



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL
Av. Parque, 5N, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5367

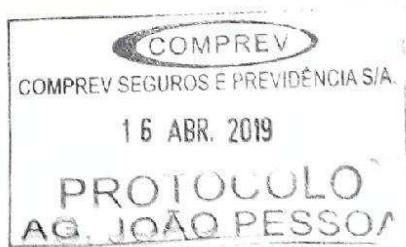
C E R T I D Ó O.
479/2019



CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 479 /2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos doze dias do mês de abril do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, compareceu o Sr. **Joilson Soares de Oliveira**, brasileira, casado, natural de Niterói/RJ, nascido aos 31/08/1982, filho de Antonio Farias de Oliveira e de Josefa Soares de Oliveira, portador da cédula de identidade nº 2 522 659 Seds./PB, e CPF nº 043.904.484 - 71, residente (na) Rua Josias Barbosa Ferreira nº 186, Cuiá, nesta capital, identificado pelo CEP 58.075-693, e notificou que, na tarde do dia 04 de outubro do ano de 2018, por volta das 15:00 horas aproximadamente, precisamente em frente ao Restaurante " Peixada do Amor " na praia do Seixas, foi alvo de atropelamento por parte de um ônibus da localidade, porém de placas e Condutor não identificado, fato verificado quando objetiva adentrar em seu veículo e assim, aproximou-se do veículo **Toyota –Corolla XLI** de placas **MOR 4857 - PB**, cadastrado em nome de **Max Wayne Barbosa da Silva**, identificado pelo chassi nº 9BR53ZEC188570124 e, ao abrir a porta, não sabendo explicar como, foi atingido pelo mesmo, que após o impacto, evadiu-se do local, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 12 de abril de 2019.

Everaldo Martins da Costa
Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.



Joilson Soares de Oliveira

Joilson Soares de Oliveira



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

P
B

NOME

JOILSON SOARES DE OLIVEIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2522659

SSP

PB

CPF

043.904.484-71

DATA NASCIMENTO

31/08/1982

FILIAÇÃO

ANTONIO FARIA DE
OLIVEIRA
JOSEFA SOARES DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

03599453411

VALIDADE

18/09/2022

1º HABILITAÇÃO

31/05/2005

OBSERVAÇÕES

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1497842381

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497842381

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

19/09/2017

ASSINATURA DO EMISSOR

14085166934
PB035393009

PARAÍBA

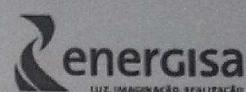


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boléto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica . ; Nº 022.294.770



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EVANDRO FERREIRA DE FRANCA
RUA JOSIAS BARBOSA FERREIRA 186
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1134908-1

REFERÊNCIA
MAR/2019

APRESENTAÇÃO
22/03/2019

CONSUMO

455

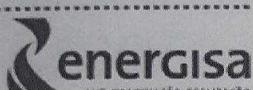
VENCIMENTO

29/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 420,49

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

EVANDRO FERREIRA DE FRANCA

Roteiro: 14-002-809-3060

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
29/03/2019	R\$ 420,49	1134908-2019-03-3



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 09/05/2019 14:26:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050914261802100000020475255>
Número do documento: 19050914261802100000020475255

Num. 21055119 - Pág. 2

SINISTRO 3190280414 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOILSON SOARES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 04390448471

Posição em 07-05-2019 14:46:47

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/05/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 09/05/2019 14:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050914261912600000020475259>
Número do documento: 19050914261912600000020475259

Num. 21055123 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - 09/05/2019 14:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050914261912600000020475259>
Número do documento: 19050914261912600000020475259

Num. 21055123 - Pág. 2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
VIA
1 0093750414-9 00/00000000 2018

NOME:
MAX WAYNE BARBOSA DA SILVA

CPF / CNPJ: 92242286153 PLACA: MOI4857/PB

PLACA ANT. DE NOVO PB 9BR53ZEC188570124

VEHICULO:
FABRICADO EM 2007
TOYOTA/COROLLA XLI 16VVT

CATEGORIA: 5 P/110 /CV PARTIC

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

ANO FAB: 2007 ANO MODELO: 2008

COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: 00/00/0000 VENC. COTA UNICA: 1º

V: FABALPVA A: PARCELA MÍNIMA / COTAS: 2º

P: 0 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): 0,00 PRÉMIO TOTAL (R\$): 0,00 DATA DE PAGAMENTO: 21/08/2018

SEGURADORA: A.F. BV FINANCEIRA S.A.

JOÃO PESSOA - PB
32280

DATA: 21/08/2018
19925

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 014200932667 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

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 21/08/2018

VIA: 1 CPF / CNPJ: 92242286153 PLACA: MOI4857/PB

RENAVAM: 00937504149 MARCA / MODELO: TOYOTA/COROLLA XLI 16VVT

ANO FAB: 2007 CAL/ANR: 1 Nº CHASSI: 9BR53ZEC188570124

PRÉMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,00
CUSTO DO SEGURO (R\$): 0,00
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO: 0,00
PAGO: 0,00 DATA DEQUITAÇÃO: 21/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
19925-1319395-20180821



Int: 03/10/2018
Ara: 05/10/2018

98856073
2018-10-05

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Jáson Soares de Oliveira. Brasileiro, solteiro, autônomo
Residência: Rua: 2529 653, portador do CPF: 043 804 484-
11. Residente e domiciliado em: Rua: Júlio Barbosa
Silveira - 186, Ernesto Geisel - João Pessoa - PB

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 23.263 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "**ad iudicia et extra**", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, 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 a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.

João Pessoa - PB, 08 de outubro de 2018.

Jáson Soares Oliveira
OUTORGANTE

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98855-1045 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 169702 Atd: Nao Regulado
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 04/10/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 20:05:41
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepção: GABRIELA DA COSTA SERRA
FAX: () - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA Num. Prontuario: 2018.10.000637
CNS: 700005129342504 Sexo: M IDENTIDADE: 2522659 Fone: 986860493
Natural: NITEROI/RJ Data Nasc.: 31/08/1982 Id: 36 ano(s)
End.: RUA JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUIA), 186
Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: JOSEFA SOARES DE OLIVEIRA Pai: ANTONIO FARIAS DE OLIVEIRA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: OFFICE-BOY Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JOILSON SOARES DE OLIVEIRA
Tel/Doc. Responsavel: 966860493 / IDENTIDADE: 2522659
P. edencia: RESIDENCIA
Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

FRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: VERDE
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Qi xia Principal Observação
PACIENTE APRESENTA TRAJMA EM MAO D E CORTE EM NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)
DEDO MINIMO

Hist. clínica - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

| Conduta

Prescrição

| Horário da medicamentação

Dr. Ruy Neves Amaral da Rocha
Ortopedista - Traumatologista
Cirurgião do Esporte
CRM 623

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





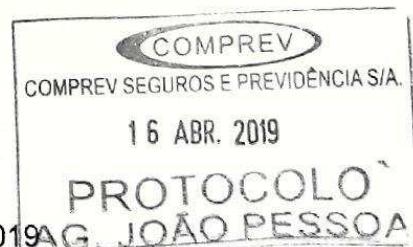
CERTIDÃO

Nº. 0201/2019

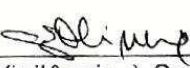
Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº169702 e prontuário de Nº2018.10.000637 pertencentes a **JOILSON SOARES DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 04/10/2018 às 20H05min, apresentando trauma em 5º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do 5º quirodáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/10/2018 com alta médica dia 06/10/2018.

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



João Pessoa, 25 de Março de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Edilson S. de Oliveira</u> Registro:						
Idade: <u>36</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data: <u>04/10/18</u>	Cirurgião: <u>Dra. Rafa</u>	1º Assistente: <u>Dra. Leo R.</u>				
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID	
<u>Função estonante medida extirpada de S. ADD</u>						
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO	
<u>- Ure com sf</u>						
<u>- Desbridamento</u>						
<u>- Endovaginal</u>						
<u>- Paroxismo de fogo.</u>						
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	2 (<input type="checkbox"/>) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	2 (<input type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:						
1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico						

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N CEP 58062-384 Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição e Preparo:

Incisão:

Incisão:

Achados:

Achados:

Conduta:

Conduta:	- Incisão SF 9,91. Desbridamento. - Resg. incremento + Passagem de fio K. - curativo. - Talo.

Fechamento:

Fechamento:

OBS:

OBS:

Data:

04/05/18

Dr. Ruy Neves Amaral da Rocha
CRM: 9743/PB

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangaíra II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Heilson Soárez **Data da Admissão:** 24/01/18

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1/1

QPD: Problema em SP QBD.

HDA: Problema em SP QBD Ceu

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
Calafrios Alopecia Adenomegalias Histeria Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: Cefaléia Espirros Ranorréia Obstrução Nasal Epistaxe
Dor de Garganta Bécio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Dores Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
Vômitos Dispepsia Diarreia Melenas Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-repouso Deformidades
Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
Amnésia Libido Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

[]HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS DM TB NEO

Dislipidemias

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral:

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia):

Gânglios:

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

Resultados de Exames Complementares:

Hipóteses Diagnósticas:

Fractura exposta do
fêmur médio do 5º anil.

Conduta:

- Fim com 5º anil
- Empurrado para
- Reduziu inchado + Possuiu
- de

- Pode ser o Pânico

Av. Ruy Braga, 1000 - Centro, 58056-384 - João Pessoa - PB.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a)
JOILSON SOARES DE OLIVEIRA portador(a) da identidade
RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) nesta unidade no dia
de hoje, portador(a) da patologia CID10: **S.62.6** devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um periodo de **_60** (SESSENTA)
dias, a partir desta data.

João Pessoa: _____ 04/10/2018 _____

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.





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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Joilson Soares de Oliveira	CPF titular da conta	043.907.287-75	Profissão	Revisor -
Endereço	Rua Júlio Soares Ferreira	Número	186	Complemento	Casal -
Bairro	Curia	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email	(83) 9870-8728				

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

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
16 ABR. 2019			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3287		24560	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
BANCO Nome PROTOCOLO NRO.			
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V			
(Informar dígito se existir) (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.

João Pessoa, 36 de Abril de 2019

Local e Data

FAPPF.001 V001/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Joilson Soares de Oliveira.** CPF da Vítima **043.904.484-73** Data do Acidente **04/30/2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

16/05/2019
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 26 de **Maio** de **2019**.
Local e Data

Telma Souza Almeida
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

