

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**
Nº Sinistro: **3180172881**
Vitima: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**
Data do Acidente: **20/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180172881**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA 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

Carta nº 12686734



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**

Nº Sinistro: **3180172881**

Vitima: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**

Data do Acidente: **20/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180172881**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 12687293



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180172881

Vítima: FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO

Data do Acidente: 20/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

035 256 814 - 37

Nome completo da vítima

Flavio Rogério da Conceição

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Flavio Rogério da Conceição		CPF titular da conta 035 256 814 - 37	Profissão moto - Taxi
Endereço Rua Riachuelo		Número 1.814	Complemento
Bairro Jardim Paulistano	Cidade Campina Grande	Estado PB	CEP 58100-000
Email claricefernandes.mota@hotmail.com		Telefone (DDD) (83) 9 9997-5596	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.

0041

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

013 00489864

D/V

3

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

AG. JOÃO

(Informar dígito se existir)

PROTÓCOLO

17-ABR-2017

CONTRA

PESSOA

D/V

(Informar dígito se existir)

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

Campina G. 04 de abril de 2018

Local e Data

Flavio Rogério da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Flavio Rogério da Conceição

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CAIXA**

6277 8013 5615 6558

0041 013 00489864-3 10/21



DEBITO

17 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00078.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 20/12/2017

Hora: 10:33:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Costa e Silva, Cruzeiro, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Flávio Rogério da Conceição

Conhecido por: Não informado

Filiação: Francisca Regina da Conceição e Não Declarado

Idade: 40

Data de Nascimento: 11/07/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Itapetim

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Mototaxista

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 035.256.814-37

Endereço: Rua Riachuelo, 1814, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98748-1091

TESTEMUNHA

Nome: Damião Inácio da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Rita Maria de Jesus e Manuel Inácio da Silva

Idade: 47

Data de Nascimento: 25/10/1970

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

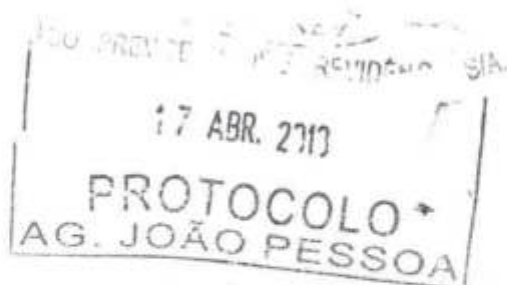
Profissão: Vigilante

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 797.626.974-72

Endereço: Rua Edvaldo Gonzaga de Albuquerque, Presidente Médice, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98887-2840





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00078.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 20/12/2017

Hora: 10:33:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Costa e Silva, Cruzeiro, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Flávio Rogério da Conceição

Conhecido por: Não informado

Filiação: Francisca Regina da Conceição e Não Declarado

Idade: 40

Data de Nascimento: 11/07/1977

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Itapetim

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Mototaxista

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 035.256.814-37

Endereço: Rua Riachuelo, 1814, Jardim Paulistano, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98748-1091

TESTEMUNHA

Nome: Damião Inácio da Silva

Conhecido por: Não informado

Filiação: Rita Maria de Jesus e Manuel Inácio da Silva

Idade: 47

Data de Nascimento: 25/10/1970

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: união estável

Escolaridade: Não informado

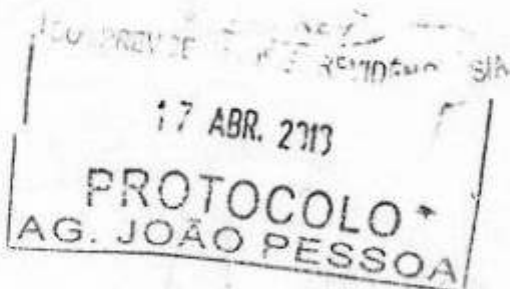
Profissão: Vigilante

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 797.626.974-72

Endereço: Rua Edvaldo Gonzaga de Albuquerque, Presidente Médice, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Telefone: (83) 98887-2840





TESTEMUNHA

Nome: Fábio José da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria José da Silva e Não Declarado
Idade: 37 **Data de Nascimento:** 03/04/1980 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Mototaxista
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 039.202.684-82
Endereço: Rua- 24 de Maio, Estação Velha, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98836-1292

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo Honda, tipo de veículo CG 150 FAN ESDI, cor vermelha, ano 2015, placa QFB-1529, chassi 9C2KC1680ER582254, renavam 0101711305-7

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESDI, Ano/Modelo 2014/2014, cor vermelha, Placa QFB-1529-PB, Chassi de Nº 9C2KC1680ER582254, licenciada em nome de Francisca Regina da Conceição, quando trafegava na rua Costa e Silva, bairro Cruzeiro, momento em que o piloto da outra motocicleta de sinais e condutor não identificado, colidiu no guidão da moto em que o comunicante pilotava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Platô tibial e trauma no Joelho ambos do lado esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

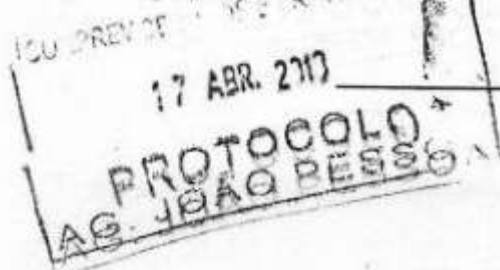
Campina Grande/PB, 06 de março de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

FLAVIO-ROGÉRIO DA CONCEIÇÃO
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00078.01.2018.2.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Flavio Regerio da Conceição, portador da carteira de identidade nº 2110379 e inscrito no CPF/MF sob o nº 035.256.814-37 residente e domiciliado na Rua Riachuelo, 1814, Jardim Paulistano, Cidade Lampina Grande Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Flavio Regerio da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Lampina Grande, 07-04-2018

Local e data





DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	20/12/2017	HORA:	10:33 HS	ID Nº:	1659812
NOME:	FLÁVIO ROGERIO DA CONCEIÇÃO				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	R. COSTA E SILVA - CRUZEIRO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 23 de fevereiro de 2018.


Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	20/12/2017	HORA:	10:33 HS	ID Nº:	1659812
NOME:	FLÁVIO ROGERIO DA CONCEIÇÃO				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	R. COSTA E SILVA - CRUZEIRO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 23 de fevereiro de 2018.


Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR

Deoclecio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

JOSE DE SOUZA FILHO
RUA RACHUELO, 1814 - JO. PAULISTANO
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58100000 (AO 401)

Emissão: 30/01/2018 Referência: Jan/2018 BR230 - KM 158 - Água Subterrânea - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58420-700
Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BARRAGEM MONOFÁSICO
Roteiro: 18-401-958-490 Nº medidor: 0000869847

ENERGISA BOMBOMBAL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58420-700
CNPJ: 06.5964001-05 - Insc. Est. 16.202.839-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.216.000
Cód. para Deb. Automático: 000200980-1

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Jan / 2018 29/01/2018 28/02/2018 4628900400
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/200980-1

Canal de contato

ATENÇÃO - AVERIGUAÇÃO CADASTRAL 2017
Procure a prefeitura de sua cidade até 18/03/2018 para atualizar
seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de
Energia. Para mais informações ligue para o MDSA 0800 707 2003
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002
- Compartilhe sua energia conosco também nas redes
sociais. Estamos presentes no facebook com @energisa
e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente.
Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
29/12/17	2658	28/01/18	2853		195	31				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq. Icms (R\$)	Base Calc. Pn (R\$)	Icms (R\$)	Total (R\$)		
		Trabalho	Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pn (R\$)	ICMS (R\$)	Total (R\$)		
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,210880	6,32	8,32	27	1,71	6,32	0,06	0,24
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,361510	25,30	25,30	27	6,93	25,30	0,21	0,98
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	95,000	0,547290	51,51	51,51	27	13,91	51,51	0,43	1,99
0601	Adic. B. Vermelho			0,35	0,35	27	0,09	0,35	0,00	0,01
0610	Subsídio			38,93	38,93	27	10,51	38,93	0,33	1,50
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0607	CONTRIB LUM PUBLICA			10,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0608	Devolução Subsídio			-26,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 108,06 122,41 33,05 122,41 1,02 4,73

Média últimos meses (kWh)
168

VENCIMENTO
05/02/2018
TOTAL A PAGAR
R\$ 106,09

Histórico de Consumo (kWh)

163 | 161 | 202 | 179 | 188 | 184 | 144 | 164 | 151 | 184 | 185 | 86
Jan/17 | Fev/17 | Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17

8bc0. beee. b019. ac63. 2603. e2a7. 983b. 3c8c.

Indicadores de Qualidade 11/2017 - Bela Vista

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,31	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,62		
DIC ANUAL	21,25	0,00	CONTRATADA 202
FIC MENSAL	3,38		LIMITE INFERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	6,72		
FIC ANUAL	13,45	0,00	LIMITE SUPERIOR
DMIC	3,03		
DICRI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia	20,76	19,57
Compra de Energia	22,42	21,14
Serviço de Transmissão	3,07	2,89
Encargos Delatados	9,77	9,21
Impostos Diretos e Encargos	49,07	46,25
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	106,09	100,00

Valor do EUSD (Ref. 11/2017) R\$ 21,96

ATENÇÃO

Sua unidade foi listada como Bateria Frígida, tendo um desconto de R\$ 20,00.

Faturas em atraso

17 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000905



FERNANDA FERNANDES LEITE
R JOSE ZILTON UCHOA 150
ITARARE
CAMPINA GRANDE
58411-015

PB



5013196987405440000000090530180316

REMETENTE

INSS

OL 13 0 21 020 VAG DA P SOCIAL CAMPINA GRANDE-CATOLE
RUA VICARIO CALEXTO 418
CATOLE

001144

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Fernanda Fernandes Leite Alves, inscrito (a) no CPF 011.823.724 / 14, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flavio Rogério da Conceição, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.256.814 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Flavio Rogério da Conceição, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.256.814 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: moto taxi Renda: 400,00 e apresento os documentos comprobatórios: não possui

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Riachuelo</u>		<u>1814</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Jardim Paulistano</u>	<u>Campina grande</u>	<u>PB</u>	<u>58100-000</u>
E-mail	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>claricefernandes_meda@hotmail.com</u>	<u>(83) 9 9997-5596</u>		<u>(83) 9 9997-5596</u>

Campina g. 07 de abril
Local e Data

Flavio Rogério da Conceição
Assinatura do Declarante

17 ABR. 2013
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Fernanda Fernandes Brito Alves inscrito (a) no CPF 011.823.724 / 14 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flavio Regerio da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.256.814 / 37 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Flavio Regerio da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 035.256.814 / 37 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua José Zilton Uchoa</u>		Número <u>150</u>	Complemento
Bairro <u>Itamaré</u>	Cidade <u>Campina grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58411-015</u>
Email <u>Claricefernandes_meda@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 9 9997-5596</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 9997-5595</u>

C. grande, 07 de Junho de 2018
Local e Data

Fernanda Fernandes Brito Alves
Assinatura do Declarante



GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E.) Nº. 1565299

CLASS. DE RISCO: **VERMELHO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809
Boleim de Emergência (B.E.) - Modelo 02
Atendente: Andreza Da Silva Araújo
Data: 20/12/2017

PACIENTE: FLAVIO ROGERIO DA

CEP: 58400002

Nascimento: 11/03/1977

CONCEICAO

Endereço: RIACHUELO

Sexo: M

Barro/JARDIM PAULISTANO

Cidade: Campina Grande

Idade: 040

Nº: 1814

Nome da Mãe:

RG:

Profissão:

Responsável:

Data de
Atend: 20/12/2017

CNS: 266545496554151
CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

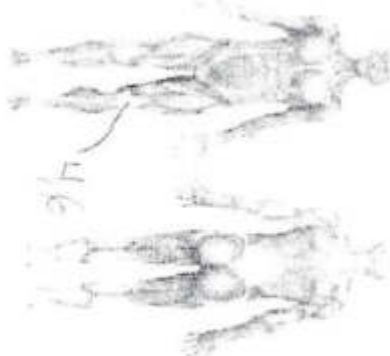
Hora: 11:20:15

Especialidade:

Médico:

CRM:

OBS/FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. Cabeça | 15. Membro superior direito |
| 2. Membro superior direito | 16. Membro superior esquerdo |
| 3. Membro superior esquerdo | 17. Membro inferior direito |
| 4. Membro inferior direito | 18. Membro inferior esquerdo |
| 5. Crânio | 19. Tórax |
| 6. Dor | 20. Abdome |
| 7. Extremidade superior | 21. Membro superior direito |
| 8. Extremidade inferior | 22. Membro superior esquerdo |
| 9. Extremidade superior | 23. Membro inferior direito |
| 10. Extremidade inferior | 24. Membro inferior esquerdo |
| 11. Extremidade superior | 25. Tórax |
| 12. Extremidade inferior | 26. Abdome |
| 13. Extremidade superior | 27. Membro superior direito |
| 14. Extremidade inferior | 28. Membro superior esquerdo |
| 15. Membro superior direito | 29. Membro inferior direito |
| 16. Membro superior esquerdo | 30. Membro inferior esquerdo |
| 17. Membro inferior direito | 31. Tórax |
| 18. Membro inferior esquerdo | 32. Abdome |
| 19. Tórax | 33. Membro superior direito |
| 20. Abdome | 34. Membro superior esquerdo |
| 21. Membro superior direito | 35. Membro inferior direito |
| 22. Membro superior esquerdo | 36. Membro inferior esquerdo |
| 23. Membro inferior direito | |
| 24. Membro inferior esquerdo | |
| 25. Tórax | |
| 26. Abdome | |
| 27. Membro superior direito | |
| 28. Membro superior esquerdo | |
| 29. Membro inferior direito | |
| 30. Membro inferior esquerdo | |
| 31. Tórax | |
| 32. Abdome | |
| 33. Membro superior direito | |
| 34. Membro superior esquerdo | |
| 35. Membro inferior direito | |
| 36. Membro inferior esquerdo | |

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: *lesão de membro superior*

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagíveis () Anisocóricas ()

Glasgow

HGT:

SatO2

17 ABR. 2018
AG. PROTOCOLO
AG. REG. PESSOA

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia
() Radiografias: *coluna C7*
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *exposto* às _____ Dia _____

Especialista: _____ às _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº _____ PRESCRIÇÕES E CONDUITAS

HORÁRIO REALIZADO

1	<i>exposto</i>	<i>6h30</i>
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Ficha de Acolhimento

Nome: Felipe Rogério da Conceição Bairro: Im. Pombal
End: R. Francisco, 1384 Documento de identificação:
Data de Nascimento: 22/09/1994 Data do Atend.: 20/12/1994 Hora: 13:55 Documento:
Queixa: colapso
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fâceis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:
Pressão arterial:
Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: Mucosas: ☐ Normocrada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

17 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

17 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Eduardo Ortega Morales
CMTA - PG 6348

Alfred

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ hs

() Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Oct 20 2017

Trametes pellica C.

der, idem, to 7/10
De Fekens Plate to be
the new 100 + 1000

good
 The Commission
 took place there is
 a lot of work
 get the same
 from the Agent

Alfred



GOVERNO
DA PARÁIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1565229 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal Floriano Peixoto, 4700 - Mathinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 20/12/2017

Bolém de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Andrezza Da Silva Araújo

PACIENTE: FLAVIO ROGERIO DA NASCIMENTO, 11/07/1977

CONCEICAO

Endereço: RIACHUELO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRIAL

Horas: 11:20:15

CPF:

Data de
Atendimento: 20/12/2017

Profissão:

CNS: 268545496554151

CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

Sexo: M

Idade: 040

RG:

Nº: 1814

Bairro: JARDIM PAULISTANO

Telefone:

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: () Fotoreagentes () Anisocóricas ()

Glasgow:

HGT:

Sato2

PROTÓCOLO
DE JOÃO PESSOA
17 ABR. 2013
Vale de Curto

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografias

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Exatidão

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

Especialista:

Exatidão

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

as

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

Exatidão

Exatidão

2

Exatidão

Exatidão

3

Exatidão

Exatidão

4

Exatidão

Exatidão

5

Exatidão

Exatidão

6

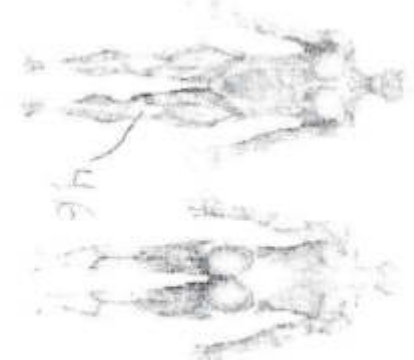
Exatidão

Exatidão

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID: *queimadura*



1. Abdômen
2. Antebraço
3. Braço
4. Cabeça
5. Caxumba
6. Costas
7. Face
8. Encaixe do braço
9. Encaixe do braço
10. Encaixe do braço
11. Equilíbrio
12. Equilíbrio
13. Equilíbrio
14. Equilíbrio
15. Equilíbrio
16. Equilíbrio
17. Equilíbrio
18. Equilíbrio
19. Equilíbrio
20. Equilíbrio
21. Equilíbrio
22. Equilíbrio
23. Equilíbrio
24. Equilíbrio
25. Equilíbrio
26. Equilíbrio
27. Equilíbrio
28. Equilíbrio
29. Equilíbrio
30. Equilíbrio
31. Equilíbrio
32. Equilíbrio
33. Equilíbrio
34. Equilíbrio
35. Equilíbrio

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

GOVERNO
DA PARAIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Felipe	Bairro:	Ilha Comprida
End:	Rua 1000	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	18/04/1975	Data do Atend.:	21/02/14 Hora: 15:03 Documento:
Queixa:		() Sim () Não	
Acidente de trabalho?			

Classificação de Risco

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

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

[illegible]

Assinatura e carimbo do profissional

17 APR. 2713

PROTOCOLO*
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Elvino Pajares da Conceição

DATA DO ATENDIMENTO:

20 / 12 / 17

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

fratura do rádio lateral (S/D)

PROCEDIMENTO:

Imobilização

MÉDICO (CARIMBO):



Dr. Eduardo Braga Moraes
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6588

MOI

COPIAR PRECISAR
17 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNAMENTO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 GOVERNADOR DO ESTADO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: **2110379 SSP PB**

CPF: **035.256.814-37** DATA NASCIMENTO: **11/07/1977**

FRANCAÇÃO: **FRANCISCA REGINA DA CONCEICAO**

PERMISSÃO: **[REDACTED]** ACC: **[REDACTED]** CAT. NRG: **A**

Nº REGISTRO: **04681868509** VALEZIDE: **27/12/2018** 1ª HABILITAÇÃO: **29/06/2009**

OBSERVAÇÕES:

Flavio Rocio da Conceicao

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB** DATA EMISSÃO: **09/01/2014**

Rodolfo Carneiro 88542480919
 ASSINATURA DO EMISSOR PB027754634

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 881272141

881272141

17 ABR. 2013

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE RADIAÇÃO

NOME
FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE Nº
2670363 SSP PE

CPF
011.823.724-14 DATA NASCIMENTO
09/05/1984

PLACAO
GUMERCINDO LEITE NETO

LOCIENE FERNANDES
LEITE

PROVAÇÃO
ACB CALHAR
AB

Nº REGISTRO
02869297813

VALIDADE
26/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
20/05/2003

OBSERVAÇÕES

Fernanda Fernandes Leite Alves
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
26/11/2013

Roberto Carneiro
ASSINATURA DO EMISOR

25069104866
98027550060

818608616

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

818608616

818608616

100 PREVISÃO DE RECEBIMENTO
17 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013748882075

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0101711305-7 00/00000000 2017

FRANCISCA REGINA DA CONCEICAO

CPF/CNPJ 40787419400 PLACA QFB1529/PB

PLACA ANT. UT NOVO PB 9C2KC1680ER582254

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAC APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 PAN ESTI ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª VENC. COTA ÚNICA 2ª VENC. COTAS 3ª

FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 24/10/2017

OBSERVAÇÕES A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL CAMPINA GRANDE-PB DATA 10/11/2017

36994

35441

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESAR DE TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748882075 BILHETE DE SEGURO

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/11/2017

VIA 1 40787419400 CPF/CNPJ 01017113057 PLACA QFB1529

RENAVAM 01017113057 MARCA/MODELO HONDA/CG150 PAN ESTI

ANO FAB 2014 CAT. TAXE 9 Nº CHASSI 9C2KC1680ER582254

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAG. PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITA 24/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

35441-1605321-20171110



17 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134947/18
Vítima: FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO
CPF: 035.256.814-37

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/12/2017
Titular do CPF: FLAVIO ROGERIO DA CONCEICAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Outros

FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES : 011.823.724-14
Declaração Circular SUSEP 445/12

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2018
Nome: FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES
CPF: 011.823.724-14

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FERNANDA FERNANDES LEITE ALVES

RENATO LUNA DIAS

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: Flavio Rogério da Conceição

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado

Profissão: Moto-taxi

Identidade: 2110379 CPF: 035.256.814-37

Endereço: Rua Riachuelo, 1814 Jardim Paulistano
Campina Grande, Paraíba

PROCURADOR:

Nome: Fernanda Fernandes Leite Alves

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada

Profissão: Autônoma

Identidade: 2670363 CPF: 011.823.724-14

Endereço: Rua José Milton Uchoa, 150, Itamaré
fone: (83) 9999-5596

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a qualquer direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar, subestabelecer esta, dar quitação e praticar em fim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

17 ABR. 2018
Campina Grande, 06-03-2018
Local e data
PROTOCOLO
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA

Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 035.256.814-37 -
FLAVIO ROGERIO DA CONCEIÇÃO. Dou fé. Campina Grande (PB)
- 06/03/2018 - 10:57.

Em testemunho Paula da verdade.

Selo Digital: AQE03782-834P / Consulte e autenticidade em <https://selodigital.spb.jus.br>
Emcl.: R\$ 9,50 FEP, R\$ 1,90 FARPEN, R\$ 0,28 ISSQN, R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15
884a670a2857990d3eb4e72bdb3a3327d98783

