

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
**OUTORGANTE: KÉCIA KAROLINE BASTIÃO DA SILVA LOPES -
SILEIRA, ESTREANTE, SOUTERNA, PRESIDENTE e DOMI-
CILIADO na Rua Nossa Senhora da Conceição, SN, bairro
Taperoá/PB**, constitui e nomeio os procuradores:

OUTORGADO: MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB - 2PB sob o n.º 8 com no escritório profissional situado na com escritório profissional situado na Rua Manoel de Farias de Castro, n.º 121, Centro, Taperoá-PB, eletrônico: marcelodladv@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

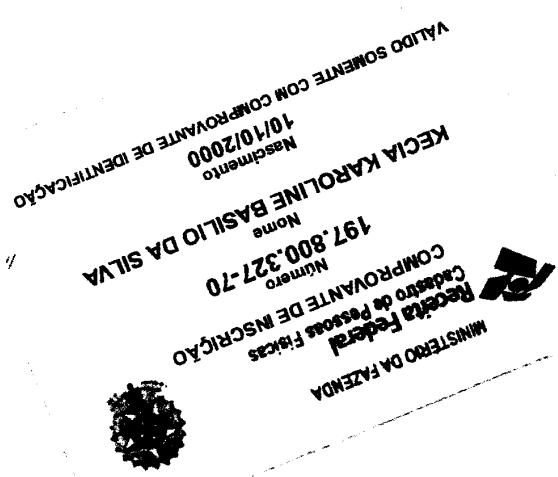
PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para propor Ações de Cobrança do Legado Devat podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à Advogadas acima descritas, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Neste instrumento lido e firmado, entre os contratantes, o outorgante compromete-se a pagar aos outorgados o percentual 25%, a título de honorários advocatícios calculados sobre o valor da condenação (liquidação de sentença ou acordo firmado entre as partes), independente de sucumbência, podendo o juiz a requerimento dos advogados, reter os honorários para o cumprimento deste instrumento, expedido, assim, os RPV's separadamente, um em nome do autor e outro em nome dos patronos.

Taperoá/PB, 20 de Janeiro de 2019

X Kécia Karoline Bastião da Silva
OUTORGANTE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO	4.683.505
DATA DE EXPEDIÇÃO	07/11/2017
NAME KELIA KAROLINE BASILIO DA SILVA	
FILHA DO JUHELMANDO BASILIO DA SILVA	
MARIA APARECIDA DA SILVA	
NATURALIDADE	
CAMPINAS GRANDE-PE	
DOC ORIGEM	
NASC. N. 16585 FLS. 45 LIVRA 17	
CARTELARIO TAPERAPU-PE	
CPF 197.800.327-70	
Data de Nascimento	



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922565306600000018395489>
Número do documento: 19012922565306600000018395489

Num. 18903923 - Pág. 2

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
197.800.327-70

Nome
KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

Nascimento
10/10/2000

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922565306600000018395489>
Número do documento: 19012922565306600000018395489

Num. 18903923 - Pág. 3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

KÉCIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

MATRÍCULA:

070698 01 55 2000 1 00017 045 0016585 11

03.337.589/0001-06
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
RIBEIRO DE TOLEDO
Av. Getúlio Vargas, S/N
CENTRO - CEP: 58380-000
TEL: 3463-2451
TAPERÓA - PB

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) _____
dez de outubro de dois mil

DIA 10 MÊS 10 ANO 2000

HORA DE NASCIMENTO
10:15

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Campina Grande-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF
Taperoá-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

Instituto de Saúde Elídio de Almeida- ISEA

SEXO
feminino

FILIAÇÃO

JUERLANDO BASILIO DA SILVA e MARIA APARECIDA DA SILVA

AVÓS

PATERNOS: MARIA DE FATIMA BASILIO DA SILVA

MATERNOS: MARIA INEZ DA SILVA

GÊMEOS
NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO)

vinte e um de outubro de dois mil (21/10/2000)

DNV (DEC. NASC. VIVO)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2º VIA — NÃO POSSUI —

NOME DO OFÍCIO
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS-
TAPERÓA- PARAÍBA

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

OFICIAL REGISTRADOR
Maria das Graças Dias de Toledo Farias

Taperoá-PB, 26 de Outubro de 2010

MUNICÍPIO/UF
Taperoá-PB

Claudia Regina Guimaraes
Claudia Regina Guimaraes
Escrevente Compromissada

ENDERECO
AV. GETÚLIO VARGAS, S/N - CENTRO, Taperoá-PB - Fone:
3463-2451

03.337.589/0001-06

Claudia Regina Guimaraes
Escrevente

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
RIBEIRO DE TOLEDO"

VALIDO EM TODAS AS PÁGINAS. QUALquer ALTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO
CENTRO - CEP: 58380-000
TEL: 3463-2451
TAPERÓA - PB

65849

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

11 MAI

DEVOLUÇÃO

Seguradora Lider . DPVAT
CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

- Mudou-se
 Desconhecido
 Recusado
 Ausente
 Não procurado
- Endereço insuficiente
 Não existe o nº Indicado
 Falecido
- Data _____

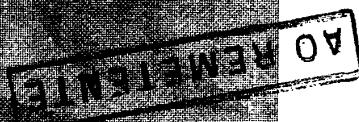
Responsável pela informação

- Morador
 Síndico
 Porteiro


Entregador

CEP 58680-000 - TAPERÓA - PB

CENTRO
RUA NOSSA SRA DA CONCEIÇÃO, S/N
JURELÂNDIO BASÍLIO DA SILVA



Administradora do Seguro DPVAT

LIDER
Seguradora

Seguro DPVAT – Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiha +
www.seguradoralider.com.br

 Seguradora.
LIDER
Administradora do Seguro DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SES

CHEFIA DA POLÍCIA CIVIL
042a. Delegacia de Polícia

Avenida Teotônio Vilela, s/n, Recreio Dos Bandeirantes, Rio De Janeiro - RJ, CEP: 22795-265, TEL.: 2332-8039

CONFERE COM O ORIGINAL
JO 05/157

TERMO CIRCUNSTANCIADO

Nº 042-07936/2016

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43 Final do Registro: 06/11/2016 12:25

Origem: Outros Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Ocorrências

Lesão Corporal Culposa (Lei 9503/97)

Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Capitulação: Artigo 303 da Lei 9503/97

Motivo Presumido: Ignorado

Data e Hora do fato: 06/11/2016 08:00 e 06/11/2016 08:00

Local: Sem tipo ESTRADA DOS BANDEIRANTES, 00 Bairro: VARGEM GRANDE Município: RIO DE JANEIRO-RJ

ESTRADA DOS BANDEIRANTES, em frente a "ESTAÇÃO FAZENDINHA

Despacho da Autoridade

- 1 - Ouçam-se todos os envolvidos, incluindo eventuais testemunhas;
- 2 - Requisite-se BAM das vítimas. Requisite-se ECD realizando encaminhamento;
- 3 - Colha representação da vítima, caso manifeste esta intenção;
- 4 - Junte-se BRAT;
- 5 - Verifique:

- 5.1 - Se todos os motoristas possuem CNH;
- 5.2 - Se algum deles conduzia veículo de transporte de passageiros, no exercício de sua profissão ou atividade;
- 5.3 - Se algum deles deixou de prestar socorro, podendo fazê-lo;
- 5.4 - Se alguém dirigia sob influência de álcool ou outra substância psicoativa;
- 5.5 - Se participavam de corrida, "racha" ou coisa do gênero, em via pública, e sem autorização por quem detenha atribuição;
- 5.6 - Se transitavam em velocidade superior à máxima permitida para a via em 50Km/h.

URIEL ALCANTARA MACHADO NUNES

Id Funcional: 50231480

Envolvido(s)

Testemunha - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: CB DANIEL - Policial Militar - Comunicante

Carteira funcional Nº 82567 PMERJ

Lotação: 31 bpm

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Autor - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA - Civil ID não confirmada

Naturalidade: SEM MUNICÍPIO-XX Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Ignorado Estado Civil: Ignorado
Ocupação Principal: Ignorado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: LEANDRO COSTA - Civil ID não confirmada

- Representante

1 de 4

www.policiacivil.rj.gov.br

Código de acesso: 6F87D

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>

Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 1

TERMO CIRCUNSTANCIADO
Lei 9.099/95

Nº 042-07936/2016

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016

11:43

Final do Registro: 06/11/2016

12:25

Origem: Outros Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Identidade Nº 00000000000 IFP

Residente na Sem tipo FRANKLIN DE CARVALHO 163 Bairro: PEDRA DE GUARATIBA Município: RIO DE JANEIRO
RJ CEP: 23026250 Telefone/Celular Nº: 21965076391 e-mail: leandro_costa@gmail.com Obs.: contato HELLEN
Filho de: N/D e ELIANE CRISTINA DA COSTA Data de nascimento: 01/01/1996 Naturalidade: RIO DE JANEIRO-RJ
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Negra Estado Civil: Solteiro(a) Ocupação Principal: Ignorado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652128)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: Branca

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: DARLAN PINHEIRO DA SILVA - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652136)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Nome: LUCAS CORREIA DOS SANTOS - Não identificado - Hospitalizado (BAM - 4652134)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Cor: Parda

Bem(ns) Envolvido(s)

Outros Materiais

Proprietário: JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

Apresentante: CB DANIEL

Situação: Apreensão Destino: DP

1 01 CRLV do veículo CORSA, 1.6, , BRANCO, PLACA LBB7308, ANO 1996/1996.

Tipo do Bem: Documento do Veículo

Declarações

Testemunha - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

CB DANIEL - Comunicante

Colhido em termo apartado.

Autor - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

LEANDRO COSTA - Representante

QUE hoje, dia 06NOV2016, por volta das 07h30min, ele, KECIA, DARLAN e LUCAS vinham pela ESTRADA DO PONTAL para pegar o BRT; QUE um carro parou ao lado deles, e um indivíduo que estava sozinho dentro do carro, perguntou para onde eles iam e ofereceu carona para eles; QUE entraram no carro e seguiram em sentido GROTA FUNDA; QUE a via estava fechada e então fizeram o retorno; QUE como estavam cansados acabou dormindo no carro durante a carona e só acordou com o impacto do veículo num poste; QUE muitos transeuntes os ajudaram; QUE chamou os bombeiros e em torno de meia hora eles chegaram e levaram seus colegas para o HOSPITAL LOURENÇO JORGE; QUE em torno de uma hora depois, chegou a POLÍCIA MILITAR e o trouxe para esta UPAJ. QUE deseja representar contra o autor do fato.E mais não disse

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA - Hospitalizado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

DARLAN PINHEIRO DA SILVA - Hospitalizado

Vítima - Lesão Corporal Culposa Provocada por Colisão com Ponto Fixo

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

2 de 4

www.policiacivil.rj.gov.br

Código de acesso: 6F87D

TERMO CIRCUNSTANCIADO**Nº 042-07936/2016**

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016

11:43

Final do Registro: 06/11/2016

12:25

Origem: Outros . Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

LUCAS CORREIA DOS SANTOS - Hospitalizado

Dinâmica do Fato

Noticia o comunicante CB PM DANIEL 82567 que hoje, dia 06NOV2016, por volta das 08h10min, quando em patrulhamento com seu colega de farda SD PM BARBOSA, MAT. 101179 foi acionado por MARÉ ZERO para proceder a um local de acidente de trânsito, situado na ESTRADA DOS BANDEIRANTES, em frente a "ESTAÇÃO FAZENDINHA". Disse também que ao chegar no local encontrou o nacional LEANDRO COSTA no local do acidente e as outras três vítimas já tinha sido removidas para o HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE. Informa ainda que o veículo um CORSA BRANCO, PLACA LBB7308, havia colidido com um poste em cima da calçada. Informa ainda que o motorista não estava dentre os feridos e que segundo informado por LEANDRO COSTA o mesmo se evadiu do local.

Termo de Representação

Lido os dados vinculados ao Registro de Ocorrência, REPRESENTO pela instauração de procedimento criminal contra o(s) autor(es) do fato narrado na forma do artigo 39 do Código de processo Penal, na data deste documento.

Termo de Compromisso / Declaração

Assumo a obrigação e declaro estar ciente para comparecer ao 09º JUIZADO ESPECIAL CRIMINAL - BARRA DA TIJUCA REGIONAL Juizado Especial Adj. Criminal situado a Avenida Luiz Carlos Prestes , s/nº , Barra da Tijuca , na data 30/01/2017 às 14:30:00 para Audiencia Preliminar de acordo com o artigo 69 da lei 9099/95.

Assinaturas

CB DANIEL

JOSE ADEILSON FERREIRA DA SILVA

DARLAN PINHEIRO DA SILVA

LEANDRO COSTA

KECIA CAROLINE BASILIO DA SILVA

LUCAS CORREIA DOS SANTOS

Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO
Protocolo nº: 087288-1042/2016
Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

3 de 4
www.policiacivil.rj.gov.br
Código de acesso: 6F87D

TERMO CIRCUNSTANCIADO**Nº 042-07936/2016**

Lei 9.099/95

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2016 11:43

Final do Registro: 06/11/2016 12:25

Origem: Outros . Circunscrição: 042a.Delegacia de Polícia

Responsável p/ Investigação: EDUARDO PEREIRA DE PAULA

EDUARDO PEREIRA DE PAULA
Oficial de Cartório - 4.219.037-1

CONFERE COM O ORIGINAL
AM SO LOPES



Data/Impressão: 10/01/2017 Impresso por: DILTON BARRADAS FRANCA FILHO

Protocolo nº: 087288-1042/2016

Para acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiacivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

4 de 4

www.policiacivil.rj.gov.br

Código de acesso: 6F87D



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>

Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 4

NADA CONSTA DO VEÍCULO (RENAVAM)

Data da consulta: 01/12/2016 17:57:12

Renavam: 655414479

Descrição das Multas:

Auto de Infração:	Auto de Renainf:	Data para pagamento com desconto:	
B62539529	-	00/00/0000	
Enquadramento da Infração:		Data da Infração: Hora:	
181 INC VIII		11/11/2016 11:14	
Descrição:		Placa Relacionada:	
ESTACIONAR NO PASSEIO		LBB7308	
Local da Infração:		Valor original R\$:	Valor a ser pago R\$:
ESTRADA DOS BANDEIRANTES 27238 VARGEM GRAND-RIO DE JANEIRO		195,23	195,23
Status de Pagamento:		Órgão Emissor:	Agente Emissor:
NÃO PAGO		P.M RIO DE JANEIRO	SMTR-MULTA MUNICIPIO
Auto de Infração:	Auto de Renainf:	Data para pagamento com desconto:	
B48044056	-	05/11/2012	
Enquadramento da Infração:		Data da Infração: Hora:	
218 INC I		13/06/2012 12:31	
Descrição:		Placa Relacionada:	
TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA PERMITIDA		LBB7308	
Local da Infração:		Valor original R\$:	Valor a ser pago R\$:
Av.Brasil Km4,2 - P.Lateral-Fx1-Snt.Sta.Cruz -RIO DE JANEIRO		85,13	85,13
Status de Pagamento:		Órgão Emissor:	Agente Emissor:
NÃO PAGO		P.M RIO DE JANEIRO	SMTR-MULTA MUNICIPIO
Auto de Infração:	Auto de Renainf:	Data para pagamento com desconto:	
B47657420	-	03/09/2012	
Enquadramento da Infração:		Data da Infração: Hora:	
218 INC I		27/04/2012 16:14	
Descrição:		Placa Relacionada:	
TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA PERMITIDA		LBB7308	
Local da Infração:		Valor original R\$:	Valor a ser pago R\$:
Av.Brasil Km4,2 - P.Lateral-Fx2-Snt.Sta.Cruz -RIO DE JANEIRO		85,13	85,13
Status de Pagamento:		Órgão Emissor:	Agente Emissor:
NÃO PAGO		P.M RIO DE JANEIRO	SMTR-MULTA MUNICIPIO





SUMÁRIO/GUIA DE ALTA HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM:	TELEFONE:	UNIDADE DE DESTINO:	TELEFONE:
CNS: 898 003 191 765 769		Nº PRONTUÁRIO: 289337	
NOME DO PACIENTE: Kecia Caroline Basílio da Silva		NOME SOCIAL:	
NOME DA MÃE: Maria Aparecida da Silva		SEXO: F	RAÇA/COR: BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA
DATA NASCIMENTO: 30/10/2000 NACIONALIDADE: Brasileira		MUNICÍPIO: Tapera - PB	
UF: PB N° IDENTIDADE: C.N. 070 698 2153 2000 100017045001658311		ÓRGÃO EMISSOR: Cartório de Registro de nasc.	DATA EXPED: 21/10/2000
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Maria Aparecida		UF EXPED: PB	CPF OU OUTRO DOC:

ENDEREÇO

LOGRADOURO Rua Samambaia, 455		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO: Rio das Pedras		CEP:	MUNICÍPIO: Rio de Janeiro
TELEFONE: 99829829		ESTADO: RJ	
OBSERVAÇÕES			

RESUMO DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES Fratura Fem / condutora Vene Fractura cr Terv		PERÍODO 21/11/16 a 06/02/17
SUBMETIDO A CIRURGIA? SIM () NÃO - QUAIS? Fractura cr Terv		
UTILIZOU ANTIBÍOTICOS? SIM () NÃO - QUAIS? Rufapril		DURAÇÃO: DIAS
ÓRTESES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS:		
MÉTODOS COMPLEMENTARES: () TC () RMN () ENDOSCOPIA () ARTERIOGRAFIA () OUTROS:		
INTECORRÊNCIAS? () SIM () NÃO - QUAIS?		
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:		

RECOMENDAÇÕES PÓS-ALTA

FOLLOW-UP NO HOSPITAL? SIM () NÃO - EM QUE CLÍNICA?		ATÉ QUANDO? / /
SEGUIMENTO PÓS-FOLLOW (ESPECIALIDADES RECOMENDADAS)		
COMPLEMENTARES (QUE MERECEM REPETIÇÃO): () IMAGEM () PATOLOGIA CLÍNICA - OBS:		
RECURSOS ADICIONAIS: () FISIOTERAPIA () FONOaudiologia () PSICOLOGIA () OUTROS:		
CONSULTA NO AMBULATÓRIO () ORT () CIRURGIA GERAL () BUZO MAXILO - PROFISSIONAL:		

SAÍDA:	CID: PROCEDIMENTO: CID:
(<input checked="" type="checkbox"/> ALTA POR INICIATIVA MÉDICA (<input type="checkbox"/> ALTA REQUERIDA)	(<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA (<input type="checkbox"/> EVASÃO)

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS <p style="text-align: right;">Dr. Thiago M. Uehara Com. Sp. Medicina Assinatura e Carimbo</p>	DATA 06/12/17
--	------------------



t61811

18903926 180731001000



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922570683100000018395492>
Número do documento: 19012922570683100000018395492

Num. 18903926 - Pág. 7

do por: AYDETTE/CNS

FOR: URGENCIA ORTOPEDIA

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE

04692707

KECIA KAROLINE BASILIO DA

05/04/2017 08:39

RUA SAMANBAIA N 455
RIO DE JANEIRO
RIO DE JANEIRO

RJ

RIO DAS PEDRAS

X

10/10/2000

A PEDIDO DR MATHEUS PETRY

Tel.: 982942319

Retirada de feridas Externa

u

ni - Internar

- Saia e lab na B.C

Dr. Matheus Petry
Medico
CRM 52.104694-2



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

293862

NAME	UNIDADE	CÓDIGO / CGC				
<i>(Assinatura)</i>						
NAME DO CLIENTE	ÓRGÃO EMISSOR					
Kerla Karolne Berbo de Siqueira						
ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)	MUNICÍPIO	UF				
CEP	DATA DE NASC	SEXO MASCULINO FEMININO	CONDICÃO SEGURADO CÔNJUGE FILHO OUTRO CEP			
		<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8			
NOME DO SEGURADO						
PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO	DESEMPREGADO	APOSENTADO	NÃO SEGURADO	CGC DA EMPRESA	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9		
CPF DO MÉD. SOLIC.	PROC. SOLICITADO	CAR. INT.	DATA DE EMISSÃO	CPF DO MÉD. RESP.	ASSIN. MÉD. RESPONSÁVEL	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	CAUSA EXTERNA	CGC DA SEGURADORA		Nº DO BILHETE	SÉRIE	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						
<i>Retirada de Fáscia Estérile</i>						
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS						
DIAGNÓSTICO INICIAL	T84.1	CLÍNICA CIRÚRGICA TISOPNEUMOL	OBSTÉTRICA PSIQUIATRICA	CL. MÉDICA PEDIATRICA	OUTRAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	090806036-0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EX-ANALISTA) Dr. Matheus Pery Médico CRM 52.104894-2	CPM	DATA 01/01/17				



Operação proposta	Plano de tratamento				Código	Hora
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Altura	Peso	P.A.		

Temp.	P脉	Resp.	Hb.	VOL GL	Hematíes
Exame sanguíneo	UZC	Cr 045 124,80 Na 197	13,3	41	Tipo sanguíneo
Exame urina					
Ap. resp.				Aasma, secreções	nug
Ap. Círcul.					
Pescoco		Dentes		Alergia a medicamentos	nug
Abdominal				Hipotensores	nug
Anestesias anteriores				Corticóides	nug

Complicações pré-operatórias

rrr negar suscitar

--	--	--	--	--

Complicações operatórias

--	--	--	--	--

Complicações pós-operatórias

--	--	--	--	--





Boletim operatório

Unidade 292862	Nome Kiwia Karoline Barrios das			Matrícula
Serviço de HOS		Externo	Enfermaria	Láto
Diagnóstico pré-operatório Retinada de fíbula extenso + Bloqueio proximal				
Operação de haste	Alongamento sob tensão fixo visiosamente controle da dor			
				Data 03/04/17
Operador André Pery	1º auxiliar	2º auxiliar Emmanuel Lopes	Instrumentadora	
1º auxiliar				
Tipo de anestesia Nagunit Sidus				Anestesiista

Descrição da operação

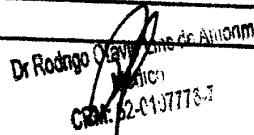
Via de acesso, descrição de órgãos e lesões, técnica e tática, material de sutura, reconstituição da parede, dreno e sondas, acidentes operatórios.

- 1) Ponte em diâmetro dorsal sob anestesia
- 2) Aspira + Antisep
- 3) Retinada de fíbula - schwarz proximal
- 4) Bloqueio da haste antero-posterior sob fluoroscopia
- 5) Retirada do fíbula extenso
- 6) Bloqueio da haste no plano sagital sob fluoroscopia
- 7) UTEC c/ SF 0,9% + curativo edutivo

Dr. Emmanuel Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 529267-0
TEOT: 4539





CNS:		Nº PRONTUÁRIO:			
NOME DO PACIENTE:		NOME SOCIAL:			
NOME DA MÃE:		SEXO:	RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDÍGENA		
DATA NASCIMENTO:	NACIONALIDADE:	MUNICÍPIO:	RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:		
UF:	Nº IDENTIDADE:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA EXPED:	UF EXPED:	CPF OU OUTRO DOC:
ENDERECO					
LOGRADOURO			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO:		CEP:	MUNICÍPIO:	ESTADO:	
TELEFONE:		OBSERVAÇÕES			
RESUMO DA INTERNAÇÃO					
DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES				PERÍODO	
SUBMETIDO A CIRURGIA? () SIM () NÃO - QUAL?				PERÍODO	
UTILIZOU ANTIBIÓTICOS? () SIM () NÃO - QUAIIS?				DURAÇÃO: ____ DIAS	
ÓRTESSES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS:					
MÉTODOS COMPLEMENTARES: () TC () RMN () ENDOSCOPIA () ARTERIOGRAFIA () OUTROS:					
INTECORRÊNCIAS? () SIM () NÃO - QUAIIS?					
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:					
RECOMENDAÇÕES PÓS-ALTA					
FOLLOW-UP NO HOSPITAL? () SIM () NÃO - EM QUE CLÍNICA?				ATÉ QUANDO? ____ / ____	
SEGUIMENTO PÓS-FOLLOW (ESPECIALIDADES RECOMENDADAS)					
COMPLEMENTARES (QUE MERECEM REPETIÇÃO): () IMAGEM () PATOLOGIA CLÍNICA - OBS: _____					
RECURSOS ADICIONAIS: () FISIOTERAPIA () FONOAUDIOLOGIA () PSICOLOGIA () OUTROS: _____					
CONSULTA NO AMBULATÓRIO () ORT () CIRURGIA GERAL () BUCO MAXILO - PROFISSIONAL: _____					
SAÍDA:				CID: _____ PROCEDIMENTO: _____ CID: _____	
() ALTA POR INICIATIVA MÉDICA		() TRANSFERÊNCIA		ÓBITO	
() ALTA REQUERIDA		() EVASÃO			
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS					
 CRM: 62-0107783					
ASSINATURA E CARIMBO					
DATA: ____ / ____ / ____					



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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JUERLANDO Basílio da Silveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 043102854-06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kécia Karoline Basílio da Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 197800327-70 do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima Kécia Karoline Basílio da Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 043102854-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultor Renda: R\$ 1000,00 e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, Comprovante de Residência entre outros

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	Número	Complemento
<u>Rua Nossa Senha da Conceição</u>	<u>315</u>	<u>Casa</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PB</u>	<u>58680 000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>marcelodantas@gmail.com</u>		<u>(83) 9640-4189</u>

Tapejera/PB, de _____ de _____
Local e Data

Juerlando Basilio da Silveira
Assinatura do Declarante

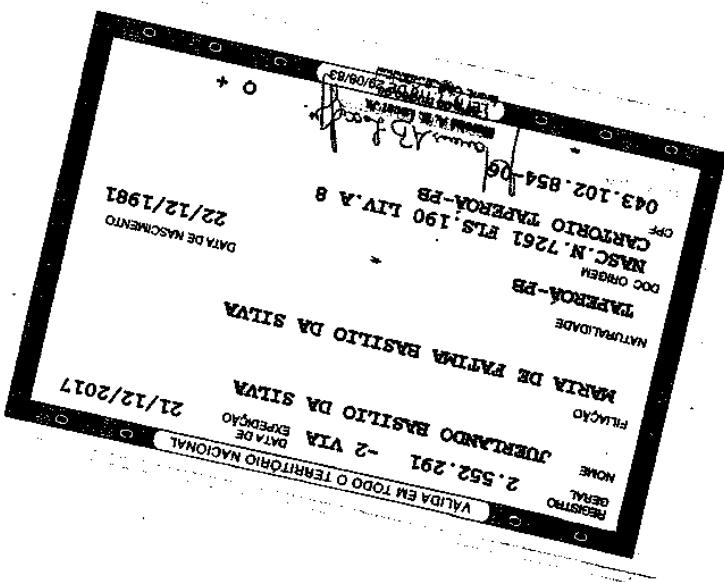
11/001/2017





Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012922571836200000018395496>
Número do documento: 19012922571836200000018395496

Num. 18903930 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: MARCELO DANTAS LOPES - 29/01/2019 22:58:17
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901292257183620000018395496>
Número do documento: 1901292257183620000018395496

Num. 18903930 - Pág. 3



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

197800327-70

Nome completo da vítima

Kécia Karoline Basílio da Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCÉLO DANTAS LOPES	CPF titular da conta 043102854-06	Profissão Agricultor
Endereço RUA Nossa Senhora da Conceição	Número 511	Complemento Casa 12
Bairro Centro	Cidade Tapejara	Estado PB
Email marcelodantas@gmail.com	CEP 58680-000	Telefone (DDD) 083199640-4118

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. 0993	D/V 3	CONTA NRO. 33089	D/V 3
(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.

Tapejara/PB, _____ de _____ de _____
Local e Data

Kécia Karoline Basílio da Silveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Marcélo Dantos Lopes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

.001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Kécia Karoline Basílio da Silva

CPF da Vítima

397800327-70

Data do Acidente

06/11/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JUERLANDO BASÍLIO DA SILVA

CPF do Representante legal

043102854-06

Email

marcerodudu@gmail.com

Telefone (DDD)

(1831) 98792-3051

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.

Taperau/PB, _____ de _____ de _____
Local e Data

Kécia Karoline Basílio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Juerlando Basílio da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Kéca Karoline Basílio da Silva

DATA DO ACIDENTE 06/11/2016 (CPF DA VITIMA 197800327-70)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR A VITIMA É REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VITIMA É BENITO CRPAI.

ENDERECO DO PORTADOR Nº 261 COMPLEMENTO: CASA CIDADE: TAPEROA UF: PR Bairro: Centro CEP: 58680-000 E-MAIL: marcelo.dantas@gmail.com TELEFONE: (83) 995640 - 4447

MARQUE X (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() BULLETTIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- Morte: R\$ 13.500,00
- Invalidez Permanente: Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
- Despesas Médicas (DAMS): - Reembolso até R\$ 2.700,00 (reembolso). Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
DATA 25/02/2014

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Kcia Karoline Exequia da Silva

DATA DO ACIDENTE: 06/11/2016

CPF DA VÍTIMA 197800327-70

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

A VITIMA

REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

ENDEREÇO DO PORTADOR

Rua Nossa Sen. Conceição

Nº 24

COMPLEMENTO:

Casa

UF - PR

BAIRRO Centro

CEP 58680-000

CEADOR

Tapeca

E-MAIL Marcelo.dantas@gmail.com

F-MAIL

TELEFONE (83) 93640-4447

MARQUE X NO PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA, EX-PEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

X CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CÓPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

X NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

X BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA FÍSICA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de Folha de Cheque ou Cartão Bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

X CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

X MORTE - R\$ 15.500,00

X INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

X VALORES DE INDENIZAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.994/74.

X DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR

X VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

X O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

X COMPLETA.

X COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS

X LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

X PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGUE

X GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

X COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA A VÍTIMA MÉDOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

X CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X CERTIFICAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL OU QUE REPRESENTA



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 fazenda 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Juvaldo Basílio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 043.102.854-06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Kécia Karoline Basílio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 197800327-70, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Kécia Karoline Basílio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.102.854-06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultor Renda: R\$ 1000,00 e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, Comprovante de Residência entre outros

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 Nossa Senra da Conceição</u>	Número	<u>S/N</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Taperaú</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>marcelo.dantas@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(1831) 9640-4119</u>

Taperaú/PB, _____ de _____ de _____
Local e Data

Juvaldo Basílio da Silva





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 Kélica Karoline Basílio da Silva	CPF da Vítima 197800327-70	Data do Acidente 06/11/2016
---	-------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal JUERLANDO BASÍLIO DA SILVA	CPF do Representante legal 043102851-06
Email marceroladv@gmail.com	Telefone (DDD) (1831) 9879-3051

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.

Tapera/PB _____ de _____ de _____
Local e Data

Marcelo Dantas Lopes

J...D...No Rancho da C...m





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:

183.800.327-70

Nome completo da vítima

Kecia Karoline Basílio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JULIANO BASÍLIO DA SILVA	CPF titular da conta 043.102.854-06	Profissão Agricultor
Endereço RUA NOSSA Sra. da Conceição	Número 51/N	Complemento CASA 12
Bairro Centro	Cidade Tapeçaria	Estado PB
Email MARCELODANTAS@mail.com	CEP 58680-000	Telefone (DDD) 83 99640-4118

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0993	CONTA NRO. 1	D/V 43089	D/V 3
-------------------------	--------------------	--------------	----------

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.
---------------	------

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
-----------------	-----	---------------	-----

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tapeçaria/PB _____ de _____ de _____
Local e Data

Kecia Karoline Basílio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Juliano Basílio da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11/01/2017





Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: 3180170603
Vítima: KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA
Data do Acidente: 06/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3180170603**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Carta nº 13483247



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JUERLANDO BASILIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180170603**
Vitima: **KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA**
Data do Acidente: **06/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180170603**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Taperoá**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800029-80.2019.8.15.0091

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de JG.

Cite-se a parte promovida por todo o teor da peça exordial, para querendo, contestar o feito no prazo de 15 dias, com as advertências legais.

Cumpra-se.

TAPEROÁ, 22 de julho de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE MILTON BARROS DE ARAUJO - 22/07/2019 08:31:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072208313790500000022183251>
Número do documento: 19072208313790500000022183251

Num. 22868778 - Pág. 1