PARTICULAR	
COR PREDOMINANTE	
PRETA	
VENCIMENTO LICENCIAMENTO	
29/04/2016	
OBSERVAÇÕES	
JOAO PESSOA	
4/01/2016	

OEW1224
Impedir Consulta
Último Licenciamento: 2015
Proprietário: NOSSA TINTA LTD
Placa: OEW1224
Combustível: ALCOIGASOL
Marca/Modelo: HONDANXR150 BROS ES
Especie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
Ano de Fabricação: 2012
Ano Modelo: 2012
Categoria: PARTICULAR
Cor Predominante: PRETA
Vencimento Licenciamento: 29/04/2016
Observação:
Restrição:
Financeira:
Município: JOAO PESSOA
Situação: EM CIRCULACAO
Data da Consulta: 04/01/2016

ASL-0867383/16
MERCOS.DISTIG.0416
17/05/2017 15:20:28

ASL-0867383/16
MERCOS.DISTIG.0416
17/05/2017 15:20:28

ASL-0867383/16
MERCOS.DISTIG.0416
17/05/2017 15:20:28

ASL-0867383/16
MERCOS.DISTIG.0416
17/05/2017 15:20:28

ASL-0867383/16
MERCOS.DISTIG.0416
17/05/2017 15:20:28

ARUANA SEGUROS
03 MAI 2016

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Contratações de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0203237/17
Vítima: MARCELO COSTA BARBOSA
CPF: 083.918.884-60

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/12/2015
Titular do CPF: MARCELO COSTA BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCELO COSTA BARBOSA : 083.918.884-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

RENAN ALLINSON RODRIGUES COSTA : 013.957.904-42

Documentos de identificação
Procuração

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

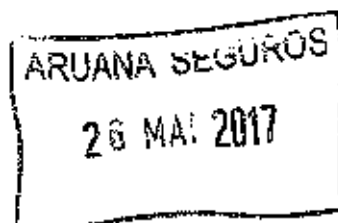
Data: 26/05/2017
Nome: RENAN ALLINSON RODRIGUES COSTA
CPF/CNPJ: 013.957.904-42

RENAN ALLINSON RODRIGUES COSTA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 26/05/2017
Nome: Maria Aqueline Carvalho Rodrigues
CPF: 150.838.047-35

Maria Aqueline Carvalho Rodrigues



**Consulta Quadro de Sócios e Administradores - QSA**

CNPJ: 04.983.743/0001-08
NOME EMPRESARIAL: NOSSA TINTA LTDA - ME
CAPITAL SOCIAL: R\$ 40.000,00 (Quarenta mil reais)

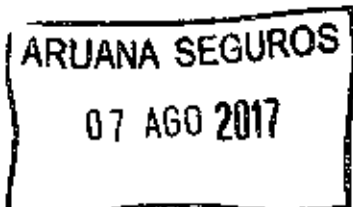
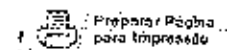
O Quadro de Sócios e Administradores (QSA) constante da base de dados do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) é o seguinte:

Nome/Nome Empresarial:	MARIA DAS GRACAS COSTA BARBOSA
Qualificação:	49-Sócio-Administrador

Nome/Nome Empresarial:	THIAGO COSTA BARBOSA
Qualificação:	22-Sócio

Para informações relativas à participação no QSA, acessar o E-CAC com certificado digital ou comparecer a uma unidade da RFB.

Emitido no dia 27/07/2017 às 17:49 (data e hora de Brasília).

[Voltar](#)

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NUMERO DE INSCRIÇÃO 04.883.743/0001-08 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 07/02/2002
NOME EMPRESARIAL NOSSA TINTA LTDA - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 47.41-5-00 - Comércio varejista de tintas e materiais para pintura			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 206-2 - Sociedade Empresária Limitada			
LOGRADOURO R CREUZA CAMPOS DE VASCONCELOS	NÚMERO 428	COMPLEMENTO SALA B	
CEP 58.057-370	BAIRRO/DISTRITO MANGABEIRA IV	MUNICÍPIO JOÃO PESSOA	UF PB
ENDEREÇO ELETRÔNICO		TELEFONE	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 06/08/2005	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 27/07/2017 às 17:48:34 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)

[Voltar](#)



Preparar Página
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).
[Atualize sua página](#)

ARUANA SEGUROS
07 AGO 2017

Outros



ASSESSORIA JURÍDICA

João Pessoa-PB, 27 de Julho de 2017.

ATT.

SUCURSAL ARUANA SEGUROS

ENDEREÇO: AV. DANTAS BARRETO, Nº 507, EDF. ANTÔNIO BARBOSA, SALA Nº. 1214/1215, SANTO ANTÔNIO, RECIFE-PE, CEP: 50010-921.

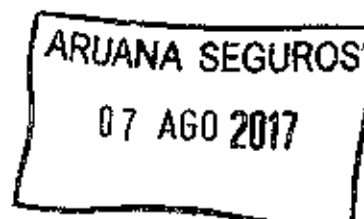
ASSUNTO: Referente ao sinistro nº. 3170289518, da vítima/beneficiário MARCELO COSTA BARBOSA

Prezados, segue anexo a documentação requerida para prosseguimento do pedido de indenização por invalidez pretendida pelo Sr. MARCELO COSTA BARBOSA, Sinistro nº. 3170289518, aguardando prosseguimento do processo administrativo e deferimento do benefício indenizatório.

Sendo necessário outras providencias, entrar em contato através dos telefones (083) 3222-8946 / 99928-8860 (*whatsapp*) ou pelo *e-mail*: renan_allinson@hotmail.com.

Atenciosamente,


RENAN ALLINSON RODRIGUES COSTA
ADV. OAB/PB 16.065





Antonio Barbosa
02 JUL 2017
Fernando
Posteiro

A.R.

A.R.

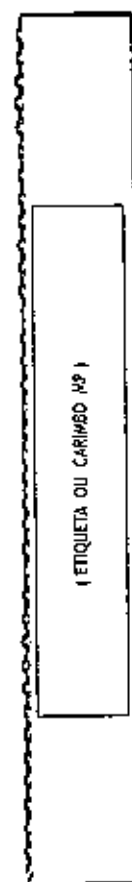
DESTINATARIO: SUCURSAL ARUANA SEGUROS

Endereço: AV. DANTAS BARRETO, Nº 507, EDF. ANTONIO BARBOSA, SALA Nº 3214/1215,
DISTRITO SANTO. ANTONIO, RECIFE-PE.

CEP: 50010-924.

360

ARUANA SEGUROS
07 AGO 2017



REMETENTE: RENAN ALLISON RODRIGUES COSTA
Endereço: AV. DEL JOSE DE OLIVEIRA CUNHA, Nº 320, APT. 302-C,
BESSA. EDE. REI MAGOS, JOÃO PESSOA - PB.

CEP: 5837-432

João Pessoa-PB, 29 de Agosto de 2017.

Outros



ATT.

ARUANA SEGUROS

ENDEREÇO: Avenida Rio Branco, Nº. 89 – Centro – Rio de Janeiro RJ – Cep: 20040 004.

ASSUNTO: Referente ao sinistro nº. 3170289518, da vítima/beneficiário MARCELO COSTA BARBOSA

Prezados, segue anexo a documentação (DECLARAÇÃO SUSEP - PROCURADOR) requerida para prosseguimento do pedido de indenização por invalidez pretendida pelo Sr. MARCELO COSTA BARBOSA, Sinistro nº. 3170289518, aguardando prosseguimento do processo administrativo e deferimento do benefício indenizatório.

Sendo necessário outras providencias, entrar em contato através dos telefones (083) 3222-8946 / 99928-8860 ou pelo *e-mail*: renan_allinson@hotmail.com.

Atenciosamente,


RENAN ALLINSON RODRIGUES COSTA
ADV. OAB/PB 16.065



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170289518 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO COSTA BARBOSA **Data do acidente:** 09/12/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura de tibia esquerdo.

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marcelo Costa Barbosa

Brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Educador Físico

RG: 9.413.590.802, CPF: 083.918.884 - 60, residente e domiciliado(a)

A Rua Regina Teófilo Pereira 1381 aptº 101 Bananeiras

Cidade de João Pessoa, Estado PB, CEP: 58000 - 000

Telefone (83) 98854 - 8855

DOCUMENTO 4 "T40n"



OUTORGADO: João Teófilo Pereira da Silva

Brasileiro(a), estado civil casado, RG: 4.721.351

CPF: 047.172.064 - 01, residente e domiciliado(a) A Rua Dr. Correia

116, nº 09 Lixão Pombal

Cidade de João Pessoa, Estado PB, CEP: 58013 - 430

Telefone (83) 98808 - 6227

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, requerer a retirada e receber quaisquer documentos médicos, tais como: Prontuários, fichas e/ou boletins de esclarecimentos, laudos e/ou declarações médicas, perante qualquer unidade hospitalar deste estado, solicitar e receber declaração de atendimento perante o SAMU e CORPODE BOMBEIROS e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a LÍder DPVAT e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

03 MAI 2016

João Pessoa, 30 de MARÇO de 20 16

NOTÁRIO

FABIO BATISTA

Marcelo Costa Barbosa
OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIRIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

End: Rua Manoel Vieira - Bananeiras - Paraíba - CEP: 58000-000 - João Pessoa - Paraíba - Tel/Fax: 3333-3333 / 3333-3333

Reconheço, como autêntica e verdadeira: a(s) Fim(a)s de Marcelo Costa Barbosa
MARCELO COSTA BARBOSA
Em test. da verdade, João Pessoa - PB 30/03/2016 08:25:00
Fábio Roberto C. Batista - ESCRIVÃO AUTORIZADO
(2016-016309) ENL: R\$ 18,49 FAPEN: R\$ 0,25 FEPJ: R\$ 170 ISS: R\$ 0,42
SELQ DIGITAL: ADR96952-EY10





ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE (S): **MARCELO COSTA BARBOSA**, brasileiro, solteiro, estudante, inscrito no CPF/MF sob o nº 083.918.884-60 e RG 1413590802, SSP-BA, residente e domiciliado na Rua Rejane Freire Correria, nº. 1.381, Apto. 101, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa, PB, CEP: 58052-197.

OUTORGADO (S): O Bel: **HELMITON PEREIRA DA COSTA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 10.311, e **RENAN ALLINSON RODRIGUES COSTA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº. 16.065, ambos residentes e domiciliados nesta Capital, com escritório profissional, onde recebe as notificações de estilo, localizado na Av. D. Pedro I, nº 392, Ed. Capital Center, 3º Pavimento, sala 301, Centro, João Pessoa, PB, CEP: 58.013-020, fones: 3222-8946 e 9983-4628.

PODERES: Os da cláusula "ad judicia et extra", para o foro em geral, em todas as Instâncias, expressos e especiais, para representar o outorgante acima nominado, especialmente para apresentar e representa-lo administrativamente ou judicialmente para propor, por todos os meios necessários, o pedido de indenização do Seguro DPVAT junto a segurado LÍDER ou nas seguradoras conveniadas e suas sucursais, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor reconvenção e recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza e retirar cópias se necessário, com os poderes especiais para receber intimações, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo ainda substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes,

Av. Dom Pedro I | nº. 392, sala 301 | Edif. Capital Center | Centro | João Pessoa PB | CEP 58.013-020
Tel. (83) 3222.8946 | hr.advogados@hotmail.com

ARUANA SEGUROS

23 MAI 2017



ASSESSORIA JURÍDICA

dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

João Pessoa, PB, 24 de Janeiro de 2017.

CARTÓRIO

VIEIRA BATISTA

Marcelo Costa Barbosa
MARCELO COSTA BARBOSA
OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Des. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bolt. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Ezequiel de Azevedo, 40 - Mangabeira-PB CEP: 58055-110 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (33) 3222-8946

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....
MARCELO COSTA BARBOSA.....
.....
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 24/02/2017. Ass.:
Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO
[2017-009862]ENDL:R\$ 49,23 FARPEN:R\$ 0,27/FEPJ:R\$ 1,05
SELO DIGITAL: AE093156-0H20
Confirma a autenticidade em <https://selodigital.tjdjpb.jus.br>

OFÍCIO NOTARIAL
Des. Rômulo Vieira Batista
Rua Ezequiel de Azevedo, 40 - Mangabeira
João Pessoa-PB

ARUANA SEGUROS
26 MAI 2017