

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11420579

A/C: DAVID MEDEIROS VIEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170417865 ASL-0295666/17
Vítima: DAVID MEDEIROS VIEIRA
Data Acidente: 05/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2017

Carta nº: 11533252

A/C: DAVID MEDEIROS VIEIRA

Sinistro: 3170417865 ASL-0295666/17
Vítima: DAVID MEDEIROS VIEIRA
Data Acidente: 05/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Setembro de 2017

Carta nº: 11615811

A/C: DAVID MEDEIROS VIEIRA

Sinistro: 3170417865 ASL-0295666/17
Vítima: DAVID MEDEIROS VIEIRA
Data Acidente: 05/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: DAVID MEDEIROS VIEIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 0000069164-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: DAVID MEDEIROS VIEIRA

Nº Sinistro: 3170417865

Vitima: DAVID MEDEIROS VIEIRA

Data do Acidente: 05/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170417865**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO 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, DAVID MEDEIROS VICIÇA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3493987 EXPEDIDO POR SSPIPR EM 16/04/14 E
 CPF 10022031564-09 CNPJ 00000000-00000000 PROFISSÃO RECUSO
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DAVID MEDEIROS VICIÇA, 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 priorização à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a efetuar o 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 fonte 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 apareçam 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 SISEPVAT 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, aceites à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou clipe de verso de cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0137 TP da CONTA (com dígito, se existir) 00069164-9

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.

KIAGUAGESPB 10/07 de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

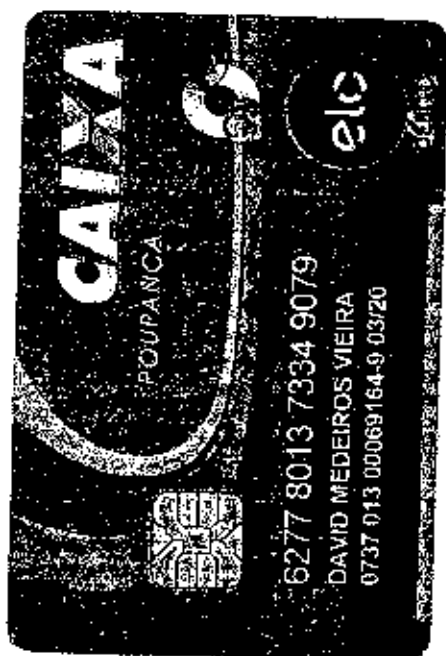
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.300,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.300,00 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\$ 1.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotalib.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 020 020.

RECEBIDO

01 AGO 2017

GRUPO SEGURADOR
B31APFRE



419





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE FAGUNDES
Praça Severino Cabral, Nº10. - Centro - Fagundes. -

OCORRÊNCIA Nº 000837/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000837/17 registrada em 24/02/2017, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de fevereiro do ano de 2017, nesta cidade de Fagundes, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA MUNICIPAL DE FAGUNDES, quando encontrava-se presente a Bela. MARIA DO SOCORRO BARBOSA FAUSTO, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:41 horas, compareceu o Sr. DAVID MEDEIROS VIEIRA, com 25 anos de idade, filho de CACIMIRO FRANCISCO VIERIA NETO e MARIA HELENA MEDRIOS VIANA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de FAGUNDES. - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Completo, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3793887, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10212358445, residindo à rua SÍTIO MÃE JOANA, bairro ZONA RURAL, na cidade de Fagundes. - PB, celular 987924388.

Declarou que:

QUE NO DIA 05/02/17 POR VOLTA DAS 04:00 HORAS, PILOTAVA A SUA MOTOHONDA/NXR 150 BROS KS. ANO 2008, D COR AMARELA PLACA MNW1465, NO SÍTIO MÃE JOANA, PROXIMO AO ACÚDE MUNICIPAL, QUANDO HAVIA PARADO PARA FAZER UMA LIGACÃO. UM UM VEICULO QUE VINHA EM SENTIDO CONTRARIO BABEU NO DECLARANTE: QUE NA BATIDA SOFREU UMA FORTE PANCADA NO OUVIDO DIREITO QUE SANGOU BASTATE E FRATURA NO ORELHO DIREITO: QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS EM CAMPINA GRANDE ONDE FOI OPERADO E PERMANECEU DOIS DIAS INTERNADO NAQUELA CASA HOSPITAL. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro. depois de lido e achado conforme, expede a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Fagundes., Terça-feira, 13 de Junho de 2017

David Medeiros Vieira
DAVID MEDEIROS VIEIRA

Declarante

Maria Lenice Dantas

MARIA LENICE DANTAS

Escrivão



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE FAGUNDES
Rua MONSENHOR SALES, 53, CENTRO, Fagundes-PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido.
Dou fé. (A-1365-1 do CPC).
Fagundes/PB: 11/07/2017
Selo Digital: AFB07905-VH01
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$2,60 Fax: R\$0,14 MP R\$0,04 Fepj R\$1,40

Jose Bonifacio C. F. F. F.
Jose Bonifacio C. F. F. F.
Oficial Substituto

RECEBIDO

01 AGO 2017

GRUPO SEGURADOR
83114978



GOVERNO DO PARÁ SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1377864 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/02/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

PACIENTE: DAVID MEDEIROS Nascimento: 29/08/1981

VIEIRA

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

Atendente: Gisela De Oliveira Lopes

Nascimento: 29/08/1981

Endereço: SÍTIO MAE JOANA

Cidade: Fagundes

Nome da Mãe: MARIA HELENA MEDEIROS

VIEIRA

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

DATA DE ATEND: 05/02/2017

HORA: 06:19:41

CP: 10212356445

RG: 3798987

Sexo: M

Idade: 025

Telefone: 987824868

Bairro: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

CNPJ: 08.778.268/0038-52

CEP: 58432-809

Data: 05/02/2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAVID MEDEIROS VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000069164-9

Nr. da Autenticação 75849ADC1988202F



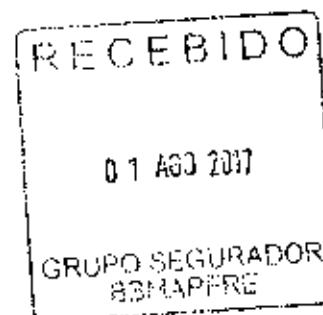
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DAVID MEDEIROS VIEIRARG nº 3793987, data de expedição 16/04/14, Órgão SSDS PB

CPF nº 102.83564-45 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>SÍTIO MAE JOANA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>S/N</u>
Bairro	<u>SÍTIO - ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>FAGUNDES</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58487000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)998298855 (83)988370673</u>
E-mail	<u>balbinoagui@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FAGUNDES 10/07/2017Assinatura do Declarante: David medeiros Vieira

MARIA HELENA MEDEIROS VIEIRA
S/Nº MAE JOANA S/Nº 750 - JARDIM ARAÚJO
FAZENDAS / PB CEP: 58400-000 (40) 4011-2222



Classificação: RESIDENCIAL / BARRA REIOA - RESIDENCIAL
Roteiro 12 - 404 - 439 - 1320 Referência: Jun / 2017
Nº medidor: N1010725022 Emissão: 21/05/2017
Energisa Distribuidora de Energia S/A
CNPJ: 06.926.996/0001-05 Ins. Est. 18.003.639-1
Nota Fiscal: Nota de Energia Elétrica Nº 000.334.077
Código para Débito Automático: 09061041011

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.023.0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/104101-1

Jun / 2017 Canal de contato

Apresentação

21/05/2017

Data prevista da próxima leitura

20/07/2017

CPF/CNPJ/RANI

Anterior 19/05/17 149411 Atual 21/05/17 15643 Constante 100 Consumo 692

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kwh)

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 30 kWh - 0,14403	30	0,14403	4,32
Consumo de 31 a 100 kWh - 0,24991	70	0,24991	17,49
Consumo de 101 a 220 kWh - 0,27039	120	0,27039	32,45
Atividade Verificação de Qualidade			0,55
Subscrição			21,72
ICMS			17,49
PS			0,45
COFINS			2,67
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUÍÇÃO PÚBLICA			
Devidos Serviços			
21,72			

Base de Cálculo

ICMS 17,49

PS 0,45

COFINS 2,67

VENCIMENTO 28/06/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 51,06

RESERVADO AO FISCO

76f8.c298.c579.4652.b0e7.15b9.8168.ed0c.

Indicadores de Qualidade 4/2017

Composição do valor total da sua conta

Discriminação

Valor (R\$)

%

Serviço de O&M de Energia/BO

8,24 16,33

Contribuição de Energia

6,40 12,55

Serviço de Transmissão

1,73 3,39

Encargos Sociais

3,87 7,57

Impostos Diretos e Encargos

28,17 55,11

Outros Serviços

0,00 0,00

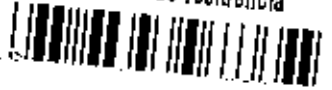
Total 51,06 100,00

Valor em R\$ (Ref. 4/2017) R\$ 51,06

ATENÇÃO

Sua Unidade foi informada como BARRA REIOA, tendo um desconto de R\$ 21,72





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOSE FGO OLIVEIRA DE ALMEIDA,RG nº 2903950, data de expedição 25/03/04, Órgão SSP/PB

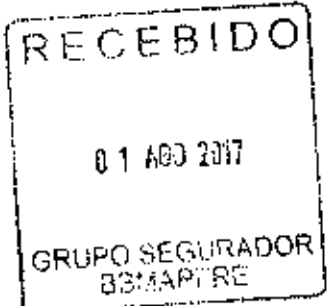
CPF nº 064.483.534-61 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro;

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	AV. MARCHEL FLORIANO
Número	4519
Apto / Complemento	CASA
Bairro	MALVIAS
Cidade	CAMPINA GRANDE
Estado	PARAIBA
CEP	58432-809
Telefone de Contato	(83) 9.98298855 (83) 9.8837-0673
E-mail	bolbinosgo@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Declarante:

JOSE FGO OLIVEIRA DE ALMEIDA

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura

JOSÉ IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
AV MARECHAL FLORIANO PEIXOTO 4519
CASA MALVINAS
58432 - 809 CAMPINA GRANDE PB

2ª Via da Fatura
Número do seu Claro Período de Uso Vencimento Total a Pagar
83 99415 2442 de 14/05/2016 a 13/06/2016 03/07/2016 R\$ 64,64

Valor pago na última conta: R\$ 25,53

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais	
Assinatura Controle	R\$ 35,70
Multa por Alteração / Cancelamento	R\$ 64,64
Descontos	R\$ -35,70
Total do Mês	R\$ 64,64

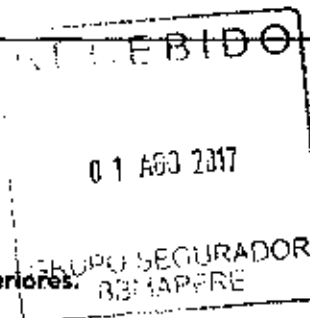
Total a Pagar **R\$ 64,64**

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Mensagens Importantes

Despesas relativas a sua conta até 13/06/2016. Caso haja despesas remanescentes, enviaremos nova fatura.
Desde 29 de Maio de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs DDDs 61,62, 64, 63, 65, 66, 67, 68,69 passando ao formato: (DDD)9xxx-xxxx. Mais informações em www.claro.com.br/nanodigito.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassadas aos preços. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na imprensa.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
JOSE IGO OLIVEIRA DE ALM	199439483	14/05/16 a 13/06/16	R\$ 64,64	03/07/16
Claro NE DDD 81 a 89				

83994152442 | 44640221201-7 | 60703199438-0 | 48300818122-3



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

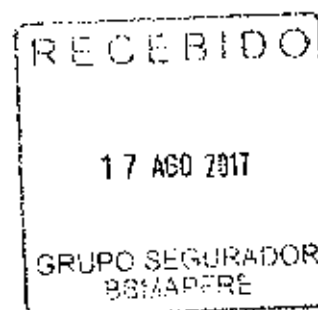


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DAVID MEDEIROS VIEIRARG nº 3793987, data de expedição 16/04/14, órgão SSP/PB,CPF nº 102.193.564-45, 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>SÍTIO MÃE JOANA</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÍTIO</u>
Cidade	<u>FAGUNDES</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58487-970</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.98298855 (83) 9.88370673</u>
E-mail	<u>bolbinoseg@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

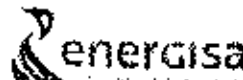
Local e Data: FAGUNDES - PB - 16.08.2017Assinatura do Declarante: David Medeiros Vieira

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segurado via do cliente

Valor para depósito e pagamento em espécie: R\$ 43,11 (quarenta e três reais e onze centavos)



ENERSISA DO BRASIL S.A. - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR 236 - KM 138 - Alto da Pedreira - São José do Rio Preto - SP - CEP 13.043-700
CNPJ 06.924.808/0001-00 - Insc. Est. 18.000.025-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA HELENA MEDEIROS VIEIRA
SIT MAE JOANA SM
FAGUNDES

CODE CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/104101-1

REFERÊNCIA

JUL/2017

APRESENTAÇÃO

20/07/2017

CONSUMO

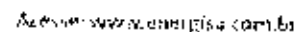
92

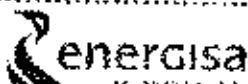
VENCIMENTO

27/07/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 43,11

Assinatura:  energisa.com.br



MARIA HELENA MEDEIROS VIEIRA

Telefone: 12-404-436-1320

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/07/2017

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR** **MATRÍCULA**

27/07/2017

R\$ 43,11

104101-2017-07-8





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DAVID MEDEIROS VIEIRARG nº 3793987, data de expedição 16/04/14, Órgão SSP/PBCPF nº 102.123.564-45, 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>Sítio Mãe Joana</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Sítio</u>
Cidade	<u>FAGUNDES</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58487-970</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.98298855 (83) 9.88370673</u>
E-mail	<u>balbinoaseg@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: FAGUNDES - PB - 16.08.2017Assinatura do Declarante: David Medeiros Vieira

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é separadora de conta.

Exigido para simples pagamento da nota fiscal/compra de energia elétrica - Nº 000.134.195



ENERGISA BORDORENA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R.R. 230 - KM 155 - Alto Sodoeste - Três Irmãs - Campinas Grande / PR - CEP 06473-795
CNPJ 06.876.588/0001-85 - Insc. Est. 18.003.829-1

DADOS DO CLIENTE

MARIA HELENA MEDEIROS VIEIRA
SIT MAE JOANA S/N
FAGUNDES

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/104101-1

REFERÊNCIA

JUL/2017

APRESENTAÇÃO

20/07/2017

CONSUMO

92

VENCIMENTO

27/07/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 43,11

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AZUL

MARIA HELENA MEDEIROS VIEIRA

Telefone: 12-404-435-1320

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 20/07/2017

VENCIMENTO

27/07/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 43,11

MATRÍCULA

104101-2017-07-8

RECEBIDO

13 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAGDORE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170417865

Cidade: Fagundes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVID MEDEIROS VIEIRA

Data do acidente: 05/02/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de Patela Direito

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatriz cirúrgica em joelho D, edema articular importante, limitação da flexão em 90°, claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico de fratura de Patela com uso de banda de Tensão.
Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional grave joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 dispor, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA, portador(a) do

RG nº 2903950, expedido por SSPI/PB, em

25/03/14, CPF/CNPJ nº 06448834.61

na qualidade de procurador(a) intermediário(a) do beneficiário(a) DAVID

MEDeiros VIGIA do sinistro de DPVAT, da natureza INVALIDEZ

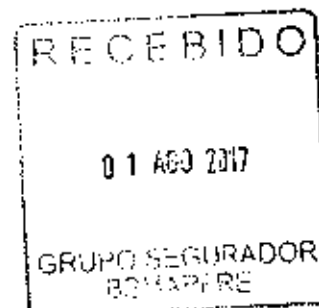
da vítima DAVID MEDEIROS VIGIA, e conforme

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

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: _____

JOSE IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: DAVID MEDEIROS VIEIRA

DOCUMENTO / ORGÃO EMISSOR: 9793987 RSDB PB

CPF: 102.123.864-45 DATA NASCIMENTO: 29/08/1991

PERFIL: CACIPIO FRANCISCO VIEIRA NETO MARIA HELENA MEDEIROS VIANA

PROFISSÃO: [REDACTED] AOE: [REDACTED] OUTRO: AR

VALIDADEZ: 15/01/2019 16/04/2014

06047263628

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1009248332

ASSINATURA: *David Medeiros Vieira*

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA: 24/04/2015

31171440070 98030376318

1009248332

RECEBIDO

01 Aço 2017

GRUPO SEGURADOR
P3/CAVRE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE INSTRUÇÃO CATEGORIA: ACIONADO DE REGISTRAÇÃO	
NOME: JOSE IGO OLIVEIRA DE ALMEIDA	
DOC. IDENTIFIC. / CPF: 2903990	BSB: BSF
CNP: 064.483.534-61	DATA NASCIMENTO: 10/02/1986
FUNÇÃO: ESILDO FREIREIRA DE ALMEIDA MARIA GENTIL OLIVEIRA DE ALMEIDA	
ATIVIDADE: 03233466845	ALIC: 0
Nº INSCRIÇÃO: 03233466845	VALORES: 07/07/2019
Nº NASCIMENTO: 25/03/2004	
OBSERVAÇÕES:	
<i>pt 2º de Oliveira de Almeida</i>	
LOCAL: JUZO PREGON, PB	DATA CRIAÇÃO: 09/07/2014
Assinatura: <i>Rodolfo Carneiro</i>	Nº: 98060417439 PB028865790

RECEBIDO
01 AGO 2017
GRUPO SEGURACION
8311401 RG

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221203011
CERTIFICADO DE REGISTRO E INSCRIÇÃO DE VEÍCULO
VIA 0096495994-1 00700000000 2017

NOME
DAVID MEDEIROS VIEIRA

10212356445

MNW1465/PB

NOVO PB 9C2KD03208R019932

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC GASODINA

HONDA/NXR150-BROS KS 2008 2008

02 P/149-CI-PARTIC AMARELA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC COTAS

IPVA 0 PARCELAMENTO COTAS

SEGURO PRÊMIO PAGUNO 26/05/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PAGUNO

333



21/05/2017

89418

DUT



PB Nº 013221203011 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 21/06/2017

VIA 10212356445 CNPJ

MNW1465/PB

00964959941 HONDA/NXR150-BROS KS

2008 02 9C2KD03208R019932

PRÊMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$) DENAT (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ID (R\$) DATA DE OUTAÇÃO

PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.203/0001-04

89418-115002E-20170621



RECEBIDO
01 ACO 2317
SEGURO DPVAT
SEGURO DPVAT

Outros



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ARTHUR MAX ENKEL SABINO GOMES		Nome da Vítima DAVID MEDEIROS VIEIRA	CPF da Vítima 10212356445
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

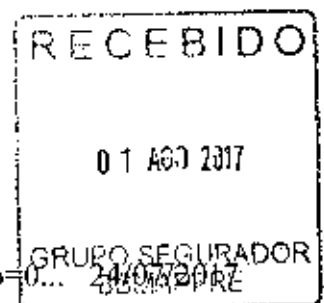


0124373

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidéz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente ARTHUR MAX ENKEL SABINO GOMES		Nome da Vítima DAVID MEDEIROS VIEIRA	CPF da Vítima 10212356445
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidéz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Aguardar Verificação Eduardo 0295606/17	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☐ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0125806

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

RECEBIDO

13 NOV 2017



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170417865 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DAVID MEDEIROS VIEIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624**BENEFICIÁRIO** DAVID MEDEIROS VIEIRA**CPF/CNPJ:** 10212356445**Posição em 16-08-2017 13:57:50**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovante de residência	Beneficiário	Não Conforme	DAVID MEDEIROS VIEIRA

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

RECEBIDO

13 NOV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170417865 **Cidade:** Fagundes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID MEDEIROS VIEIRA **Data do acidente:** 05/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ JOELHO DIREITO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170417865

Cidade: Fagundes

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAVID MEDEIROS VIEIRA

Data do acidente: 05/02/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de Patela Direito

Descrição do exame médico pericial: Presença de cicatriz cirúrgica em joelho D, edema articular importante, limitação da flexão em 90°, claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico de fratura de Patela com uso de banda de Tensão.
Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional grave joelho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Schubert Luigi Costa Rodrigues

CRM do médico: 5523

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DAVID MEDEIROS VIEIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AGRICULTOR
 Identidade: 3793987 CPF: 102.193.564-45
 Endereço: SÍTIO MÃE JOANA S/N FAGUNDES-PB

PROCURADOR:

Nome: JOSÉ EGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
 Profissão: RECUSO
 Identidade: 2903950 CPF: 064.483.534-61
 Endereço: AURIFLORIANO PEIXOTO 4519 MALVINAS

Por este instrumento de procuração o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para fim especial de requer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio do Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a) DAVID MEDEIROS VIEIRA ocorrido em 05/02/2017 conforme registrado em B.O. (Boletim de Ocorrência), em anexo.

Podendo dito (a) Procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar ficha de Autorização de Pagamento de Indenização de Sinistro DPVAT, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato.

Campina Grande, 11/07/2017

Local e data

David Medeiros Vieira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
 (reconhecer firma por **AUTENTICIDADE**)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE FAGUNDES
 RUA: MONSENHOR SALES, 53, CENTRO, Fagundes-PB

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

DAVID MEDEIROS VIEIRA

Dou fe, Fagundes/PB - 11/07/2017

Substituto: JOSÉ IONÍFÁCIO CRUZ HERCULANO

Emol R\$ 8,49, FARPEN R\$ 0,25, MP R\$ 0,14, FEP R\$ 0,00

Selo Digital AFJ11254-HV6U

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

[Handwritten signature of José Ionífacio Cruz Herculanó]
 José Ionífacio Cruz Herculanó
 Oficial Substituto

