
Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180499612

Vitima: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

Data do Acidente: 15/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180499612**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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:

066.586.844-80 Maria Aparecida da Silva Oliveira

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

Nome completo:

Maria Aparecida da Silva Oliveira

Profissão:

não informado

Enderço:

S. Bento Tibaua

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Catolé do Rocha

Estado:

PB

CPF:

066.586.844-80

Número:

SIN

Complemento:

casa

CEP:

53884-000

Tel.(DDD):

85 9 9936-1762

E-mail:

juduanamaria@hotmail.com

Telex:

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

RENDIMENTO 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:

3518

CONTA:

82 93

AGÊNCIA:

7

CONTA:

7

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data:

Local e Data: Catolé do Rocha, 17/10/18
 Nome: **Maria Aparecida da Silva Oliveira**
 CPF: **066.586.844-80**

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

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.

FPS.001 V001/2018

DOCUMENTO ORIGINAL

23 OUT. 2018



23 OUT. 2016



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de Ocorrência nº. 201/2018

Aos QUINZE DIAS de AGOSTO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA CURZ/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Delegado(a) de Policia Civil Dr(a). **VICENTE HONÓRIO FILHO**, comigo, escrivā(o) do seu cargo, aí, por volta 15:h,40min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA, conhecido (a) por APARECIDA, Identidade nº 2948493/SSP/PB, CPF nº 066586844-80, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: agricultora, filho(a) de Jose Francisco de Oliveira e de Maria Bernadete da Silva Oliveira, natural de Catolé do Rocha-PB, nascido(a) em 22.08.1984(com 33 anos de idade), do sexo feminino, residente no Sítio Varzea Grande, Zona Rural de Catolé do Rocha-PB.

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 Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato: 15/06/2018;
- 3) Horário do fato: 18:h,00:min;
- 4) Local do fato: Sítio Cajazeirinha-Catole do Rocha-PB;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? sim
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado? sim;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias no momento do acidente? sim.

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

HONDA/CG 125 TITAN KS, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2000, PLACA MON7300/PB, CHASSI 9C2JC30101R033535, licenciada em nome de Maria Solange da Costa.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

Não informou.

8) Breve resumo do fato:

O(A) comunicante compareceu a esta DP para registrar que na data hora e local acima descrita, sofreu um acidente de transito, quando trafegava da Cidade de Catole do Rocha, sentido sua residência, conduzindo a moto acima descrita; Que, afirma a comunicante que ao chegar ao Sítio Cajazeirinha um animal(jumento) atravessou a pista e nisto veio a colidir com o animal, caindo em seguida, sofrendo trauma pelo corpo; Que, foi socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Catolé do Rocha, onde recebeu atendimento medico.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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

Maria Aparecida da Silva Oliveira

Comunicante

DOCUMENTO ORIGINAL

23 OUT. 2018

Escrivā(o)/Agente

OSMARINO SOUZA MUNIZ
ESCRIVÃO AD-HOC
MAT. 001750-1

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:

066.586.844-80 Maria Aparecida da Silva Oliveira

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

Nome completo:

Maria Aparecida da Silva Oliveira

Profissão:

não informado

Enderço:

S. Bento Tibaua

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Catolé do Rocha

Estado:

PB

CEP:

53884-000

E-mail:

juduanamaria@hotmail.com

Te. (DDD):

85 9 9936-1762

Número:

SIN

Complemento:

casa

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

RENDIMENTO 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:

3518

CONTA:

82 93

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data:

Catolé do Rocha, 17/10/18
 Nome: **Maria Aparecida da Silva Oliveira**
 CPF: **066.586.844-80**

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

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.



23 OUT. 2016



GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO
MAIA DE VASCONCELOS



Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA, RG 2.948.493 SSP/PB**, residente e domiciliada no Sítio: Timbauba – Riacho dos Cavalos – PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM –11171, no dia 15 de Junho de 2018. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberada. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen F. R. Monteiro
Giula Darllen F. R. Monteiro
Diretora Geral
Mat. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – CEP: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB
Email: hospitalcatole@hotmail.com – Tel. (83)3441-2280

DOCUMENTO ORIGINAL

23 OUT. 2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 00000008291-7

Nr. da Autenticação 7B336C0FE1B7328C

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Aparecida da Silva Oliveira,

RG nº 2.948.493, data de expedição 19/10/2018, Órgão SSP/PB,

CPF nº 066.586.844-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Tibau</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Catolé do Rocha</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	
Telefone de contato	<u>(83) 9,9936-1762 / 9,9833-0973</u>
E-mail	<u>Jadrianomaia@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Catolé do Rocha / 12/10/2018

Assinatura do Declarante: Maria Aparecida da Silva Oliveira

DOCUMENTO ORIGINAL

23 OUT. 2018

MANOEL BENTO SOBRINHO
S/º TIMBABA, S/N. ÁREA RURAL
TIMBABA, PB CEP 58884000 TAD: 26

Entered: 10/05/2018 Reference: May 2018
Class/Subject: RURAL / RURAL PRACTICAL
Period: 3 - 245 - 521 - 2521

通过这次的讨论，我们对“新民主主义”有了更深入的了解。这次讨论，对“新民主主义”的认识，对“新民主主义”的实践，都有很大的帮助。

• 1995-02-22 11:17:29 由田中先生所作之新詩

Find more Q10 Automation results

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2018	16/05/2018	15/06/2018	75269366404

UC (Unidade Consumidora):

5/728205-6

Canal de contato
Baixe o aplicativo Energisa Olá em qualquer smartfone ou tablet. Você terá acesso à segunda via de conta, mudanças no endereço, informações sobre fatores de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite as novas facilidades.

DOI: Código de Clasificación de Temas - TOTAL

Média últimos meses (km/h)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR
R\$ 20,73

Histórico de Consumo (kWh)

435/43845880.00 - 0.00

4854.4804.5386.15a2.2588.e605.4381.4ba8

Indicadores de Qualidade

	Limites da-ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC-MENSAL	27,42		
DC-TRIMESTRAL	41,65		
DC-ANUAL	74	3,00	NORMAL
FC-MENSAL	13,49		
FC-TRIMESTRAL	20,99		CONTRATADA
FC-ANUAL	40,99		LIMITE-TRIMESTRAL
PERÍCIA	18,80	5,94	LIMITE-SUPERIOR

ATENÇÃO
-REAVISO: Caso ativa fatura com vencimento em atraso, o fornecedor poderá ser suspenso a partir de 31/05/2018 Conforme Resolução #14/ANEEL. O fornecedor sócito dessa data não terá mais a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o cliente não seja comunicado via carta ou e-mail pagará não estar em condições de consumir a energia. Caso essas faturas estejam pagas, descontarão-se essa penalidade. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JA REASAS para este e fornecimento anterior ou em qualquer momento até a conclusão do prazo de 30/06/2018. Fatura sujeita a inclusão em direitos de proteção ao cliente no caso de vazar ou interrupção de fornecimento.

Faturas em atraso
Abr/18 15,28
Mar/18 16,04

23 OUT 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA ,

RG nº 002.309.898, data de expedição 27/07/2001, Órgão SSP/RN,

CPF nº 048.720.414-02, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA AUSTO GONÇALVES DINIZ
Número	445
Apto / Complemento	CASA
Bairro	TANCREDO NEVES
Cidade	CATOLÉ DO ROCHA
Estado	PARAIBA
CEP	58884-000
Telefone de contato	(83) 9,9936-1762 / 9,9833-0973
E-mail	Jadrianomaia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

DOCUMENTO ORIGINAL

Local e Data: CATOLÉ DO ROCHA: PB 18/09/2018

23 OUT. 2018

Assinatura do Declarante:

Clemilda maria de Sousa Silva

DOCUMENTO ORIGINAL

**CAGEPA**Companhia de Água e Esgoto do Pará
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

38837145

REFERÊNCIA

AGO/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA ESGOTO E SERVIÇOS

ROSILDA SALDANHA PEREIRA
RUA AUSTRO GONZALVES DINIZ, 445 - TANCREDO NEVES
CATOLE DO ROCHA PB 58884-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
109.006.075.0158.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
0010291	13/10/1997	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NÚM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
1788	1	32			07/09/2018	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUIL. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUL/2018	1	17	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
JUN/2018	1	17	TURBIDEZ	45	45	
MAI/2018	1	17	CLORO	45	45	
ABR/2018	1	17	COL. TERRIST	0	0	
MAR/2018	1	17	COL.	10	29	
FEV/2018	1	17	COL. TOTAIS	45	45	
HEDAT/CHV	1					

30.57

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
04/09/2018 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.23.37
1665901665

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: JOSE ADRIANO DE MELO MAIA
AGÊNCIA: 1665-9 CONTA: 1.753-1 VAR:51/01

Total debitado na Variacão: 51 38,94

Convenio: CAGEPA RECEBIMENTO
Código de Barras: 82600000000-8 38940010109-0
03883714501-0 08201830003-6

Data do pagamento 04/09/2018 38,94

Valor Total 38,94

DOCUMENTO: 090401 38,94

AUTENTICAÇÃO SISBB:
A.213.305.286.461.936

23 OUT. 2018

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
38837145	AGO/2018	21/08/2018	R\$ 38,94

82600000000 8 38940010109 0 03883714501 0 08201830003 6



20 SET. 2018

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, Clementina Maria de Souza Silveira, inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.720.454-021, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria Aparecida da Silva Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 066.586.844 / 80, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Aparecida da Silva Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 066.586.844 / 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: não Informado Renda: 0,00 e apresento os documentos comprobatórios:
não Informado

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>R. Antônio Gencalvão Dennis</u>	Cidade <u>Catolé do Rocha</u>	Número <u>445</u>	Complemento <u>Barra</u>
Bairro <u>Tancredo Neves</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>5888-000</u>	Telefone comercial (DDD) <u></u>
Email <u></u>	Telefone celular (DDD) <u></u>	Local e Data	

Catolé 17 de outubro de 2018
Local e Data

Clementina Maria de Souza Silveira
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria Solonje da Costa,
RG nº 232 6526, data de expedição 09/08/1996
Órgão, SSPB, portador do CPF nº 043.913.944-99, no com
Domicílio na Cidade de Catolé do Rocha, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Kemia Ligea de Holanda Silva, nº 842, complemento Casa

Declaro, sob as penas da Lei que o veiculo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

Vitima Maria Aparecida da Silva Oliveira

Cujo o condutor era Amerman

Veículo: Moto

Modelo: 2000

Ano: 2000

Placa: MON 2300 IPB

Chassi: 9C2FC30101R055555

Data do Acidente: 15 / 06 / 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

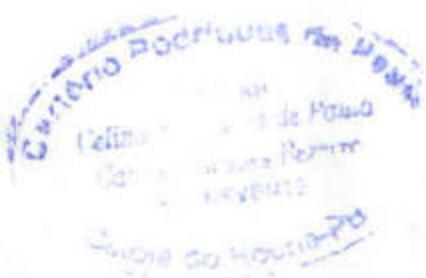
Local e data: Centro de Rocha 103 130 138

Assinatura do Declarante: Maria Selonje da costa

*maria agostinha da silva oliveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vitima reclamante do do sinistro)

 CARTÓRIO BIBLIOGRÁFICO HN. PATRÍA	NÚMERO 30 George de Costa Neto Palácio do Governo 02 10 2018 Rio de Janeiro Passei para o cargo Escola Superior de Policia - Rio de Janeiro Carlos Marques Bezerra - Encarregado Escrivane
---	--



CNES: 2592460 CNPJ: 08 778 269/0001-60
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

 ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO
 CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: CONSULTA - CONSULTA SIMPLES(CLINICO)

 Paciente: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA
 Mae: MARIA BERNADETE DA SILVA OLIVEIRA
 Nascimento: 22/08/1984 Idade: 33 Cor: PARDAS

 Profissao: Endereço: SITIO TIMBAUBA
 Barro: ZONA RURAL
 Cidade: RIACHO DOS CAVALOS - PB - 58870-000 - 2512804
 CNS: Identidade:
 CPF: Reg. Nasc:
 Data / Hora: 15/06/2018 20:00:43

 Ficha Número: 34734 Número: 18206
 Fone: (83)9680-4186 Sexo: F

SPO: _____ FC: _____ TEMP: _____ HGT: _____ PA: _____

 ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Malária, febre dura, dor de dor (ax)

Recepção: SINARA R. DE OLIVEIR

Ficha Número: 34734 Número: 18206

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

OUTROS

CID-10

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO		ENCAMINHAMENTO											
1 -	0 3 0 1 0 6 0 0 9 6												
2 -													
3 -													

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

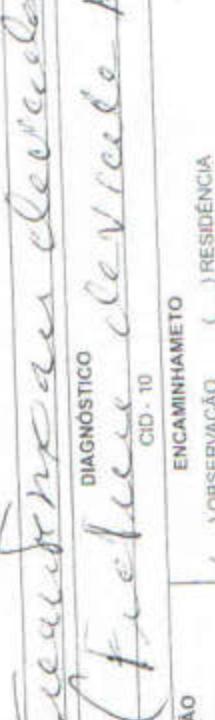
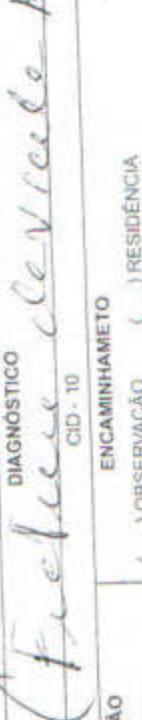
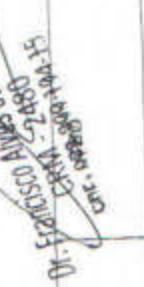
OUTROS

CID-10

OUTROS

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS	
	
CARÁTER DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO	
	
DIAGNÓSTICO	
	
CID - 10	
MEDICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> PRESCRITA <input type="checkbox"/> APLICADA	
ENCAMINHAMENTO	
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> ÓBITO	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO	
ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARMIMBO	
	
CRM	
	
OU POLEGAR DIREITO	
	
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL	
	
ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARMIMBO	
	



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

SOLICITAÇÃO DE CIRURGIAS ORTOPÉDICAS

PACIENTE: Maria de Lourdes
IDADE: 22 DATA: 06/10/18
CIDADE: Aracaju CEP: 59010-000

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:

Amputação da perna direita

MATERIAL A SER UTILIZADO:

Instrumentos cirúrgicos

MÉDICO CONSULTANTE: Dr. J.

DATA DE ENTREGA NA CENTRAL: 06/10/18

DATA DA CIRURGIA: 06/10/18

23 OUT. 2018

GOVERNO DO ESTADO
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
de Freitas a Lira

Pré-clínica E

ADP

18/6/10

Dr. Francisco Alves de Oliveira
CRM - 2480
CPF: 022.200.104-15

Rua José Facundo de Lira, S/N – CEP: 58802-180
FONES: 3522.2774/3522.6183 – SOUSA – PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

23 OUT. 2018

Not intended for official interpretation.

MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

20180801-01-0004

9/22/1994 F

Ombro E

8/1/2018

10:43 AM

Initial Hospital Name

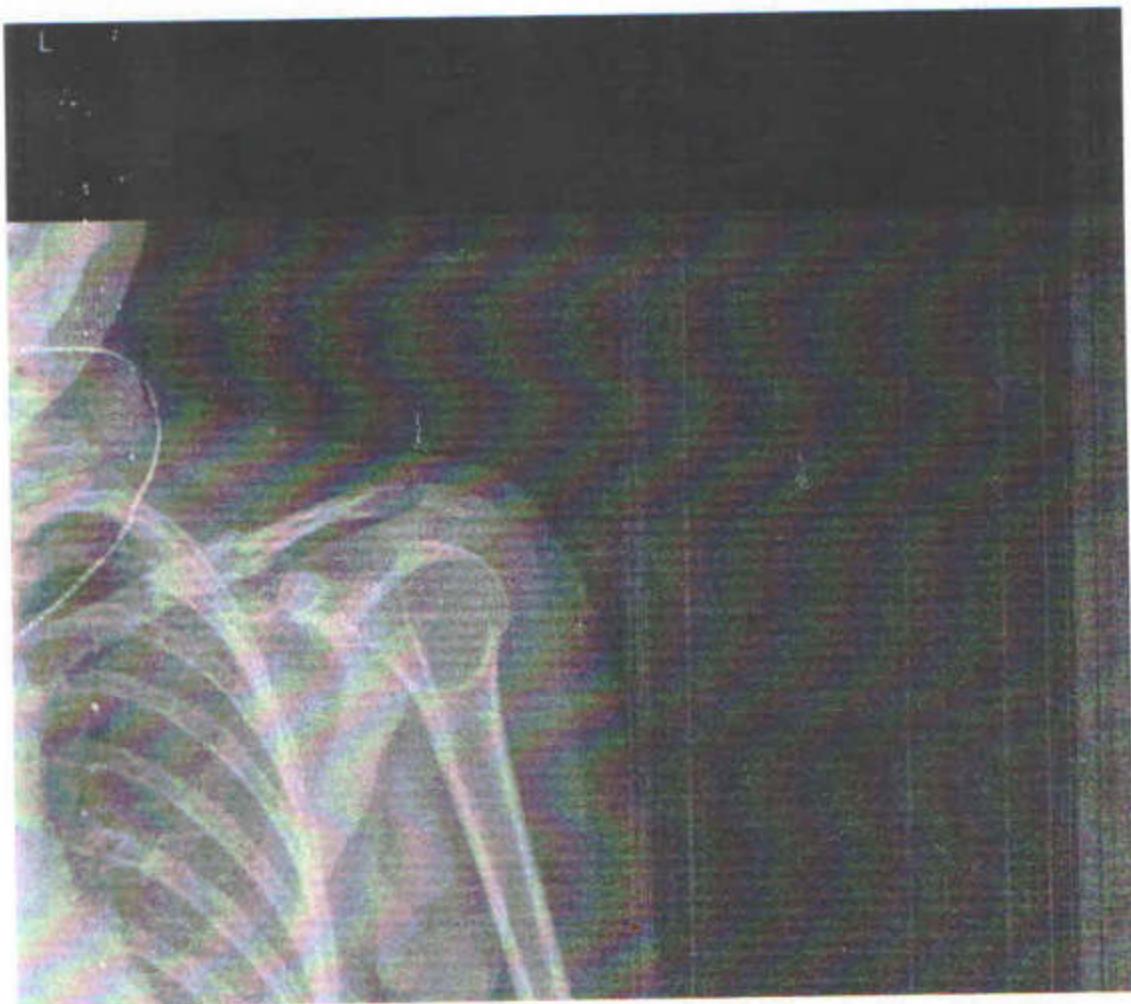
Operator user

- kV, - mAs

UNIQUE S:200 L:4.0 FB d:1 g:1,37 sb:4,19 eq:1 nn:0 dc:2,5 ba...

Zoom 115%

23 OUT. 2018



23 OUT. 2018

SID mm

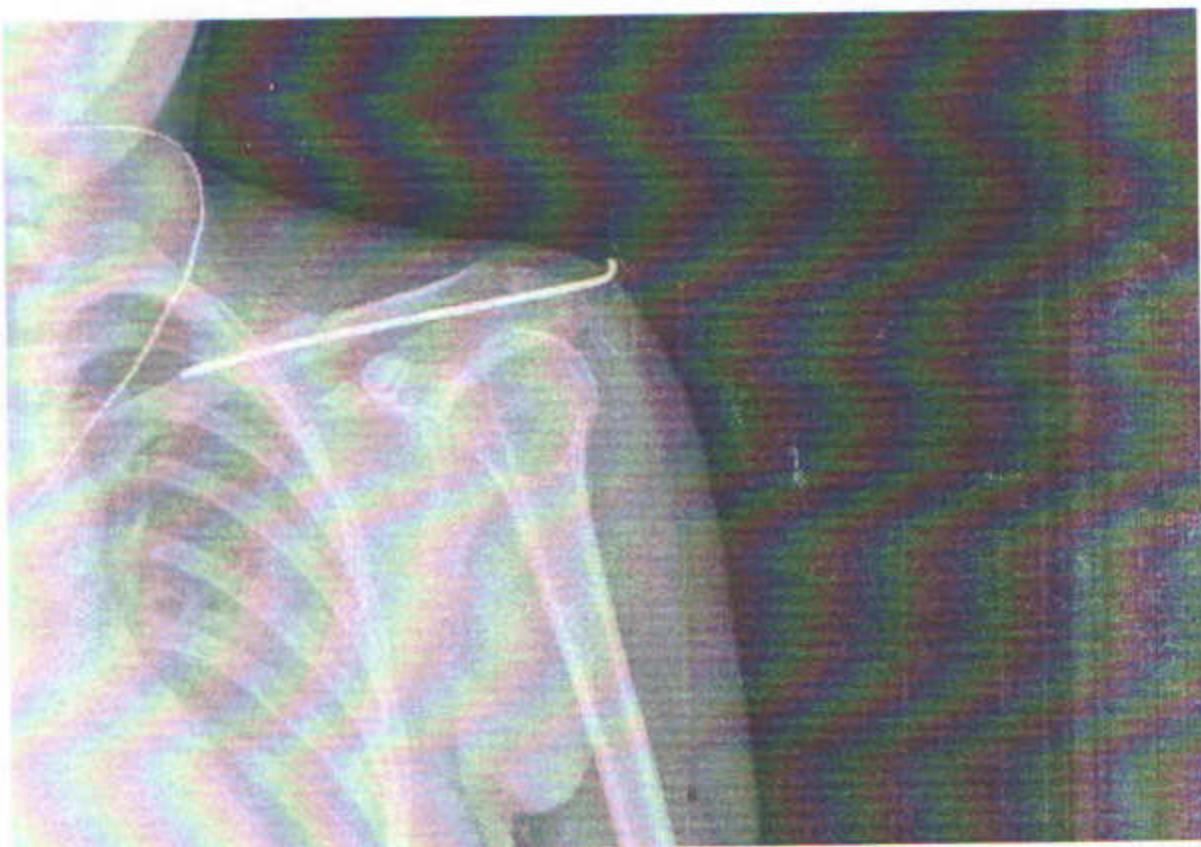
L 2047

W 4095

Not intended for official interpretation.

MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA
20180801-01-0004
9/22/1984 F
Ombro E
8/17/2018
8:05 AM

Initial Hospital Name
Operator user
- kV, - mAs
UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:0.66 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5...
Zoom 100%



23 OUT. 2018

SID mm

L 2047
W 4036



23 OUT. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.940.493
DATA DE EXPEDIÇÃO	19/09/2012
NAME	MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA
FILHOS	JOSE FRANCISCO DE OLIVEIRA MARIA BERNARDETE DA SILVA OLIVEIRA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CATOLE DO ROCHA - PB	22/08/1984
DOIS DEZEM	
NASC. N. 13630 FLS 163 LIV. A13	
CARTÓRIO CATOLE DO ROCHA - PB	
066.586.844-80	
Assinatura do Titular	
Assinatura do Titular	



23 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
Nº 013748712110

MARIA SOLANGE DA COSTA

33748712110
00082676700
EXERCÍCIO
2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.sergiogarcia.com

OUT. 2018

04391394499	04391394499
PLACA MON7300/EB	CHASSI 9C2JC30101R033535

PAS / MOTOCICLE/NAO APIC		ESPECIE IPO.
GASOLINA		COMBUSTIVEL
HONDA / CG 150, MODELO 1.1 - K9	MARCA / MODELO	ANO FAB.
2	CAP/POV/CC	ANO MOD.
124	121	2000
CATEGORIA	COA PREDOMINANTE	
APAC	VEIC/VEL/SL.	
DATA (INCA)	VENC. DATA UNICA	VENC / COTAS

00/00/0000
2º
3º

REST. BEN. TRIBUTARIO OBSERVAÇÕES

CONTBN

卷之三

40886

卷之三

19763

19763-1152278-20171026

• 100 • 100

SEGURADORA LIDER - DPVAT

PRÉMIO TARIFÁRIO	
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
DESENTRAL (R\$)	

CUSTO DO BILHETE (R\$)	

PAGAMENTO	
PARCELADO	
26/10/2017	
TODA A SEMANA PÔDÉ SER UMA SEMANA	
PAG	
DATA DE QUITAÇÃO	
SEGURÓ	
IOF (R\$)	
CUSTO DA UNICA	
FINS (R\$)	

		EXERCÍCIO	
		2017	
		DATA EMISSÃO	
		26/10/2017	
VIA 1		CPF / CNPJ 04391394499	PLACA MON7300 / PB
RENAVAM 00747325609		MARCA / MODELO HONDA / CG 125 TITAN KS	
ANO FAB 2000	DATA FAB 9	Nº CHASSI 9C2JC30101R033535	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS, ANTES DE 1954, NÃO PODE SER INFERIOR A R\$ 100.000,00.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499612 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180499612 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA **Data do acidente:** 15/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Aparecida da Silva Oliveira, brasileiro(a),
estado civil Solteira, profissão Agricultora, CI RG nº
2.948493, CPF/MF nº 066.586.844-80, residente e domiciliado(a)
à Rua Silvio Tibau, Cidade de Catolé do Rocha, Estado Paraíba, CEP:
_____ , telefone _____.

OUTORGADO: Clomilda Maria de Souza Silva, CNPJ/CPF 048.720.414-02
sob o n.º 002.309.898, com endereço profissional à
R. Antônio Gencalvá Dantas, na cidade de
Catolé do Rocha, Estado do Paraíba.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Enisia Soares de Araújo
Escrivente

Catolé do Rocha, 02 de outubro de 2018



DOCUMENTO ORIGINAL

23 OUT. 2018

Maria Aparecida da Silva Oliveira
OUTORGANTE

Selo Digital: AHO97194 - ZBV0
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387112/18

Vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

CPF: 066.586.844-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA : 048.720.414-02

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

MARIA APARECIDA DA SILVA OLIVEIRA : 066.586.844-80

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: 23/10/2018
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA
CPF: 048.720.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

MARCOS AURELIO VIDAL