

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Joãozinho dos Santos Nascimento, brasileiro, solteiro, serviços gerais, inscrito no RG. 2802900, CPF/MF: 043.559.664-02; residente e domiciliado à Rua Cidade Cabedelo, nº 80, cidade Verde João Pessoa - PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 519, 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 Sem. 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, e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e declarar de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos 105 da Lei 13.105/2015.

João Pessoa - PB, de 2018.

Joãozinho dos Santos Nascimento
OUTORGANTE

INCRIMINAS

ESTADO DA PARAÍBA
SERVIÇO DO R.C.P.N. e NOTARIAL "BERNARDO"
Rua Inácio de Freitas Mouzinho, nº42, Centro, Sertãozinho-PB

Reconheço (letras) e firmas (s) por Autenticidade de Joaquel dos Santos Nascimento
Selo Digital: AG252007-Y057
Confirma Autenticidade em: <https://scolodigital.tjpb.jus.br>
Data: 13/06/2018
Sertãozinho - PB
TJ-PB
Selo Digital: AG252007-Y057
Confirma Autenticidade em: <https://scolodigital.tjpb.jus.br>
Data: 13/06/2018
Sertãozinho - PB
TJ-PB

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Scanned with CamScanner

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a Seguradora Líder-DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, admitindo-se que o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180598588 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 04355966402

Posição em 16-01-2019 10:05:10

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você informou. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse prazo, entre em contato com a Seguradora Líder-DPVAT.

Data do Pagamento **Valor da Indenização** **Juros e Correção** **Valor Total**

08/01/2019 R\$ 2.531,25 R\$ 0,00 R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/12/2018	Aviso de Sinistro	Baixar (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/f9e9mRdx5RYjDAzoc/IH0NpqrK2_ZfJrkzZTdpbDfcqZKaZ69XpV3tqsMkFyrgESIN2sIAx__BsT2im4/LE+VTZh6Uc/79USVAh1FK8BSzh3jigVz9FW5Lg1chmSq5UROLDqjG4bRDjSYrVG_KhOLkk3CvN3?api_key=1)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

 [App Store](https://itunes.apple.com/us/app) (<https://itunes.apple.com/us/app>)

/seguro-dpvat?id=1375178092<pt&ls=1&mt=8)

 [DISPONÍVEL NO Google Play](https://play.google.com/store) (<https://play.google.com/store>)

/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma
(digital)

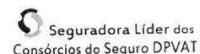
Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 28/01/2019 15:08:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012815033531400000018357086>
Número do documento: 19012815033531400000018357086

Num. 18864457 - Pág. 1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174294/18
Vítima: JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO
CPF: 043.559.664-02

CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

Data do Acidente: 03/03/2018

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO : 043.559.664-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/05/2018
Nome: JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO
CPF: 043.559.664-02

JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/05/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00064.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00064.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:49 horas do dia 04 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8^a Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Josuel dos Santos Nascimento**, RG nº 2802900 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Severina dos Santos Nascimento e Severino Lourenço do Nascimento, natural de Duas Estradas/PB, nascido(a) em 01/09/1981 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Cabedelo, Nº 92, complemento casa., bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Farmácia Local., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98610-3288.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Posto Rodoviário Federal., Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/03/18 19:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Local: Br 230, Posto Rodoviário Federal., Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/03/18 19:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Outros, descrição A Vítima Se Conduzia Na Moto Já Discriminada a Qual É Cadastrada Em Seu Nome E, Ao Livrar Um Buraco, Perdeu o Controle e Na Sequencia, Sofreu Uma Queda, Consequentemente Foi Socorrida Ao Hospital de Traumas Complexo Hospitalar Mangabeira, Onde Ficou Diagnosticado Fratura de Piriforme Esquerdo e Clavícula Direita.

(2) Moto, modelo CG 160 FAN, marca Honda , tipo de veículo motocicleta, cor vermelha, ano 2017, placa QFC-4993, chassi 9C2KC2200HR602588, renavam 01112574295

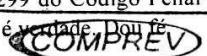
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, se conduzia na moto já discriminada, a qual é cadastrada em seu nome, pela BR 230 e nas proximidades do Posto Rodoviário Federal, ao desviar um buraco ali existente, perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital Complexo Hospitalar Mangabeira, onde foi diagnosticado Fratura de Piriforme Esquerdo e Clavícula Direita, identificado pelo CID S42.0 + S62.0, conforme Laudo Médico apresentado.

ADENDO(S):

Que na data 11/05/2018, à(s) 13:42 horas, na 8^a Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Que, ofato verificou-se em 04 de março do ano de 2018, às 19:40 horas.. Adendo registrado por: Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula: 765015.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00064.01.2018.1.02.008

1/2

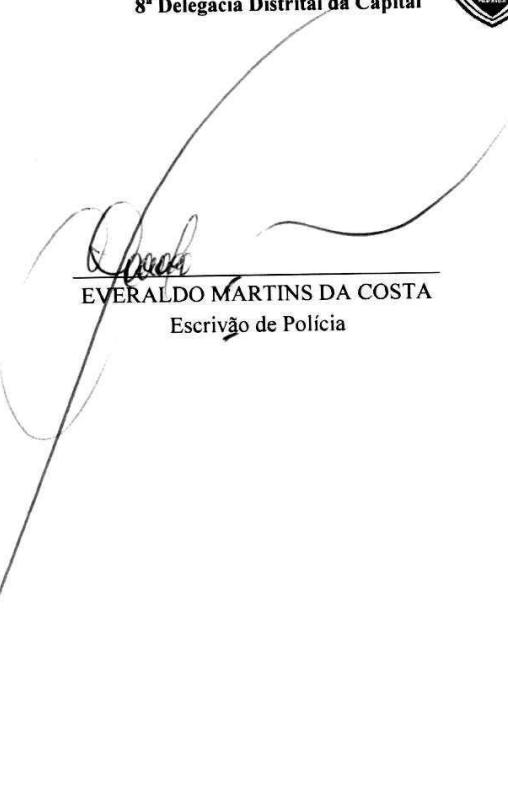
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
2^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
8^a Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

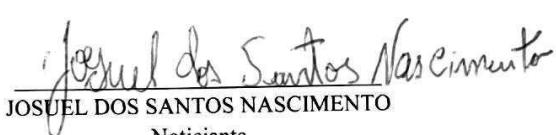

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 11 de maio de 2018.



EVERALDO MARTINS DA COSTA

Escrivão de Polícia



JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

Noticiante


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00064.01.2018.1.02.008

2/2



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 28/01/2019 15:08:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012815042811300000018357128>
Número do documento: 19012815042811300000018357128

Num. 18864499 - Pág. 1



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO **Data da Admissão:** 04/03/18
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F() M() **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** / /

QPD: FRACTURA DE PUNHO ?

HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DO HECTSHL (ORTOPAÉDEICO).
PACTURAÇÃO COM CHAVICULA FRACTURADA E PUNHO FRATURADO
EXPONDO. IMPOSSIBILIDADE DE DESLOCAR. SEM AUXÍLIO

Medicações em uso: _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeca e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

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

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

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



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 *José L. dos Santos Nascimento* CPF da Vítima *043.559.664-0* Data do Acidente *05/03/2018*

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 atende 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou esões, para o § 1º, da Súmula nº 38 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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 MAIO 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 09 de Março de 2018
Local e Data

José L. dos Santos Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

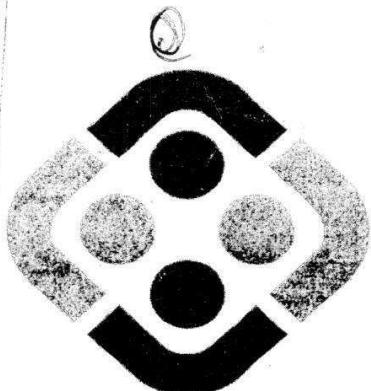


CK LIST PARA TRANSFERÊNCIA

CIRÚRGICO
SITUAÇÃO DE MATERIAL
SITUAÇÃO ENFERMEIRO
SITUAÇÃO TÉCNICO ENFERMAGEM
ESCRITURAÇÃO MÉDICA DO DIA
DOCUMENTAÇÃO DE EXAMES
ACESSO DE PROTOUÁRIO (CASO TENHA)
FABRICER

JBS

TRANSFERIDO (ENF) *(Assinatura)*
RECEBIDO (ENF)



360

Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nº: 2018.03.0384

2018.03.0384

NOME DO PACIENTE:

JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

ENFERMARIA: *6* **LEITO:** *209*

HN





Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda
Rua Prof. Inácio Simões, 42
Carenhônia - CEP 58.426-013
Fone: (83) 3322-2575
Campina Grande - PB
topimplantes@gmail.com

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Centro de Saúde Código: _____
Procedimento: Frat. Clavicular Código: _____
Paciente: Ismael dos Santos Nascimento Cód. do Procedimento: _____
Data da Cirurgia: 20/03/18 Prontuário Nº: _____ Convênio: _____
Cirurgião: H. G. Guedes Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS						
PARAFUSO	Nº					
CORTICAL. 3.5mm	Qtd.					Valor Unt. Valor Tota
	Cód.					
PARAFUSO	Nº					
CORTICAL. 4.5mm	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO	Nº					
ESPONJOSO. 4.0mm	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm	Nº					
ESP. R/16 CURTA	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm	Nº					
ESP. R/32 LONGA	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO	Nº					
MALEOLAR 4.5mm	Qtd.					
	Cód.					

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

Estrar N.E. para:

Céd. de consultation

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

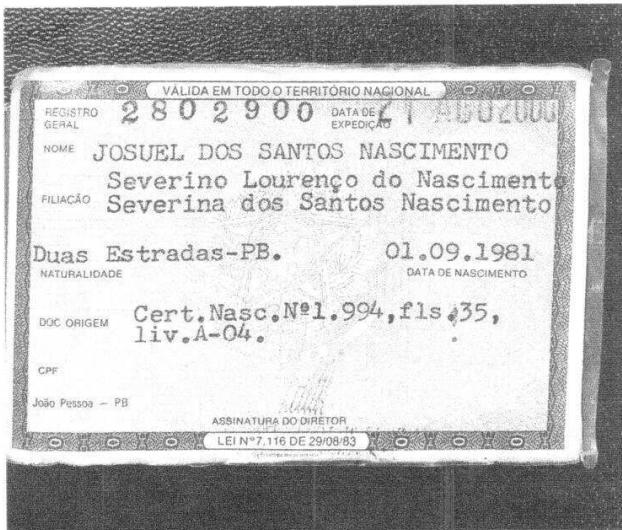
Nº do pedido:



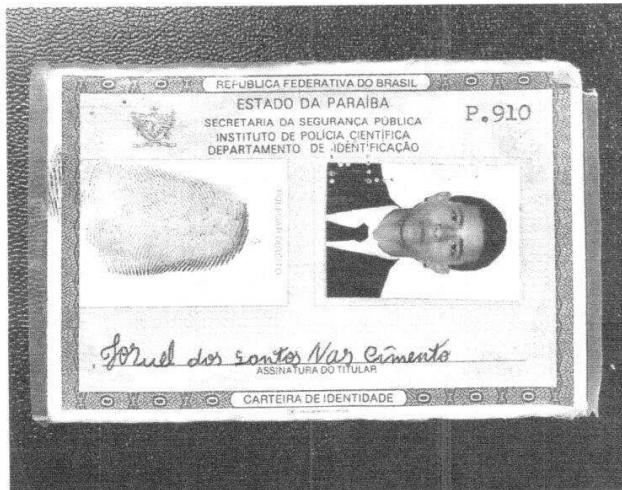


LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 36	SEXO M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.15	LEITO152
DATA DE ADMISSÃO 04/03/2018		DATA DE ALTA 28/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Piriforme Esquerdo e Clavícula Direita</i> CID S42.0 + S62.0					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Exame físico, RX e Tomografia computadorizada evidenciando Fratura de piriforme, processo estilóide da ulna e clavícula direita.</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) Paciente portador(a) de <i>Fratura de clavícula direita, submetido a tratamento cirúrgico com fixação incruenta com fio K e Fratura do processo estilóide da ulna e piriforme esquerdo</i> , optado por tratamento conservador, Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Cetoprofeno</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 15 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. Dr. Francisco Guedes – Fratura de Clavícula e Dr. Luis Filipe Lessa – Fraturo de Piriforme					
<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> Dr. Vitor Soárez </div> <div style="text-align: right;"> PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>					
28/03/2018 DATA Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					
ASS. MÉDICO / C.R.M					

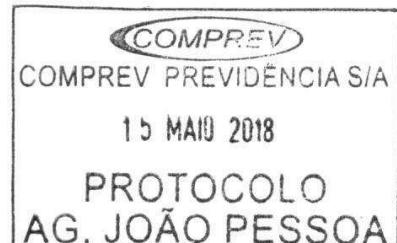




Scanned by CamScanner

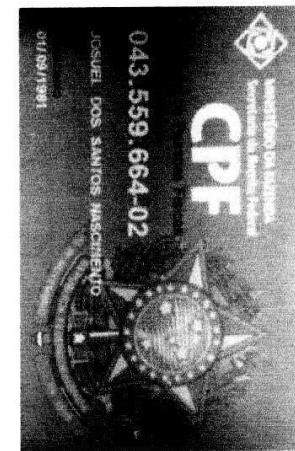


Scanned by CamScanner

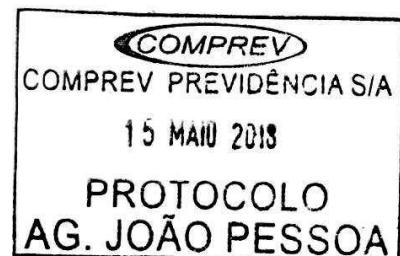


Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 28/01/2019 15:08:33
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901281505591570000018357190>
Número do documento: 1901281505591570000018357190

Num. 18864562 - Pág. 1



Scanned by CamScanner

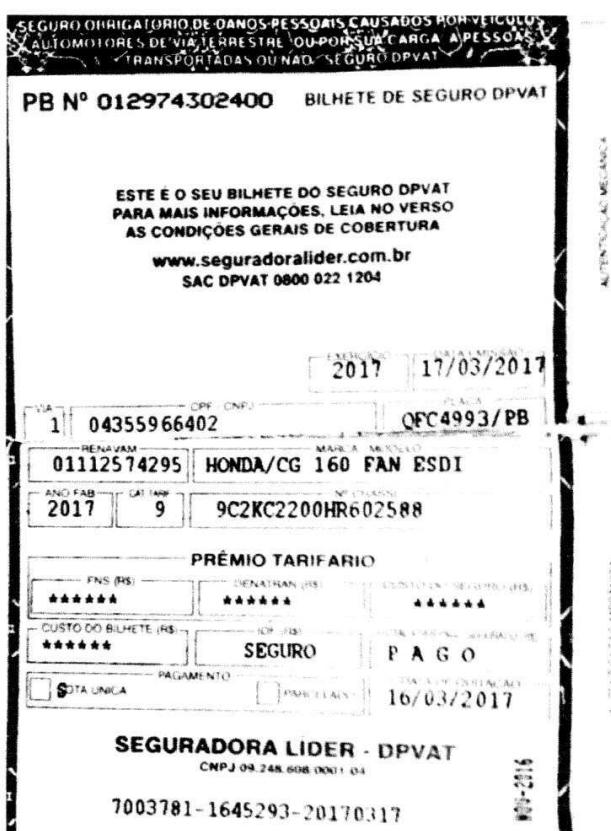


Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 28/01/2019 15:08:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012815061629500000018357208>
Número do documento: 19012815061629500000018357208

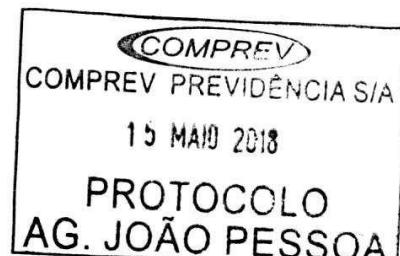
Num. 18864580 - Pág. 1



Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





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 ASI

CFE da Vítima

CPF da Vítima

NAME _____

Nome completo da vítima
Josuel dos Santos Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		Josuel Dos Santos Nascimant		CPF titular da conta	013.559.664-02	Profissão	Autônomo
Endereço	RUA: CIDADE DE CABEDELO		Número	92	Complemento	C151	
Bairro	B. DAS INDUSTRIAS		Cidade	JCÁ PESSOA	Estado	CEP	58083-552
Email	Telefone (DDD) 83-99641-8206						

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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
<p>CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)</p> <p><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</p>			
AGÊNCIA NRO. D/V		CONTA NRO. D/V	
0435 9		1008575 6	
(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, 09 de Março de 2018
Local e Data

Local e Data

José Will dos Santos Nas Cimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 3 - Assinatura do Representante Legal

EAPPE 001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 28/01/2019 15:08:38
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012815065072100000018357241>
Número do documento: 19012815065072100000018357241

Num. 18864613 Pág. 1

