
Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190001932

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MOISES COSTA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190001932

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MOISES COSTA OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190001932

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MOISES COSTA OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	106.438.604-01	Mozes Costa Oliveira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Mozes Costa Oliveira	106.438.604-01	
Profissão:	Endereço:	Número:
estudante	Rua José Faustino	48
Bairro:	Cidade:	Estado:
centro	curitiba	PR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
MILITARIAS@HOTMAIL.COM	58.267-000	83 999 125490

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **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: 0041 ☐ CONTA: 540904 ☐ 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 (assinalar 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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: PUC/PR, 01/Dezembro/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mozes Costa Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

13 DEZ. 2018

2ª | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

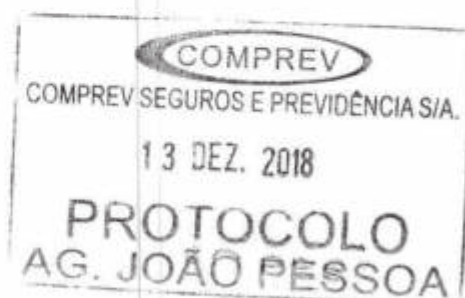
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PICUÍ/PB
DELEGACIA DE CUBATI/PB
Tel (83) 3385-1353



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DPVAT Nº 11/2018

DATA DO FATO: 04/08/2018

HORA DO FATO: Aproximadamente às 23:22h

LOCAL DO FATO: Rodovia PB 177, Sítio Malhada da Bezerra, Zona Rural de Pedra Lavrada/PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:

Às 10:35h do dia 16/10/2018.

DO COMUNICANTE E VÍTIMA: MOISES COSTA OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, estudante, natural de Campina Grande/PB, nascido aos 22/07/1998, RG: 4156346 SSDS/PB, CPF: 106.438.604-01, filho de Marcene Cordeiro de Oliveira e de Renice da Costa Oliveira, residente à Rua José Faustino, nº: 48, Centro, Cubati/PB, fone: (83) 9.8819-9737.

Motivo: Acidente de Trânsito Motociclistico

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante que em data, horário e local supracitados seguia sozinho conduzindo a motocicleta: Honda/CG 125 Fan ES, Ano/Modelo: 2013/2014, Cor: Vermelha, Placa: OGE 8017/PB, Chassi: 9C2JC4120ER006940, Renavam: 59443494-7, Registrada e Licenciada em nome de: Cosme Ferreira Fernandes, CPF: 083.241.634-76, quando perdeu o controle da motocicleta vindo a cair na rodovia, ocasionando um trauma facial com fratura na região da mandíbula, quebra de quatro dentes, no qual perdeu os sentidos e foi socorrido pelo SAMU de Pedra Lavrada, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Trauma em Campina Grande/PB, local em que ficou internado durante cinco dias e passou por uma cirurgia na mandíbula inserindo platina. Que o noticiante informa que sofreu o acidente em motocicleta de propriedade de terceiro, não sabendo informar neste ato o endereço do mesmo, tendo em vista que ele se encontra em local incerto. Sem mais relatos, era o que havia a registrar.

Noticiante/declarante: MOISES COSTA OLIVEIRA


Allyson Gleytson Dantas Oliveira
Agente de Investigação
Matrícula: 181.842-2


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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	106.438.604-01	Mozes Costa Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:	CPF:
Mozes Costa Oliveira	106.438.604-01
Profissão:	Número:
estudante	48
Endereço:	Complemento:
Rua José Faustino	
Bairro:	Cidade:
centro	curitiba
E-mail:	Estado:
MILITARIAS@HOTMAIL.COM	PB
	CEP:
	58.267-000
	Tel.(DDD):
	83 999 125490

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

REND MENSAL:

☒ RECUSO 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 BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **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: 0041 ☐ CONTA: 540904 ☐ 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(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 AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA 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 (assinalar 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, PICUI/MS, 01/Dezembro/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

MOZES COSTA OLIVEIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

13 DEZ. 2018

2ª | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



ESTADO DA PARAÍBA
MUNICÍPIO DE PEDRA LAVRADA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192

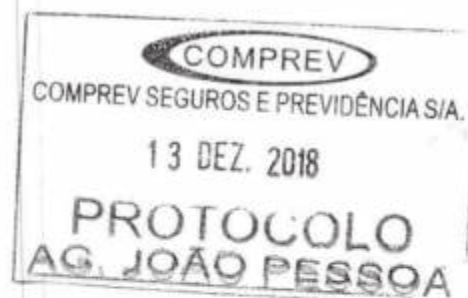


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o SAMU 192 - Pedra Lavrada prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Moisés Costa Oliveira** 20 anos, RG: 4.156.346, vítima de acidente automobilístico, ocorrido aproximadamente às 23:22 horas da noite de 04 de agosto de 2018, na PB-177 em Pedra Lavrada - PB, sendo o mesmo encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande - PB.

Pedra Lavrada, 02 de novembro de 2018.


Edilson Andrade Vasconcelos
Coordenador Municipal do Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência-SAMU
Matrícula: 781-1



DECLARAÇÃO

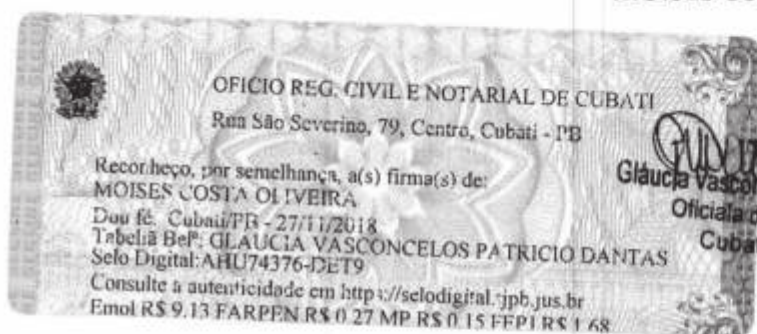
Eu, **MOISES COSTA OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade Civil nº. 4.156.346 SSDS/PB e do CPF nº. 106.438.604-01, residente e domiciliado na Rua José Faustino, 48, Centro, Cubati/PB, CEP 58167-000, **DECLARO, para os devidos fins e em especial para fazer prova junto a Seguradora Líder dos Consórcios Dpvat S.A. que o Sr. Cosme Ferreira Fernandes, proprietário da moto Honda CG 125 Fan ES, ano/modelo 2013/2014, cor Vermelha, Placa OGE-8017/PB, Chassi nº. 9C2JC4120ER006940, RENAVAM 59443494-7, a qual eu me acidentei no dia 04/08/2018, se encontra em local incerto e não sabido, não tendo consequentemente como localizá-lo atualmente.**



Cubati/PB, 19 de Novembro de 2018.

MOISES COSTA OLIVEIRA

MOISES COSTA OLIVEIRA



Gláucia Vasconcelos Patrício Dantas
Oficial do Registro Civil
Cubati - Paraíba



RENICE DA COSTA
RUA JOSE FAUSTINO, 49 - CENTRO
CUBATI / PB CEP: 58167000 (AG: 85)

Emissão: 29/08/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-650
Roteiro: 15 - 84 - 840 - 3180 NP medidor: 00008695925

energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.955.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.925-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº011.692.495
Cód. para Deb. Automático: 0000000081

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE / CNPJ / RANI
Ago / 2018	28/08/2018	26/09/2018	669.974.064-15
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/556008-1

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
27/07/18	10070	28/08/18	10072	32

CC	Descrição	Quantidade	Base Calc	Alíq	Unidade	Pe	Base Calc	Pe (R\$)	Unidade (R\$)
Demonstrativo									
Tributos Totais (R\$) (ICMS/R\$) ICMS									
0601	Custo de Disponibilidade		15,87	0,00	0	0,00	15,87	0,17	0,78
0601	Adic. B. Vermelha		1,59	0,00	0	0,00	1,59	0,01	0,08

CC: Código de Classificação do item TOTAL 17,46 0,00 0,00 17,46 0,18 0,87

Média últimos meses (kWh) 151

VENCIMENTO 04/09/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 17,46

Histórico de Consumo (kWh)

200	311	283	308	289	199	141	31	16	12	7	12
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO AO FISCO 6eba.2c50.bf24.f2ec.221b.1423.8746.5185.

Indicadores de Qualidade				Composição do Valor		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DCEMENSAL	11,34	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia/PB	5,71	32,71
DCEANUAL	22,68			Compra de Energia	8,25	47,25
FICMENSAL	3,23	0,00	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	0,97	4,98
FICANUAL	6,47		LIMITE INFERIOR 202	Encargos Setoriais	1,58	9,05
DABC	3,29	0,00	LIMITE SUPERIOR 231	Impostos, Oneros e Encargos	1,58	9,05
DICRI	12,22			Outros Serviços	0,00	0,00
				Total	17,46	100,00

Valor em USD (Ref. 6/2018) R\$7,95

ATENÇÃO

Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/2018 - Res. ANEEL nº 2.436-Baixa Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/2018 - Res. ANEEL nº 2.436-Alta Tensão 18,75% Médio
- Leitura confirmada

Faturas em atraso

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Hipercard



CTC RECIFE 912

RC-18

NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
CENTRO
58187-000 PICUI - PB

Postagem: 05/11/2018

Vencimento: 17/11/2018

Emissão: 01/11/2018

Fechamento pela fatura: 12/12/2018

Titular: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
Cartão: **6062.XXXX.XXXX.9264**

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	648,12
Pagamento recebido em 21/10/2018	648,12
Saldo finalizado	0,00
Encargos (descontos e descontos)	32,95
Saldo em aberto	54,24
Total desta fatura	774,95

Atenção: em caso de pagamento inferior ao saldo total, o consumidor deve pagar com os juros e multa em agenciamentos de cobrança, exceto quando a diferença entre o saldo total e o valor pago

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

17/11/2018

A) pagamento total

774,95

B) pagamento mínimo

151,63

C) parcelas fixas

77,48
+23x 77,48

Se pagamento mínimo, optando por pagar quantia entre valores constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.000,00
Limite utilizado no mês	774,95
Resto de crédito disponível	225,05

Veja outras opções na 2ª folha

Lançamentos: compras e saques

NILO T DANTAS (final 9264)

DATA	ESTAB. / MÊS	VALOR (R\$)
01/07	VAREJO DOS PARAÍSO 04/06	50,00
	CARBINA (CABO)	
09/08	FARMACIA 03/03	260,00
	CAZEMBA (CABO)	
28/08	AZUL INH 03/03	135,25
	PARQUE	
03/09	FARMACIA DIAS 25-02/02	93,18
	COMPANHIA (CABO)	
03/09	FARMACIA DIAS 25	-0,01
	CAMPESINHA (CABO)	
03/10	EBANX-TRA 01/06	19,90
04/10	AGROCAMPO 01/02	75,00
27/10	POSTO SAN	100,00
	CABO	

Continua

Compra presencial

com o uso do cartão e senha



Banco Itaú S.A. 341-7

34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000

Número do Documento

00155717798-011027

Nome do Pagador (CPF/CNPJ)

NILO TRIGUEIRO DANTAS - 049.951.774-65

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.235/0001-65

Endereço do Beneficiário

AV RUI BARBOSA, 251 - AL. GRACAS - RECIFE - PE

Nosso Número

recibo do pagador

175/25717798-0

Valor do documento

R\$ 774,95

Vencimento

17/11/2018

Assinatura Mecânica

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

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MOISE COSTA OLIVEIRA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 108438604 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura INVAU704 da Vítima
MOISE COSTA OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108438604 / 09, 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>Rua Roldão Zacarias de Macedo</u>		Número <u>145</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>JK</u>	Cidade <u>Picui</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58187-000</u>
Email <u>nilotdantas@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)33712274</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 999125490</u>

Picui/PB, 10 de 12 de 2018
Local e Data

Nilo Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Maria Lúcia Oliveira	Alojamento	9	Leito	6	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
01/07/11	1. Dieta Líquida Pálida	10/06	2. Soro + 100ml EV 12/06				
	2. Soro + 100ml EV 12/06	11/06	3. Condicionador 600mg EV 12/06				
	3. Condicionador 600mg EV 12/06	12/06	4. Soro + 100ml EV 12/06				
	4. Soro + 100ml EV 12/06	13/06	5. Soro + 100ml EV 13/06				
	5. Soro + 100ml EV 13/06	14/06	6. Soro + 100ml EV 14/06				
	6. Soro + 100ml EV 14/06	15/06	7. Soro + 100ml EV 15/06				
	7. Soro + 100ml EV 15/06	16/06	8. Soro + 100ml EV 16/06				
	8. Soro + 100ml EV 16/06	17/06	9. Soro + 100ml EV 17/06				
	9. Soro + 100ml EV 17/06	18/06	10. Soro + 100ml EV 18/06				
	10. Soro + 100ml EV 18/06	19/06	11. Soro + 100ml EV 19/06				
	11. Soro + 100ml EV 19/06	20/06	12. Soro + 100ml EV 20/06				
	12. Soro + 100ml EV 20/06	21/06	13. Soro + 100ml EV 21/06				
	13. Soro + 100ml EV 21/06	22/06	14. Soro + 100ml EV 22/06				
	14. Soro + 100ml EV 22/06	23/06	15. Soro + 100ml EV 23/06				
	15. Soro + 100ml EV 23/06	24/06	16. Soro + 100ml EV 24/06				
	16. Soro + 100ml EV 24/06	25/06	17. Soro + 100ml EV 25/06				
	17. Soro + 100ml EV 25/06	26/06	18. Soro + 100ml EV 26/06				
	18. Soro + 100ml EV 26/06	27/06	19. Soro + 100ml EV 27/06				
	19. Soro + 100ml EV 27/06	28/06	20. Soro + 100ml EV 28/06				
	20. Soro + 100ml EV 28/06	29/06	21. Soro + 100ml EV 29/06				
	21. Soro + 100ml EV 29/06	30/06	22. Soro + 100ml EV 30/06				
	22. Soro + 100ml EV 30/06	01/07	23. Soro + 100ml EV 01/07				
	23. Soro + 100ml EV 01/07	02/07	24. Soro + 100ml EV 02/07				
	24. Soro + 100ml EV 02/07	03/07	25. Soro + 100ml EV 03/07				
	25. Soro + 100ml EV 03/07	04/07	26. Soro + 100ml EV 04/07				
	26. Soro + 100ml EV 04/07	05/07	27. Soro + 100ml EV 05/07				
	27. Soro + 100ml EV 05/07	06/07	28. Soro + 100ml EV 06/07				
	28. Soro + 100ml EV 06/07	07/07	29. Soro + 100ml EV 07/07				
	29. Soro + 100ml EV 07/07	08/07	30. Soro + 100ml EV 08/07				
	30. Soro + 100ml EV 08/07	09/07	31. Soro + 100ml EV 09/07				
	31. Soro + 100ml EV 09/07	10/07	32. Soro + 100ml EV 10/07				
	32. Soro + 100ml EV 10/07	11/07	33. Soro + 100ml EV 11/07				
	33. Soro + 100ml EV 11/07	12/07	34. Soro + 100ml EV 12/07				
	34. Soro + 100ml EV 12/07	13/07	35. Soro + 100ml EV 13/07				
	35. Soro + 100ml EV 13/07	14/07	36. Soro + 100ml EV 14/07				
	36. Soro + 100ml EV 14/07	15/07	37. Soro + 100ml EV 15/07				
	37. Soro + 100ml EV 15/07	16/07	38. Soro + 100ml EV 16/07				
	38. Soro + 100ml EV 16/07	17/07	39. Soro + 100ml EV 17/07				
	39. Soro + 100ml EV 17/07	18/07	40. Soro + 100ml EV 18/07				
	40. Soro + 100ml EV 18/07	19/07	41. Soro + 100ml EV 19/07				
	41. Soro + 100ml EV 19/07	20/07	42. Soro + 100ml EV 20/07				
	42. Soro + 100ml EV 20/07	21/07	43. Soro + 100ml EV 21/07				
	43. Soro + 100ml EV 21/07	22/07	44. Soro + 100ml EV 22/07				
	44. Soro + 100ml EV 22/07	23/07	45. Soro + 100ml EV 23/07				
	45. Soro + 100ml EV 23/07	24/07	46. Soro + 100ml EV 24/07				
	46. Soro + 100ml EV 24/07	25/07	47. Soro + 100ml EV 25/07				
	47. Soro + 100ml EV 25/07	26/07	48. Soro + 100ml EV 26/07				
	48. Soro + 100ml EV 26/07	27/07	49. Soro + 100ml EV 27/07				
	49. Soro + 100ml EV 27/07	28/07	50. Soro + 100ml EV 28/07				
	50. Soro + 100ml EV 28/07	29/07	51. Soro + 100ml EV 29/07				
	51. Soro + 100ml EV 29/07	30/07	52. Soro + 100ml EV 30/07				
	52. Soro + 100ml EV 30/07	31/07	53. Soro + 100ml EV 31/07				
	53. Soro + 100ml EV 31/07	01/08	54. Soro + 100ml EV 01/08				
	54. Soro + 100ml EV 01/08	02/08	55. Soro + 100ml EV 02/08				
	55. Soro + 100ml EV 02/08	03/08	56. Soro + 100ml EV 03/08				
	56. Soro + 100ml EV 03/08	04/08	57. Soro + 100ml EV 04/08				
	57. Soro + 100ml EV 04/08	05/08	58. Soro + 100ml EV 05/08				
	58. Soro + 100ml EV 05/08	06/08	59. Soro + 100ml EV 06/08				
	59. Soro + 100ml EV 06/08	07/08	60. Soro + 100ml EV 07/08				
	60. Soro + 100ml EV 07/08	08/08	61. Soro + 100ml EV 08/08				
	61. Soro + 100ml EV 08/08	09/08	62. Soro + 100ml EV 09/08				
	62. Soro + 100ml EV 09/08	10/08	63. Soro + 100ml EV 10/08				
	63. Soro + 100ml EV 10/08	11/08	64. Soro + 100ml EV 11/08				
	64. Soro + 100ml EV 11/08	12/08	65. Soro + 100ml EV 12/08				
	65. Soro + 100ml EV 12/08	13/08	66. Soro + 100ml EV 13/08				
	66. Soro + 100ml EV 13/08	14/08	67. Soro + 100ml EV 14/08				
	67. Soro + 100ml EV 14/08	15/08	68. Soro + 100ml EV 15/08				
	68. Soro + 100ml EV 15/08	16/08	69. Soro + 100ml EV 16/08				
	69. Soro + 100ml EV 16/08	17/08	70. Soro + 100ml EV 17/08				
	70. Soro + 100ml EV 17/08	18/08	71. Soro + 100ml EV 18/08				
	71. Soro + 100ml EV 18/08	19/08	72. Soro + 100ml EV 19/08				
	72. Soro + 100ml EV 19/08	20/08	73. Soro + 100ml EV 20/08				
	73. Soro + 100ml EV 20/08	21/08	74. Soro + 100ml EV 21/08				
	74. Soro + 100ml EV 21/08	22/08	75. Soro + 100ml EV 22/08				
	75. Soro + 100ml EV 22/08	23/08	76. Soro + 100ml EV 23/08				
	76. Soro + 100ml EV 23/08	24/08	77. Soro + 100ml EV 24/08				
	77. Soro + 100ml EV 24/08	25/08	78. Soro + 100ml EV 25/08				
	78. Soro + 100ml EV 25/08	26/08	79. Soro + 100ml EV 26/08				
	79. Soro + 100ml EV 26/08	27/08	80. Soro + 100ml EV 27/08				
	80. Soro + 100ml EV 27/08	28/08	81. Soro + 100ml EV 28/08				
	81. Soro + 100ml EV 28/08	29/08	82. Soro + 100ml EV 29/08				
	82. Soro + 100ml EV 29/08	30/08	83. Soro + 100ml EV 30/08				
	83. Soro + 100ml EV 30/08	31/08	84. Soro + 100ml EV 31/08				
	84. Soro + 100ml EV 31/08	01/09	85. Soro + 100ml EV 01/09				
	85. Soro + 100ml EV 01/09	02/09	86. Soro + 100ml EV 02/09				
	86. Soro + 100ml EV 02/09	03/09	87. Soro + 100ml EV 03/09				
	87. Soro + 100ml EV 03/09	04/09	88. Soro + 100ml EV 04/09				
	88. Soro + 100ml EV 04/09	05/09	89. Soro + 100ml EV 05/09				
	89. Soro + 100ml EV 05/09	06/09	90. Soro + 100ml EV 06/09				
	90. Soro + 100ml EV 06/09	07/09	91. Soro + 100ml EV 07/09				
	91. Soro + 100ml EV 07/09	08/09	92. Soro + 100ml EV 08/09				
	92. Soro + 100ml EV 08/09	09/09	93. Soro + 100ml EV 09/09				
	93. Soro + 100ml EV 09/09	10/09	94. Soro + 100ml EV 10/09				
	94. Soro + 100ml EV 10/09	11/09	95. Soro + 100ml EV 11/09				
	95. Soro + 100ml EV 11/09	12/09	96. Soro + 100ml EV 12/09				
	96. Soro + 100ml EV 12/09	13/09	97. Soro + 100ml EV 13/09				
	97. Soro + 100ml EV 13/09	14/09	98. Soro + 100ml EV 14/09				
	98. Soro + 100ml EV 14/09	15/09	99. Soro + 100ml EV 15/09				
	99. Soro + 100ml EV 15/09	16/09	100. Soro + 100ml EV 16/09				

MOD. 835



Ficha de Acolhimento

Nome:	Marcos Costa Oliveira	Bairro:	Genito
End:	Rua José Paulino 286	Documento de Identificação:	9604130
Data de Nascimento:	22 07 98	Documento:	PB
Queixa:	Acidose	Data do Atend.:	08-18
Queixa:	Acidose	Hora:	1:58
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Agitado
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normo () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

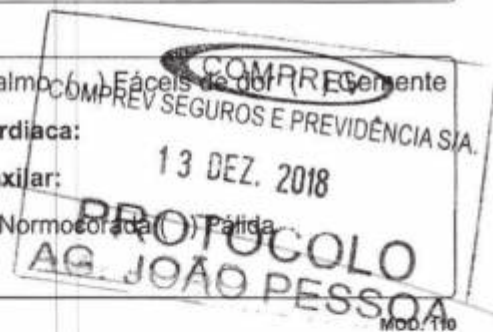
Estratificação

Cinco

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Mahayna Carvalho Sá
Assinatura e carimbo do profissional



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Wesley Costa Oliveira Idade: 36 anos
 Convênio: União Data: 05/08/18
 Procedimento: Trat. emerg. de trauma de abdômen
 Cirurgião: Dr. Antonio Auxiliar: Dr. Anderson
 Início: 12:30 Término: 13:15 Anestesia: Local

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
12:30	120/63	78	99	União	-	Resposta
12:45	120/63	74	98	União	-	Resposta
13:00	120/63	75	95	União	-	Resposta

Medicamentos/Materiais

Quantidade

Observações:

Assinatura Anestesiologista

Cirulante

Relatório de Operação

13 DEZ. 2018

PROTOCOLADO

AS JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Nome do Paciente: Wesley Costa Oliveira Nº Prontuário: 1706854
 Data da Operação: 05/08/18 Enf.: Leito
 Operador: Dr. F. V. Antonio 1º Auxiliar: Dr. Anderson
 2º Auxiliar: Dr. Anderson 3º Auxiliar: Dr. Anderson
 Anestesia: Local Tipo de Anestesia: Local
 Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de abdômen
 Tipo de Operação: Trat. emerg. de trauma de abdômen
 Diagnóstico Pós-Operatório: Resposta
 Relatório Imediato da Patologia: Resposta
 Exame Radiológico no Ato: Resposta
 Acidente Durante a Operação: Resposta

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

1) Resposta
 2) Resposta
 3) Resposta
 4) Resposta
 5) Resposta
 6) Resposta
 7) Resposta

Assinatura Anestesiologista

Cirulante

Relatório de Operação

[illegible]

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: *Marcos Costa Oliveira* DATA: *11/06/2018* DN: *22.03.1947* PRONT N°: *1106.157*
NATURALIDADE: *Paraíba* PROCEDÊNCIA: *Parque*
ADMISSÃO: *05.02.2018* ALTA: *07.06.2018*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Fratura de braço direito
fratura de fêmur

2. Resultado dos principais exames

Fratura de braço direito
fratura de fêmur

3. Evolução e complicações

Não

4. Terapêutica realizada

Curativo
antibiótico

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura de braço direito

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Evitar esforços
usar curativo

7. Condições de alta

☐ Curado ☒ A pedido ☐ Obito ☐ Melhorado ☐ Interferido

Complacência: *02* de *02* de *2018*

De: *Dr. Marcos Costa Oliveira*
Responsável pelo retorno

Diagnóstico

Fratura de braço direito
fratura de fêmur

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: *Marcos Costa Oliveira* Alojamento: *4* Leito: *4* Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
<i>05/06/18</i>	<i>1) Dureza de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>2) F. de P. braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>3) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>4) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>5) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>6) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>7) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>8) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>9) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>10) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>11) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>12) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>13) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>14) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>15) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>16) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>17) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>18) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>19) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>
	<i>20) Exame físico de braço direito</i>		<i>Exame físico de</i>

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

PROIBIDO PLASTIFICAR 1545379716

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1545379716

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E DEFESA
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

MOISES COSTA OLIVEIRA

SOC. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 4156346 **SEUS** **PB**

CPF 106.438.604-01 **DATA NASCIMENTO** 22/07/1998

TERCEIRO
MARCONI CORDEIRO DE OLIVEIRA
RENICE DA COSTA OLIVEIRA

PERMANENTE **RG** **CRIMINAL**
AB

DATA NASCIMENTO 26/12/2016

CPF 06769304441

LOCAL CAMPINA GRANDE, PB

DATA NASCIMENTO 29/12/2017

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO SEGURO

PARAIBA

33485066075
PBO 35984190

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Moises Costa Oliveira,
brasileiro(a), solteiro, estudante,
portador(a) do RG nº. 4156.346 expedido por SSB/PB em
1/1 e do CPF nº. 106.438.604-01, residente na (o)
Rua José Partino - 48 - Centro,
município de Cubati - PB, CEP 58.167-000

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



Picui - PB, 13 de Novembro de 2018.

MOISES COSTA OLIVEIRA
outorgante

OFÍCIO REG. CIVIL E NOTARIAL DE CUBATI
Rua São Severino, 79, Centro, Cubati - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
MOISES COSTA OLIVEIRA

Dou fe. Cubati/PB - 13/11/2018

Substituto: FERNANDO JOSE MARTINS DANTAS

Selo Digital: AHU74345-MUXT

Consulte a autenticidade em <https://acelodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 9,13 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,65

Fernando José Martins Dantas
Escrevente Compromissado
Cubati - Paraíba



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464884/18

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

CPF: 106.438.604-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2018

Titular do CPF: MOISES COSTA OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

MOISES COSTA OLIVEIRA : 106.438.604-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 27/12/2018
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464884/18

Número do Sinistro: 3190001932

Vítima: MOISES COSTA OLIVEIRA

CPF: 106.438.604-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/08/2018

Titular do CPF: MOISES COSTA OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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: 13/05/2019
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO