



03/06/2020

Número: **0800125-13.2019.8.15.0571**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Pedras de Fogo**

Última distribuição : **27/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
T. K. S. N. (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO) LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL (CURADOR)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30871 277	21/05/2020 18:21	Apelação	Apelação
30871 281	21/05/2020 18:21	APELACAO - THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO - DPVAT	Informações Prestadas
30871 285	21/05/2020 18:21	2638159_PROCESSO ADM 1 PARTE	Documento de Comprovação
30871 290	21/05/2020 18:21	2638159_PROCESSO ADM 2 PARTE	Documento de Comprovação

Apelação anexa.





LACERDA SANTANA
ADVOGADOS

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE PEDRAS DE
FOGO/PB**

PROCESSO Nº 0800125-13.2019.8.15.0571
RÉ: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, devidamente representada por **LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL**, já qualificadas nos autos da ação em epígrafe em que contende com a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT** – vem respeitosamente à presença de V. Ex^a, por sua advogada adiante assinada, não se conformando, *data venia*, com a r. sentença, interpor

APELAÇÃO

Com as razões que o justificam em anexo, requerendo a V. Ex^a se digne recebê-la, determinando seu regular processamento e encaminhá-lo ao Egrégio Tribunal de Justiça da Paraíba.

Termos em que,
Pede DEFERIMENTO.

João Pessoa/PB, 21 de Maio de 2020.

MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA
OABB-PB 11.662-B

(83) 3241.6957

Av. Dom Pedro II, 705 • Centro • CEP 58013-420 • João Pessoa - PB
Rua Orcine Fernandes, 63 • sala 110 • Mel Shopping • Sapé - PB



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 21/05/2020 18:21:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052118215687700000029637407>
Número do documento: 20052118215687700000029637407

Num. 30871281 - Pág. 1



LACERDA SANTANA
ADVOGADOS

APELAÇÃO

PROCESSO Nº 0800125-13.2019.8.15.0571
AUTOR: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
RÉ: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

RAZÕES DO RECURSO

Colendo Colegiado,

Ilustre Relator:

Trata-se de ação de cobrança referente ao seguro DPVAT.

Instruído o feito, adveio sentença que extinguiu a ação sem resolução de mérito, por ausência de interesse processual, sob o argumento de que o autor não formulou pedido administrativo do aludido seguro.

Com máxima vênia, a r. sentença incorreu em erro, merecendo reforma, conforme será adiante demonstrado.

DA REALIZAÇÃO DO PEDIDO ADMINISTRATIVO – PEDIDO NEGADO – PRETENSÃO RESISTIDA.

Conforme acima mencionado, a parte recorrente sofreu acidente automobilístico, o que ensejou a busca administrativamente do pagamento do seguro DPVAT, através do Sinistro tombado sob nº 3180597348, documento este, inclusive juntado pela própria recorrida, conforme se verifica em id 24585737 e 24585742, demonstrando o trâmite administrativo.

Ocorre que em 19/06/2015, a recorrida emitiu notificação informando da negativa de pagamento do seguro sob a alegação de ausência de comprovação documental (id 24585737), quais sejam: Autorização de pagamento; comprovante de residência e certidão de ausência de inexistência de IML.





LACERDA SANTANA
ADVOGADOS

Entretanto Nobre relator da análise da própria defesa, verifica-se que tais documentos foram devidamente encaminhados já que anexados com a peça de bloqueio, senão vejamos:

- Autorização de pagamento – id 24585737 (pág. 3) ;
- Comprovante de residência – id 24585737 (pág. 11);
- Certidão de ausência de inexistência de IML – id 24585737 (pág. 12).

Ora, questiona-se, como a recorrida nega o pagamento da indenização sob o argumento de ausência dos documentos acima, se a própria recorrida anexa com sua peça de defesa os mesmos documentos?

Tal resposta remonta tão somente à negativa injustificada do pagamento do seguro ao qual faz jus à recorrente, motivo pelo qual, merece reforma a sentença do juízo de piso que não analisou com todas as vênias, as provas carreadas aos autos pelo próprio recorrido.

TESE ALTERNATIVA - DA DESNECESSIDADE DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO ANTERIOR. DA AFRONTA AO PRÍNCÍPIO CONSTITUCIONAL DA INFASTABILIDADE DA JURISDIÇÃO

Por amor ao debate, ante a prova de que houve pretensão resistida ao pagamento do seguro já que devidamente demonstrado o requerimento administrativo e sua infundada recusa, passa-se a seguinte tese.

A ausência de requerimento do autor, pleiteando o recebimento do seguro DPVAT nas vias administrativas, não a inibe de reivindicar, diretamente em Juízo, o seguro que lhe cabe.

Pensar de modo diverso resulta em afronta, clara, ao princípio constitucional da inafastabilidade da jurisdição, insculpido no inciso XXXV do artigo 5º da Constituição Federal, *in verbis*:

“A lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”.

O sistema jurídico brasileiro não admite que uma pretensão jurídica seja impedida em razão da existência do processo administrativo, não pode este impedir que o administrado recorra à via Judicial quando entender que seja cabível.





LACERDA SANTANA
ADVOGADOS

Em seus ensinamentos, o constitucionalista José Afonso da Silva, ao se referir aos direitos subjetivos, assim se posicionou:

“O princípio da proteção judiciária, também chamado princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional, constitui, em verdade, a principal garantia dos direitos subjetivos”.

O direito de ação, direito subjetivo público de se pleitear a tutela jurisdicional do Estado, é constitucionalmente identificado como instrumento de cidadania.

Vejamos o posicionamento do **TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA**, em recentes decisões:

Apelação Cível n.º 0005292-37.2009.815.0331.
PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA.
GAB. DES. ABRAHAM LINCOLN DA CUNHA RAMOS.
A C Ó R D ã O.
APELAÇÃO CÍVEL n.º 0005292-37.2009.815. 0331.
ORIGEM : Comarca de Santa Rita- 5ª Vara.
RELATOR : Exmo. Des. Abraham Lincoln da Cunha Ramos.
APELANTE : Unibanco AIG Seguros S/A.
ADVOGADO : Rostand Inácio dos Santos.
APELADO : Adalzira de Oliveira Delfino.
ADVOGADO : Marcos Antônio Inácio da Silva.

PROCESSUAL CIVIL – Apelação cível – Preliminar – Ação de cobrança de seguro DPVAT – Carência de ação por falta de interesse de agir – Ausência de requerimento administrativo prévio – Desnecessidade – Princípio da inafastabilidade da jurisdição (art. 5º, XXXV, CF) - Matéria recursal ventilada em preliminar em confronto com a jurisprudência dominante do STJ – Rejeição – Ilegitimidade Passiva “ad causum”- Provocação de qualquer seguradora consorciada – Rejeição.
“Não é obrigatório o prévio requerimento na via administrativa do pagamento do seguro DPVAT para o ingresso no Poder Judiciário.” **O “direito de ação” é uma garantia constitucionalmente assegurada (art. 5º, XXXV, CF), não sendo possível exigir que a parte esgote as vias administrativas antes de ingressar com uma demanda judicial. (Grifei).**

PROCESSO CIVIL. ILEGITIMIDADE PASSIVA. INOCORRÊNCIA. FALTA DE INTERESSE DE AGIR. INEXISTÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINIS-TRATIVO





LACERDA SANTANA
ADVOCATIA

PRÉVIO. DESNECESSIDADE. REJEIÇÃO DAS PRELIMINARES. APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. FIXAÇÃO DO VALOR INDENIZATÓRIO. MANUTENÇÃO. JUROS DE MORA. CITAÇÃO SÚMULA 426, DO STJ. CORREÇÃO MONETÁRIA. INCIDÊNCIA A PARTIR DO EVENTO DANOSO SÚMULA 43, DO STJ. DESPROVIMENTO DO RECURSO.

- Preliminar de Ilegitimidade Passiva. A escolha da seguradora contra quem vai litigar o beneficiário do seguro DPVAT pertence tão somente a este, não sendo oponível a resolução do CNSP que criou a entidade líder das seguradoras.

- Preliminar de Falta de Interesse de agir. Não se pode exigir o prévio requerimento administrativo do pagamento do DPVAT para que a vítima de acidente ou o beneficiário do seguro postule-o judicialmente, sob pena de afronta ao princípio da inafastabilidade da jurisdição. Além disso, resta comprovada a existência de uma pretensão resistida se a ré não efetua o pagamento do seguro após a citação.

TJPB - Acórdão do processo nº 00120090152115001

Órgão (1 CAMARA CIVEL) - Relator DES. LEANDRO DOS SANTOS - j. Em 30/04/2013.

APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INDENIZAÇÃO. PRELIMINARES. ILEGITIMIDADE PASSIVA. EMPRESA CONSORCIADA AO SEGURO DPVAT. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. POSSIBILIDADE DE ACIONAR QUALQUER DAS INTE- GRANTES DO CONSÓRCIO. REJEIÇÃO.

CARÊNCIA DE AÇÃO POR FALTA DE INTERESSE DE AGIR. DESNECESSIDADE DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO ANTERIOR. PRINCÍPIO DA INAFASTABILIDADE DA APRECIÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO. NÃO ACOLHIMENTO.

- Não há dúvida da legitimidade passiva da ré, na medida em que faz parte do consórcio das seguradoras operantes no seguro DPAVT, podendo ser responsabilizada pelo pagamento do capital segurado, em caso de seguro não realizado, nos termos do art. 7º da Lei nº 6.194/74.

Para o recebimento da indenização relativa ao Seguro DPVAT, não há necessidade de prévio esgotamento da via administrativa, como condição para o beneficiário ingressar em juízo e o interesse de agir liga-se à necessidade de satisfação de uma pretensão da parte que, se não propuser a demanda, pode vir a sofrer um prejuízo.

TJPB - Acórdão do processo nº 20020100021316001

Órgão (4 CAMARA CIVEL) - Relator DES. FREDE-RICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO - j. em 04/04/2013.





LACERDA SANTANA
ADVOGADOS

Em acréscimo, colaciona-se abaixo entendimentos jurisprudenciais de outros tribunais acerca da matéria.

Acórdão do Tribunal de Justiça de São Paulo:

ACIDENTE DE VEÍCULO - AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - **PROVA DE PRÉVIO PEDIDO NA ESFERA ADMINISTRATIVA E DA RECUSA DE PAGAMENTO - DESNECESSIDADE** - INDEFERIMENTO DA INICIAL POR FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL NA DEMANDA - AFASTAMENTO - RECURSO DO AUTOR PROVIDO.

A comprovação do **requerimento prévio no âmbito administrativo**, bem como da **recusa da seguradora** no atendimento ao pedido, **não constituem pressupostos ou condições de admissibilidade para a propositura da ação de cobrança de indenização de seguro obrigatório**. No caso vertente, **impõe-se reconhecer o interesse processual do autor**, consubstanciado no intuito de buscar na via judicial a indenização que entende fazer jus a título de seguro obrigatório (DPVAT), sob pena de ofensa à garantia constitucional do amplo acesso à Justiça (art. 5º, XXXV, da Constituição Federal).

(TJ/SP. 31ª Câmara de Direito Privado. Apelação nº 00608124020128260114. Proc. nº 0060812-40.2012.8.26.0114. Desembargador Relator Paulo Ayrosa. Data do Julgamento: 07/07/2015)

Acórdão do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. SEGURO. DPVAT. **AUSÊNCIA DE PEDIDO ADMINISTRATIVO. INTERESSE PROCESSUAL CONFIGURADO.**

O acesso ao Poder Judiciário **não pode ser condicionado à prévia solicitação administrativa de pagamento da indenização securitária**, sob pena de ofensa ao artigo 5º, XXXV, da Constituição Federal. Precedentes desta Câmara. RECURSO PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA.

(TJ/RS. Quinta Câmara Cível. Agravo de Instrumento nº 70064284797. Desembargadora Relatora Isabel Dias Almeida. Data do Julgamento: 13/04/2015)

Acórdão do Tribunal de Justiça do Maranhão:





LACERDA SANTANA
ADVOGADOS

APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. AUSÊNCIA DE PEDIDO ADMINISTRATIVO. DESNECESSIDADE DE EXAURIMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA. REMESSA DOS AUTOS PARA A COMARCA DE ORIGEM PARA O REGULAR PROSSEGUIMENTO DO FEITO.

I - A falta de requerimento administrativo, não retira dos beneficiários o direito de postular a indenização diretamente na justiça, sob pena de violação ao direito esculpido em nossa Carta Magna art. 5º, XXXV, da CF ("A lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça de direito).

II - Apelo provido.

(TJ/MA. Segunda Câmara Cível. Apelação nº 0302982012. Proc. nº 0000158-07.2011.8.10.0102. Desembargadora Relatora Nelma Celeste Souza Silva Sarney Costa. Data do Julgamento: 30/10/2012)

Portanto, mostra-se clara a desnecessidade do requerimento administrativo para o ajuizamento de ações de cobrança do seguro DPVAT, incorrendo em falha a sentença ao entender pela inexistência de interesse processual.

CONCLUSÃO

Assim, Digníssimo Relator, requer, com fulcro na CF/88 e demais legislação aplicável à espécie, bem como os princípios gerais do Direito, a esse Egrégio Tribunal em dar provimento ao recurso para declarar a existência de interesse processual e anular a sentença de piso, devolvendo os autos ao Juízo de 1º grau para o devido enfrentamento do mérito.

Nestes termos,
Pede DEFERIMENTO.

João Pessoa/PB, 21 de Maio de 2020.

MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA
OAB/PB 11.662-B





Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2015

Carta nº: 7200138

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150540684
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

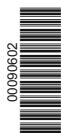
Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/06/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Certidão de inexistência de IML

Pag. 01203/01204 - carta_03



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Tokio Marine Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta nº 8316279

a/c: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150540684
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01009/01010 - carta_16





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

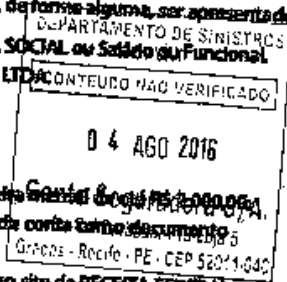
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomendando-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 53.70.87-1 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 0373851894-52 / CNPJ _____, PROFISSÃO ALMOÇO
 E RENDA MENSAL DE R\$ ALMOÇO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA THAYLA KELLY SILVA N. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABaixo PRESTADAS.

(*) A Circular Supen nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados para depósito, de forma alguma, são apresentados ao

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem 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 013 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a solicitação de proposta de abertura de conta com 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 SISPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4313 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1435-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECOMEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ida de Foye 17 de 2
 LOCAL E DATA

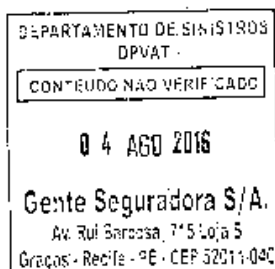
de 2016

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\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotalvita.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







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 <i>Thalita Kelly Silva Norzimento</i>	CPF titular da conta <i>744.759.464-70</i>	Profissão
Endereço <i>Sítio Bom-que-Dói</i>	Número <i>311</i>	Complemento <i>Zona Rural</i>
Bairro <i>Sítio Bom-que-Dói</i>	Cidade <i>Pedras de Fogo</i>	Estado <i>PR</i>
Email <i>presidencia@banda.net.br</i>	CEP	Telefone (DDD) <i>(83) 3347-6957</i>

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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V	CONTA NRO. D/V	BANCO Nome NRO.	AGÊNCIA 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 PB 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
19 DEZ. 2018
PROTOCOLC

Thalita Kelly Silva Norzimento
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DAS DADOS DE ENDEREÇO DA PESSOA ESPECÍFICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS ANEXADOS POR TERCEIRO (Banco, Agência, Conta) - ASSINAR UMA OPÇÃO DE RENDA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2425

CONTA:

25254

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (Preencher apenas se for o caso de INVALIDEZ PERMANENTE)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (Preencher apenas se for o caso de INVALIDEZ PERMANENTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DAS DADOS DE ENDEREÇO DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 245/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS ANEXADOS POR TERCEIRO (Banco, Agência, Conta) - ASSINAR UMA OPÇÃO DE RENDA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2425

CONTA:

25254

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (Preencher apenas se for o caso de INVALIDEZ PERMANENTE)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (Preencher apenas se for o caso de INVALIDEZ PERMANENTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1011633/16

26 4355



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
6ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de Pedras de Fogo, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. Francisco Basílio Rodrigues, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das 16:05 horas **COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador de RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881.894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, s/n, zona rural – Pedras de Fogo/PB. E faz o seguinte REGISTRO.

Que no dia 23.03.2015, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa: 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta Cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona). Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva Certidão.

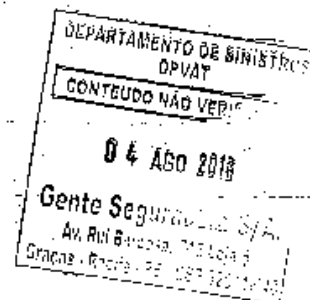
Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE:

Policial:

Herick Gerônimo Dias Alves
Chefe do Cartório Policial
Escrivão de Polícia Civil
Matr. 155.349-6





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de **Pedras de Fogo/PB**, Estado da Paraíba, na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das **16:05 horas COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador do RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, SN, zona rural, Pedras de Fogo/PB, **E faz o seguinte REGISTRO.**

Que no dia 23.03.2014, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha TIALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona); Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva certidão.

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE: Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:

Petroci Pereira de Souza
Agente de Investigação
Mat. 135.591-1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 SET 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 549/2018

Aos VINTE E NOVE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, Identidade nº 5.710.871-SDS/PE, CPF nº 037.881.894-52, nacionalidade brasileiro, estado civil: em união estável, profissão: pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco Do Nascimento E De Alice Alves Do Nascimento, natural de São Lourenço Da Mata/PE, nascido(a) em 28/11/1979 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: (83) 98852-2809.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 23 de março de 2015;
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Camaçari, zona rural de Pedras de Fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

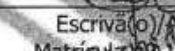
Afirma o noticiante que no dia 23/03/2015, por volta das 11:00 horas, pegou emprestada de um amigo, a motocicleta da marca HONDA/CG 125 FAN, na cor PRETA, ano 2008/2008, de placa KFS 0278 PE, e chassi 9C2JC30708R659193, registrada em nome de Anderson Joventino da Silva, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, esta na época com nove anos de idade, saiu com o veículo com destino a casa de sua mãe, também moradora da mesma localidade que o noticiante; Que no caminho, ao descer uma ladeira, o pneu dianteiro do veículo veio a derrapar, fazendo com que o noticiante perdesse o controle do veículo vindo a cair com a motocicleta, tanto o noticiante (condutor) com sua filha (carona); Que devido a queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente o noticiante acionou o SAMU para socorrê-la, tendo a mesma sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, de onde foi encaminhada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.


ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
Comunicante

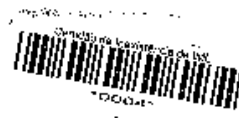

Escrivã(o)/Agente
Márcia Rêgo 154876-0
Escrivã de Polícia
Mat.: 154.876-0



Rua Dr. Manoel Alves, 191, Centro, Pedras de Fogo/PB. CEP: 58.328-000
Fone: (81) 3635-1304



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexandre Francisco de Jesus portador da carteira de identidade nº 57.108.71 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.881.854-52, residente e domiciliado na Rua Camaragani, Cidade Barbosa, Estado _____, 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:

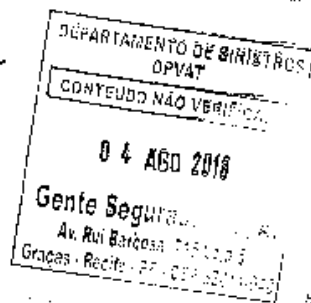
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior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

Alexandre Francisco de Jesus

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rudran de Jesus, 17/02/16

Local e data



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

Thalita Kelly Silva Norberto

CPF da Vítima

144.159.464-70

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Luís Helena da Silva Maciel

CPF do Representante legal

087.538.914-80

Email

previdenciario@lacerda.santana.com.br

Telefone (DDD)

(83) 3247-6957

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.

IMPREV
IMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 DEZ. 2018

João Paulo B. 19 de dezembro de 2018

Local e Data

PROTOCOLO
DO RESSO

Luís Helena da Silva Maciel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





**SAMU
192**

SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Pedras de Fogo - Estado da Paraíba



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.

SEBASTIÃO RODRIGO DE A. RODRIGUES
Coordenador SAMU - Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN 246446





SAMU
192

SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

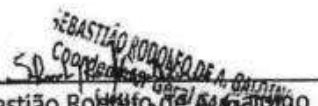


Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.


Sebastião Roberto de Araújo
Coordenador SAMU-Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN.246446





EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA CS 127
CENTRO (PX CLUB)
55870-000 TIMBAUBA PE



Postagem: 23/10/2015
Vencimento: 05/11/2015
Emissor: 23/10/2015
Fechamento próximo fatura: 30/11/2015



VISA

Resumo da fatura em R\$	
Total da fatura anterior	601,12
Pagamento efetuado em 29/09/2015	- 601,12
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	1.135,28
Total desta fatura	1.135,28

Titular: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
Cartão: 4806 XXXX XXXX 5058

vencimento 05/11/2015	pagamento total R\$ 1.135,28	pgto. mínimo R\$ 170,29	parcelamento R\$ sem juros 24 X 102,74	parcelamento R\$ com juros 24 X 110,44
---------------------------------	--	-----------------------------------	--	--



Sua vida
mais fácil.

Se você ainda recebe sua fatura em
papel, mude já para a Fatura Digital
e tenha mais praticidade no seu
dia a dia.

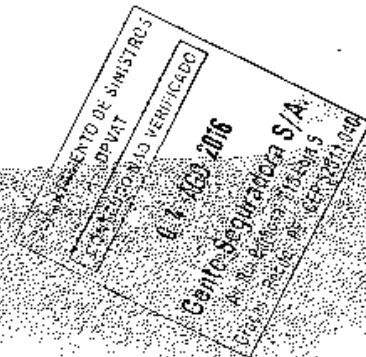
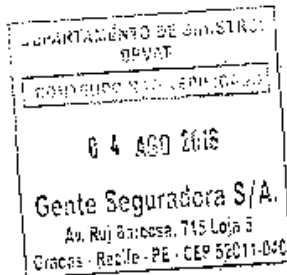
Assine o cartão online e capture-se.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	6.300,00
Limite utilizado no mês	1.582,35
Retirada de recursos País (saque)	520,00

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
03/05/04	NAGEM 07/10	84,90
03/02/09	SERRANOTO LTDA 02/02	36,50
23/09	RECARGA TIM	15,00
03/24/09	DIVERSOS RIO DE JANEIRO	77,00
03/25/09	AUTO POSTO BARBOSA	77,00
03/25/09	VEÍCULOS TIMBAUBA	30,06
03/25/09	ALBUQUERQUE PNEUS RPI	30,06



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu Alexandre Francisco da Naveira

RG nº 5710874, data de expedição 1/1/, órgão _____

CPF nº 037.881.894-59 venho por meio deste instrumento declarar que não possui 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:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!
04 AGO 2016
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE - CEP 52011-040

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>6119 Primavera</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>51338-000</u>
Telefone de Contato	<u>(R) 5737-3042 / (R) 5163-6662</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-se.

Local e Data: Recife, de 19 de 12/02/16

Assinatura do Declarante: Alexandre Francisco da Naveira



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE I. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013-380

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
			Residencial	Comercial	Industrial	Público		
001.003.175.0170.000		000	1	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto			
Y10X387011	26/03/2011	EXT LACR LIGADO	LIGADO					
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA			
1988	2020	32	29		02/08/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.								
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275		275	
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277		277	
MAR/2018	7	0	COL. TERNOT	0	0		0	
FEV/2018	9	0	COR	73	88		88	
JAN/2018	19	7	COL. TOTAIS	268	277		277	
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: MAI/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 3,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 3,91 POR UNIDADE	10 M3	30,42
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3	10 M3	58,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LET 12.741/2011

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
19 JUL 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 016.495.193



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.096.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
SIT BOM QUE DOI S/N SÍTIO
PEDRAS DE FOGO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1448179-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

04/12/2018

CONSUMO

49

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Roteiro: 01-286-943-1140

83610000000-6 31620064000-3 14481792018-0 12600256019-0

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

MATRÍCULA

1448179-2018-12-5



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 21/05/2020 18:21:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052118215779300000029637411>

Número do documento: 20052118215779300000029637411



ARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20011-040

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Eduardo Henrique G. F. Lima, portador(a) do RG nº 6425924, expedido por _____, em _____/_____/_____, CPF/CNPJ nº 048.735.444-32

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Alexandre Francisco da Nascimento do sinistro de DPVAT da natureza envelhecimento da vítima Thelita Kelly Silva Nascimento, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Nenhum

Documentos comprobatórios: Nenhum

Eduardo Henrique
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiagode A. Brandão inscrito (a) no CPF/CNPJ 072139414 / 62 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thalito Kelly S. Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.159464 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura anuidade da Vítima Thalito Kelly Silva, Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.159464 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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>Ave Afonso Campos</u>		Número <u>40</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>previdenciou@lacerdasantana.adv.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)3241-6957</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)98650-6150</u>	

João Pessoa 19 de dezembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



DL.DRL.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



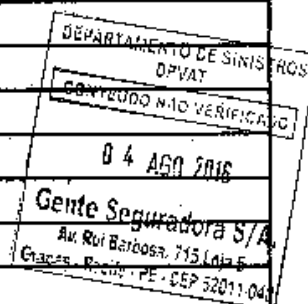
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06
NOME DA MÃE	LÚCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO	13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita
CID 10	S82.9



AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdômen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdômen total
RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.
Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR:	27/03/14
DATA DA EMISSÃO:	26/02/15

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2229/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA



Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Fátima Kelly Silva Noronha</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>23/03/2014</u>			Data da alta:		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura Exposta de Perna D</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura Exposta de Perna D</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Exame físico e Radiografia</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Odilânio e Dr. João Rodrigues</u> <u>Amputação Cirúrgica + Redução momentânea + estabilização</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente vítima de trauma em perna D com</u> <u>fratura exposta, foi submetido a fratura de</u> <u>cirurgia com amputação momentânea e</u> <u>por seguimento da patologia.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Ceftriaxona + Paracetamol</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em <u>HTOP</u> para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão com <u>Dr. Kelton B. Gonçalves</u>					
João Pessoa: <u>27</u> de <u>03</u> de <u>2014</u> <u>[Assinatura]</u> Médico					
Ass. Médico <u>CRM 654</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06
NOME DA MÃE	LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO	13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdomen total
RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.
Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR:	27/03/14
DATA DA EMISSÃO:	26/02/15

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

COMARCA DE PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

Nascimento, Casamento, Óbito e Interdição

Oficial - Maria Goretti Melo Rodrigues

REGISTRO DE NASCIMENTO

Certifico, que as fls. 132 - Livro A-34, sob nº. 25.703 do Registro de Nascimento, nesta data foi feito o assento de:

THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascido(a): aos primeiro de maio de dois mil e seis (01/05/2006), no Hospital Distrital, desta cidade, às 10:00 horas, do sexo feminino.

Filho(a) de: Alexandre Francisco do Nascimento e Lucia Helena da Silva Maciel.

Avós Paternos: Eugenio Francisco do Nascimento e Alice Alves do Nascimento.

Avós Maternos: João Jacinto Maciel e Dirlane Josefa da Silva.

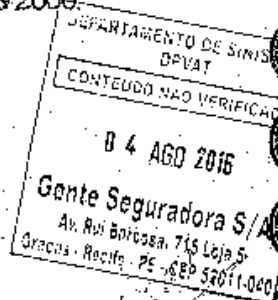
Foi declarante: O pai.

OBS: Registro feito de acordo com a lei federal em vigor, e dispensadas as testemunhas de acordo com a Lei Federal nº. 9.997 de 17/08/2000.

O Referido é verdade, e dou fé.

Pedras de Fogo, 26 de junho de 2006

Maria Goretti Melo Rodrigues
Maria Goretti Melo Rodrigues
Oficial do Registro Civil



Rua Augusto dos Anjos, 53 - Centro - CEP: 53328-000 - Pedras de Fogo, Paraíba
Fone: (51) 3635-1028 - E-mail: cartorio_pf@yahoo.com.br

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL: QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

49789





05-74

100-443887-100

9806 XXXX XXXX

VISA

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525



682071711

071717Z
UNCLAS

[illegible]

0208000000	0208000000	0208000000
------------	------------	------------

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C. 20535

00C 138671; work : CAGI 138671; 110
040 235 494-32
040 235 494-32

STANLEY STEINBERG CONSULTING FIRM, INC.

REPRODUCTION PROHIBITED BY LAW
MINISTER OF THE CROWN
DEPARTMENT OF CROWN AND TRANSIT
NOTICE BY MAIL AT HALF PRICE

Num. 30871285 - Pág. 26

6277 8012 1977 9547
ALEXANDRE F D NASCIMENT
4913 013 00001479-2 07/21



POUPANÇA

CAIXA

el

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Nº de inscrição

037881894-52

Data de Nascimento

28/01/79



VALIDAR EM TODOS OS TERCEIROS NACIONAL

REGISTRO 5710871 DATA DE EXPEDIENTE 15.08.1996

NOME ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO 28.01.1979

NACIONALIDADE São Lourenço da Mata-PE

CPF 037881894-52

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: *Elaine Caldas Lira*

ASSINADO POR: Elaine Caldas Lira

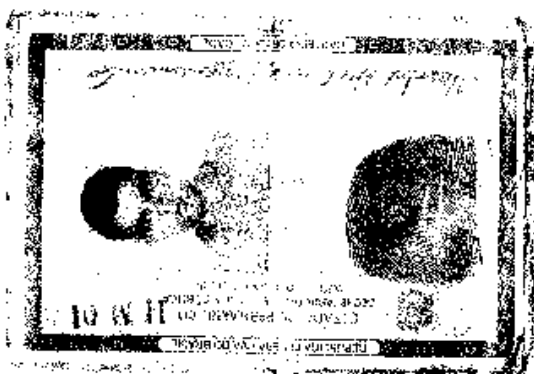
LEI Nº 11.719 DE 2008

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa 716/718

Brasília - DF - CEP 50000-000



Este documento é a comprovação da inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitida e assinada por terceiros, sendo
nos casos previstos na legislação vigente.

VALIDO EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 28/03/99

Genio Engenharia S.A.
C & A 100 705
Rua... 100 705
Cidade... 100 705

TITULO ELEITORAL

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

387 74575 088974410841 CZA 00

SEDRAS DE FOGUETOS

TOTAL

[Handwritten signature]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

66R-43



POLEGAR DIREITO



Thalita Kelly Silva Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/08/2018

REGISTRO GERAL 10.892.779

HOME

<< THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO >>

<< LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL >>

NATURALIDADE

PEDRAS DE FOGO - PB

DOC. ORDEM << CH. 25.703 LA34 F.132 CART.

PEDRAS DE FOGO - PB 26.06.2006 >>

CPF 144.159.464-70

DATA DE NASCIMENTO 01/05/2006

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

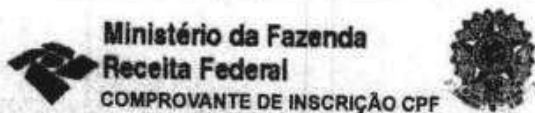
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

19 DEZ. 2018

PROTOCOLC

AG. JOÃO PESSOA



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
144.159.464-70

Nome
THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascimento
01/05/2006

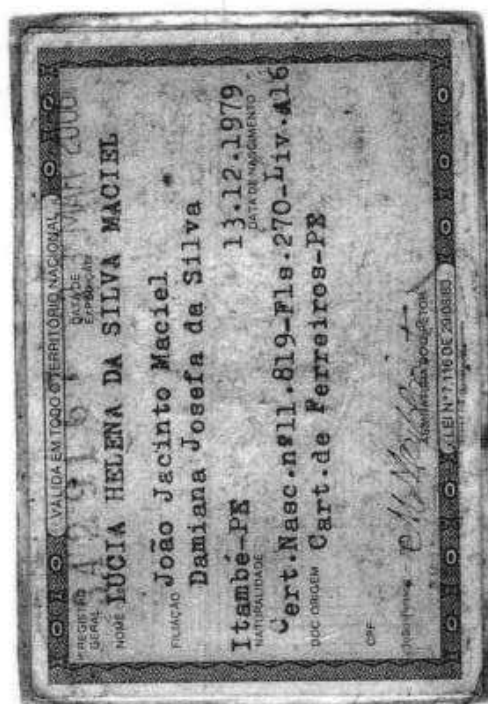
CÓDIGO DE CONTROLE
5B0A.A029.97FA.03D2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:28:13 do dia 21/03/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO







BILHETE DE SEGURO OPVAT
BE N° 010102336358

ETDZ
CHJCHXHA

PLACA II
REF 90275

CPF/CN 077.131.354-30

ANDERSON JOVETINO DA SILVA

32-38861-1

BILHETE DE SEGURO D'AVIAT

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2013	19/08/13

PE N° 010152336358

VIA _____ CPF/CNPJ _____ PLACA _____
1 077 131 354-30 KE30279

115540435	RENAVAM	MARCA/MODELO	HONDA/CG 125 FAN
-----------	---------	--------------	------------------

115940132	AMNO FAB	2009	08	9C2JC30708R59193	NP CLASS-
-----------	----------	------	----	------------------	-----------

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (RS)	DEMATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
----------	---------------	----------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR A SER PAGADO EM DEPOSITO (R\$)
------------------------	-----------	--------------------------------------

COTA ÚNICA		PAGAMENTO		PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO	
------------	--	-----------	--	-----------	--	------------------	--

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE VOT

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

04 AEG 2016

[illegible]

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Seguradora Líder dos Condições do Seguro DPVAT S/A
 CNPJ: 08.245.608/0001-04
 Rua Bernardo Dentan, 74 - 8º andar
 Centro - Rio de Janeiro
www.seguradaliider.com.br

[illegible][illegible][illegible]

THALITA KELLY

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Alexandre Francisco de Nascimento, Brasileiro, Solteiro,
inscrito no CPF-037.884.894-52

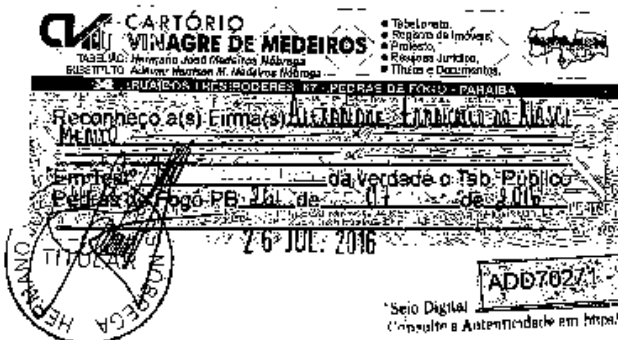
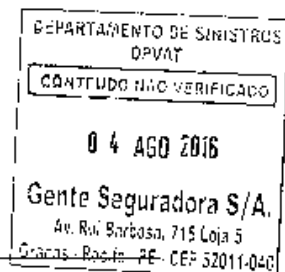
Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Pedras De Fogo, 26-07-2016

Alexandre Francisco de Nascimento



ADD7027 UZEX



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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: 19/12/2018
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Número do Sinistro: 3180597348

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento

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: 31/01/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta nº: 9530181

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160488314 ASL-1011637/16
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01921/01922 - carta_01





Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2016

Carta nº: 9535884

A/C: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160488314 ASL-1011637/16
Vitima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
Data Acidente: 23/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01571/01572 - carta_03



00070786





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

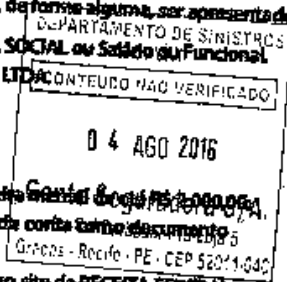
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomendando-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
 PORTADOR(A) DO RG Nº 53.70.87-1 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 033.851.894-59 / CNPJ _____, PROFISSÃO ALMOÇO
 E RENDA MENSAL DE R\$ ALMOÇO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA THAYLA KELLY SILVA N. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABaixo PRESTADAS.

(*) A Circular Supre nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados para depósito, de forma alguma, são apresentados ao

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 013 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a solicitação de proposta de abertura de conta com 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/beneficiário.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4313 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1435-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECOMEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Ida de Foye 17 de 2
 LOCAL E DATA

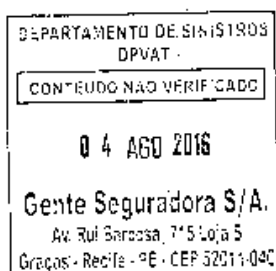
de 2016

Alexandre Francisco do Nascimento
 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\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodatravalia.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







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 <i>Thalita Kelly Silva Norzimento</i>	CPF titular da conta <i>744.759.464-70</i>	Profissão
Endereço <i>Sítio Bom-guá Doi</i>	Número <i>311</i>	Complemento <i>Zona Rural</i>
Bairro <i>Sítio Bom-guá Doi</i>	Cidade <i>Pedras de Fogo</i>	Estado <i>PR</i>
Email <i>prezidencia@banda.net.br</i>	CEP	Telefone (DDD) <i>(83) 3247-6957</i>

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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. 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.

João Pessoa PB 12 de Dezembro de 2018
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
19 DEZ. 2018
PROTOCOLC

Lucineide de Lacerda Santana
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DAS DADOS DE ENDEREÇO DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS ANEXADOS POR TERCEIRO (BANKING) - NÃO PRECISA ASSINAR UMA OPÇÃO DE RENDA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2425

CONTA:

25254

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (Preencher apenas se for requerido o Seguro DPVAT por invalidez permanente)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (Preencher apenas se for requerido o Seguro DPVAT por invalidez permanente)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

31 JAN 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES DAS DADOS DE ENDEREÇO DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS ANEXADOS POR TERCEIRO (Banco, Agência, Conta) - ASSINAR UMA OPÇÃO DE RENDA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2425

CONTA:

25254

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (Preencher apenas se for requerido o Seguro DPVAT por invalidez permanente)

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (Preencher apenas se for requerido o Seguro DPVAT por invalidez permanente)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1011633/16
26 4355



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
6ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de Pedras de Fogo, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das 16:05 horas **COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador de RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881.894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, s/n, zona rural – Pedras de Fogo/PB. E faz o seguinte REGISTRO.

Que no dia 23.03.2015, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa: 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta Cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona). Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva Certidão.

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

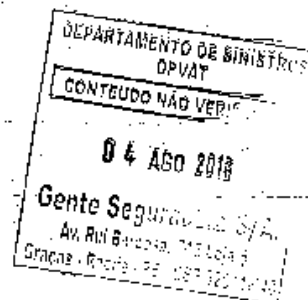
Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE:

Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:

Herick Gerônimo Dias Alves
Chefe do Cartório Policial
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 155.349-6





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA METROPOLITANA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE PEDRAS DE FOGO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 0393/2015

Aos 8 de junho de 2015, nesta cidade de **Pedras de Fogo/PB**, Estado da Paraíba, na Delegacia de Polícia Civil sob a supervisão do Bel. **Francisco Basílio Rodrigues**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão, *in fine* assinado, aí por volta das **16:05 horas COMPARECEU: ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO**, brasileiro, união estável, pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco do Nascimento e de Alice Alves do Nascimento, portador do RG: 5.710.871-SSP/PE, CPF: 037.881894-52, Fone: 83 99413-9926, residente no Sítio Camaçari, SN, zona rural, Pedras de Fogo/PB, **E faz o seguinte REGISTRO.**

Que no dia 23.03.2014, por volta das 11:00 horas, pegou a motocicleta modelo CG 125 FAN, placa 9C2JC30708R659193, emprestada, a qual pertence a um amigo, e juntamente com sua filha TIALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, de 9 anos de idade, com destino à casa de sua mãe, no caminho, ao passar pelas imediações do sítio Camaçari, zona rural desta cidade, descendo uma ladeira o pneu dianteiro derrapou, e por isso perdeu o controle da motocicleta vindo a cair o noticiante (condutor) e sua filha (carona); Da queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente chamou o SAMU para socorrê-la, tendo esta sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, logo em seguida, foi encaminhada para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa/PB, conforme documentação anexa. Nada mais havendo a consignar, solicitou providências bem como a respectiva certidão.

Cientificado o declarante das implicações civis, penais e administrativas advindas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, o notificante assina o que declara, e solicita o respectivo boletim. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Pedras de Fogo, 8 de junho de 2015.

NOTICIANTE: Alexandre Francisco do Nascimento

Policial:

Petroci Pereira de Souza
Agente de Investigação
Mat. 135.591-1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 SET 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 549/2018

Aos VINTE E NOVE dias de JUNHO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO, Identidade nº 5.710.871-SDS/PE, CPF nº 037.881.894-52, nacionalidade brasileiro, estado civil: em união estável, profissão: pedreiro, filho(a) de Eugênio Francisco Do Nascimento E De Alice Alves Do Nascimento, natural de São Lourenço Da Mata/PE, nascido(a) em 28/11/1979 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camaçari, tendo como ponto de referência: zona rural, na cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, fone(s) para contato: (83) 98852-2809.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 23 de março de 2015;
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Camaçari, zona rural de Pedras de Fogo/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

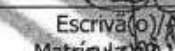
Afirma o noticiante que no dia 23/03/2015, por volta das 11:00 horas, pegou emprestada de um amigo, a motocicleta da marca HONDA/CG 125 FAN, na cor PRETA, ano 2008/2008, de placa KFS 0278 PE, e chassi 9C2JC30708R659193, registrada em nome de Anderson Joventino da Silva, e juntamente com sua filha THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO, esta na época com nove anos de idade, saiu com o veículo com destino a casa de sua mãe, também moradora da mesma localidade que o noticiante; Que no caminho, ao descer uma ladeira, o pneu dianteiro do veículo veio a derrapar, fazendo com que o noticiante perdesse o controle do veículo vindo a cair com a motocicleta, tanto o noticiante (condutor) com sua filha (carona); Que devido a queda, sua filha ficou bastante ferida e imediatamente o noticiante acionou o SAMU para socorrê-la, tendo a mesma sido atendida no Hospital Municipal de Pedras de Fogo, de onde foi encaminhada para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa/PB.

6) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.


ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO
Comunicante

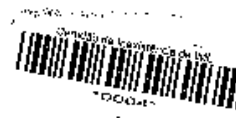

Escrivã(o)/Agente
Márcia Rêgo
Matrícula nº 154876-0
Escrivã de Polícia
Mat.: 154.876-0



Rua Dr. Manoel Alves, 191, Centro, Pedras de Fogo/PB. CEP: 58.328-000
Fone: (81) 3635-1304



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Alexandre Francisco de Jesus portador da carteira de identidade nº 57.108.71 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.881.854-52, residente e domiciliado na Rua Camaragani, Cidade Barbosa, Estado Paraná, 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:

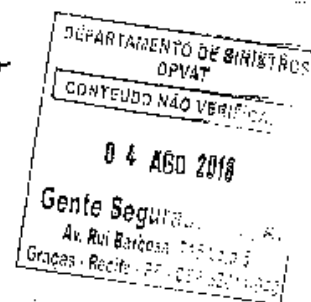
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior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

Alexandre Francisco de Jesus

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rudmar de Jesus, 17/02/16

Local e data



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 interdita 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

Thalita Kelly Silva Norberto

CPF da Vítima

144.159.464-70

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Luís Helena da Silva Maciel

CPF do Representante legal

087.538.914-80

Email

previdenciaria@lacerda.santana.com.br

Telefone (DDD)

(83) 3247-6957

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.

IMPREV
IMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 DEZ. 2018

João Paulo B. 19 de dezembro de 2018

Local e Data

PROTOCOLO
DO PESSOAL

Luís Helena da Silva Maciel

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





**SAMU
192**

SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

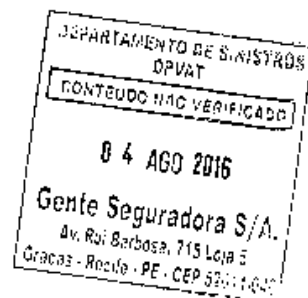


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.

SEBASTIÃO RODRIGO DE A. RODRIGUES
Coordenador SAMU - Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN 246446





SAMU
192

SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

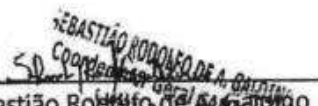


Pedras de Fogo - Estado da Paraíba

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de Direito, que o SAMU – 192 Pedras de Fogo prestou atendimento pré-hospitalar a **Talita Kely da Silva Nascimento**, 7 anos, vítima de Queda de Moto, no dia 23/03/2014, no Sítio Camassari, onde foram realizados todos os procedimentos de Urgência pela a equipe, o mesmo foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sob o protocolo 212100.

Pedras de Fogo, 16 de Maio de 2015.


Sebastião Roberto de Araújo
Coordenador SAMU-Pedras de Fogo
MAT.3223-9/COREN.246446





EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
R D G FERREIRA LIMA CS 127
CENTRO (PX CLUB)
55870-000 TIMBAUBA PE

Postagem: 23/10/2015
Vencimento: 05/11/2015
Emissor: 23/10/2015
Fechamento próximo fatura: 30/11/2015



VISA

Resumo da fatura em R\$	
Total da fatura anterior	601,12
Pagamento efetuado em 29/09/2015	- 601,12
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	1.135,28
Total desta fatura	1.135,28

Título: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
Cartão: 4806 XXXX XXXX 5058

vencimento	pagamento total R\$	pgto. mínimo R\$	parcelamento R\$ sem juros	parcelamento R\$ com juros
05/11/2015	1.135,28	170,29	24 X 102,74	24 X 110,44



Sua vida
mais fácil.

Se você ainda recebe sua fatura em
papel, mude já para a Fatura Digital
e tenha mais praticidade no seu
dia a dia.

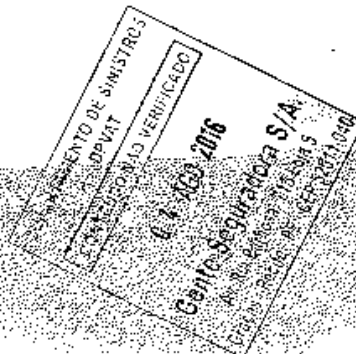
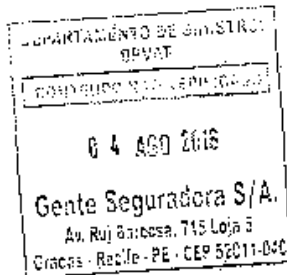
Assine o código QR no verso da fatura.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	6.300,00
Limite utilizado no mês	1.582,35
Resto de recursos Pós (saque)	520,00

Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
03/05/04	NAGEM 07/10	84,90
03/02/09	ALIMENTAÇÃO RECIFE	
	SERRANOTO LTDA 02/02	36,50
	VEÍCULOS TIMBAUBA	
23/09	RECARGA TIM	15,00
	DIVERSOS RIO DE JANEIRO	
02/24/09	AUTO POSTO BARBOSA	77,00
	VEÍCULOS TIMBAUBA	
02/25/09	ALBUQUERQUE PNEUS RPI	30,06



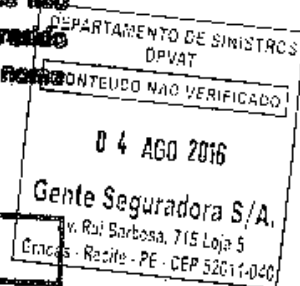
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu Alexandre Francisco da Naveira

RG nº 5710874, data de expedição 1/1/, órgão _____

CPF nº 037.881.894-59 venho por meio deste instrumento declarar que não possui 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)	<u>6119 Primavera</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>51338-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9737-3042 / (81) 9163-6662</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-se.

Local e Data: Recife, de 1999-12/02/16

Assinatura do Declarante: Alexandre Francisco da Naveira



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71609

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA LUCINEIDE DE I. SANTANA
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB
58013-380

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
			Residencial	Comercial	Industrial	Público		
001.003.175.0170.000		000	1	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto			
Y10X387011	26/03/2011	EXT LACILIGADO	LIGADO		LIGADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA			
1988	2020	32	29		02/08/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.								
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275		
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277		
MAR/2018	7	0	COL. TERNOT	0	0	0		
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88		
JAN/2018	19	7	COL. TOTAIS	268	277	277		
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A: MAI/2018					

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 3,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 3,91 POR UNIDADE	10 M3	30,42
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3	10 M3	58,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/2012

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
19 DE JUL. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 21/05/2020 18:21:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052118215889900000029637416>

Número do documento: 20052118215889900000029637416

Num. 30871290 - Pág. 20

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 016.495.193



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.096.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO
SIT BOM QUE DOI S/N SÍTIO
PEDRAS DE FOGO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1448179-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

04/12/2018

CONSUMO

49

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

PAULO FRANCISCO DO NASCIMENTO

Roteiro: 01-286-943-1140

83610000000-6 31620064000-3 14481792018-0 12600256019-0

VENCIMENTO

11/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 31,62

MATRÍCULA

1448179-2018-12-5



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 21/05/2020 18:21:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052118215889900000029637416>

Número do documento: 20052118215889900000029637416

Num. 30871290 - Pág. 21



ARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20011-040

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Eduardo Henrique G. F. Lima, portador(a) do

RG nº 6425924, expedido por _____, em

1 / 1 / _____, CPF/CNPJ nº 048.735.444-32

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

Fernando da Nascimento do sinistro de DPVAT da natureza envelhecimento

da vítima Thelita Kelly Silva Nascimento, e conforme

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Acervo

Documentos comprobatórios: Acervo

Eduardo Henrique
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiagode A. Brandão inscrito (a) no CPF/CNPJ 072139414 / 62 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thalito Kelly S. Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.159464 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura anuidade da Vítima Thalito Kelly Silva, Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.159464 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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>Ave Afonso Campos</u>		Número <u>40</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>previdenciou@lacerdasantana.adv.br</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)3241-6957</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)98650-6150</u>	

João Pessoa 19 de dezembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



DL.DRL.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



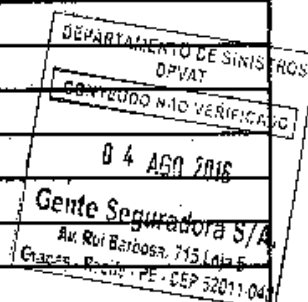
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06
NOME DA MÃE	LÚCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO	13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita
CID 10	S82.9



AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdômen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdômen total
RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.
Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR:	27/03/14
DATA DA EMISSÃO:	26/02/15

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2229/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA



Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: <u>Typhita Kelly Silva Norberto</u>		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>23/03/2014</u>			Data da alta:		
Diagnóstico inicial: <u>Fratura Exposta de Perna D</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura Exposta de Perna D</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Exame físico e Radiografia</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Dr. Odilân e Dr. Joni Rodrigues</u> <u>Amputação Cirúrgica + Redução imediata + estabilização</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente vítima de trauma em perna D com</u> <u>fratura exposta, foi submetido a fratura de</u> <u>cirurgia com amputação e redução e</u> <u>por seguimento ambulatorial</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa: <u>Cefalexima + Paracetamol</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em <u>HTOP</u> para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão com <u>Dr. Kelton B. Gonçalves</u>					
João Pessoa: <u>27</u> de <u>03</u> de <u>2014</u> <u>[Assinatura]</u> Médico					
Ass. Médico <u>CRM 654</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	01/05/06
NOME DA MÃE	LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	80.190
BOLETIM DE ENTRADA N.º	748.337
DATA DO ATENDIMENTO	23/03/14
HORA DO ATENDIMENTO	13:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura exposta de perna direita
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente, de menor idade, deu entrada neste Serviço, vítima de queda de motocicleta, com trauma em perna direita, referindo dor e com limitação funcional. Nega desmaio e nega vômito. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Presença de fratura exposta de perna direita. Internada para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia de abdomen total
RX de perna direita AP/P

RESULTADOS DOS EXAMES:

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.
Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de perna direita.

ALTA HOSPITALAR:	27/03/14
DATA DA EMISSÃO:	26/02/15

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
19 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

COMARCA DE PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

Nascimento, Casamento, Óbito e Interdição

Oficial - Maria Goretti Melo Rodrigues



REGISTRO DE NASCIMENTO

Certifico, que as fls. 132 - Livro A-34, sob nº. 25.703 do Registro de Nascimento, nesta data foi feito o assento de:

THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascido(a): aos primeiro de maio de dois mil e seis (01/05/2006), no Hospital Distrital, desta cidade, às 10:00 horas, do sexo feminino.

Filho(a) de: Alexandre Francisco do Nascimento e Lucia Helena da Silva Maciel.

Avós Paternos: Eugenio Francisco do Nascimento e Alice Alves do Nascimento.

Avós Maternos: João Jacinto Maciel e Dirlane Josefa da Silva.

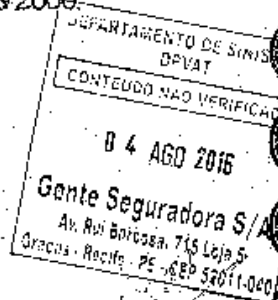
Foi declarante: O pai.

OBS: Registro feito de acordo com a lei federal em vigor, e dispensadas as testemunhas de acordo com a Lei Federal nº. 9.997 de 17/08/2000.

O Referido é verdade, e dou fé.

Pedras de Fogo, 26 de junho de 2006

Maria Goretti Melo Rodrigues
Maria Goretti Melo Rodrigues
Oficial do Registro Civil



Rua Augusto dos Anjos, 53 - Centro - CEP: 53328-000 - Pedras de Fogo, Paraíba
Fone: (51) 3635-1028 - E-mail: cartorio_pf@yahoo.com.br

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL: QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

49789





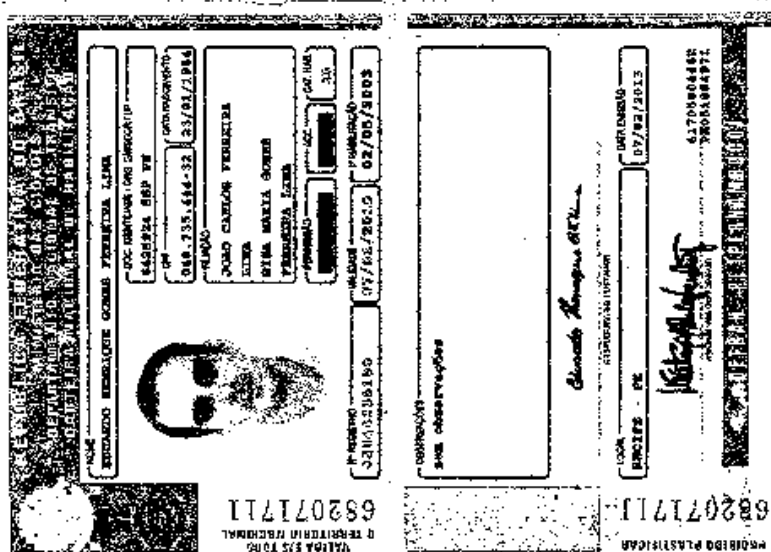
10-74

CONFIDENTIAL

4086 JJJJXXX-505B

VISA

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525



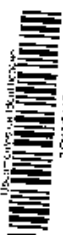
6277 8012 1977 9547
ALEXANDRE F D NASCIMENT
4913 013 00001479-2 07/21



POUPANÇA

CAIXA

el



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

Nº de inscrição

037881894-52

Data de Nascimento

28/01/79



VALIDAR EM TODOS OS TERCEIROS NACIONAL

REGISTRO 5710871 DATA DE EXPEDIÇÃO 15.08.1996

NOME ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO 28.01.1979

NACIONALIDADE São Lourenço da Mata-PE

CPF 037881894-52

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: *Elaine Caldas Lira*

ASSINADO POR: Elaine Caldas Lira

LEI Nº 11.719 DE 2008

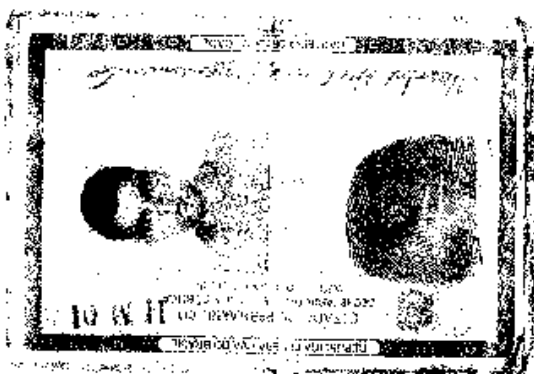
04 AGO 2016

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa 716/718

Brasília - DF - CEP 50000-000

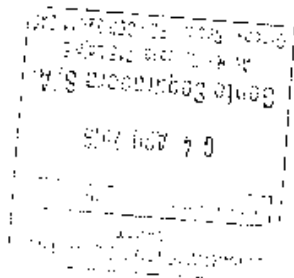




Este documento é a comprovação da inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitida e assinada por terceiros, sendo
nos casos previstos na legislação vigente.

VALIDO EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 28/03/99



TITULO ELEITORAL

ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO

387 74575 088974410841 CDA 00

SEDRAS DE FOGUIM

TOTAL

[Handwritten signature]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

66R-43



POLEGAR DIREITO



Thalita Kelly Silva Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 08/08/2018

REGISTRO GERAL 10.892.779

HOME

<< THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< ALEXANDRE FRANCISCO DO NASCIMENTO >>

<< LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL >>

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 01/05/2006

PEDRAS DE FOGO - PB

DOC. ORDEM << CH. 25.703 LA34 F.132 CART.

PEDRAS DE FOGO - PB 26.06.2006

CPF 144.159.464-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

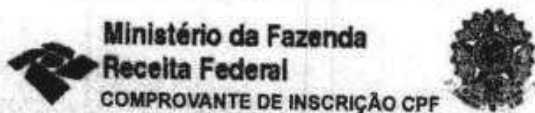
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

19 DEZ. 2018

PROTOCOLC

AG. JOÃO PESSOA



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
144.159.464-70

Nome
THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

Nascimento
01/05/2006

CÓDIGO DE CONTROLE
5B0A.A029.97FA.03D2

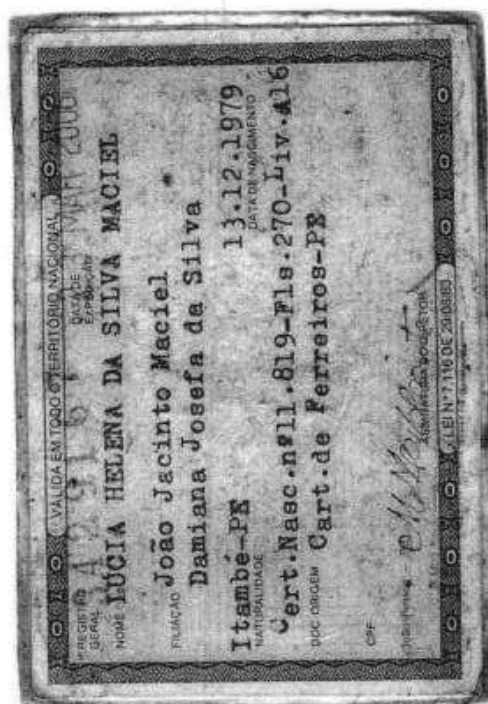


Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:28:13 do dia 21/03/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO











AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

BILHETE DE SEGURO OPVAT
BE N° 010102336358

9:07 AM 4 0

EXERCÍCIO 2019

PLATE I
KF90278

CPF/CN 077.131.354-30

ANDERSON JOAQUINO DA SILVA

ITAMBE-EE
BILHETE DE SEGURO PRIVAT

PE Nº 010102336358

VIA _____ CPF/CNPJ _____ PLACA _____
1 077 131 354-30 KE30279

RENAVAM	MARCA/MODELO
115540435	HONDA/CG 125 FAN

ANNO FAB 7 2009 CAPTURE: 9C2JC30708R559193

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (RS)	DEMATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
----------	---------------	----------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR A SER PAGUE DO SEGURADO (R\$)
------------------------	-----------	-------------------------------------

COTA ÚNICA		PAGAMENTO		PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO	
------------	--	-----------	--	-----------	--	------------------	--

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O FILMETE DE VOLT -

THE NEW YORK PUBLIC LIBRARY

ALTERNATIVAMENTE DE SINISTRO

Registadora Líder dos Condições do Seguro DPVAT S/A
 CNPJ: 08.245.808/0001-04
 Rua Bernardo Dias, 74 - 6º andar
 Centro - Rio de Janeiro
www.seguradelider.com.br

[illegible][illegible][illegible]

THALITA KELLY

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL



Outorgante:

Alexandre Francisco de Nascimento, Brasileiro, Solteiro,
inscrito no CPF-037.884.894-52

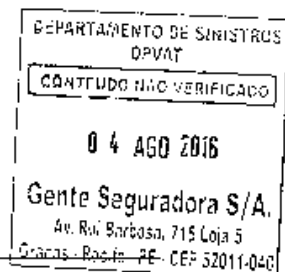
Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6425924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima, nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Pedras De Fogo, 26-07-2016

Alexandre Francisco de Nascimento



ADD7027 UZEX

Seio Digital
Consulte a Autenticidade em <https://seiodigital.tiobras.br/>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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: 19/12/2018
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458260/18

Número do Sinistro: 3180597348

Vítima: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF: 144.159.464-70

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 23/03/2015

Titular do CPF: THALITA KELLY SILVA NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUCIA HELENA DA SILVA MACIEL : 081.538.714-80

Autorização de pagamento

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: 31/01/2019
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

