

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,
OUTORGANTE: Mécia Karoline Bastião da Silva, brasileira, estudante, solteira, residente e domiciliada na Rua Nossa Senhora do Carmo, SN, Centro, Taperoá-PB, constituo e nomeio os procuradores:

OUTORGADO: MARCELO DANTAS LOPES, brasileiro, casado, advogado regularmente inscrito na OAB – 2PB sob o n.º s 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 Ação de Cobrança do Seguro Privat 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 Mécia Karoline Bastião da Silva
OUTORGANTE



VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO
10/10/2000
Nascimento

KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA
Nome
197.800.327-70
Número

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

MINISTERIO DA FAZENDA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.683.505
DATA DE EXPEDIÇÃO	07/11/2017
NOME	
KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA	
FILIAÇÃO	
JUBERTANDO BASILIO DA SILVA	
MÁRIA APARECIDA DA SILVA	
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
DOC ORIGEM	NASC.N.16585 FLS.45 LIV.A 17
CPF	197.800.327-70
CARTÓRIO TAPEROA-PB	
MARCOS A. DA SILVA DETON	
07/11/2017	
DATA DE NASCIMENTO	
10/10/2000	



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



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
197.800.327-70

Nome
KÉCIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

Nascimento
10/10/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





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
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
"RIBEIRO DE TOLEDO"
Av. Getúlio Vargas, S/N
CENTRO - CEP: 65830-000
TEL: 3463-2451
TAPERÓIA - PB

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO)

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 Elpidio 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 EXTENSO)

vinete 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-
TAPERÓIA - PARAIBA

OFICIAL REGISTRADOR

Maria das Graças Dias de Toledo Farias

MUNICÍPIO/UF

Taperoá-PB

ENDEREÇO

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

03.337.589/0001-06

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
"RIBEIRO DE TOLEDO"

VÁLIDO EM TODAS AS JARISSAS. CASO OCORRA ALTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

CENTRO - CEP: 65830-000

TEL: 3463-2451

TAPERÓIA - PB

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Taperoá-PB, 26 de Outubro de 2010

Cláudia Regina Guimarães

Cláudia Regina Guimarães
Escrivente Compromissada

Cláudia Regina Guimarães
Escrivente

65849

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

17 MAI 2019

PB

DEVOLUÇÃO

Seguradora Líder - 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

JUERLANDO BASILIO DA SILVA
RUA NOSSA SRA DA CONCEICAO, S/N
CENTRO
CEP 58680-000 - TAPERÓIA - PB

Administradora do Seguro DPVAT

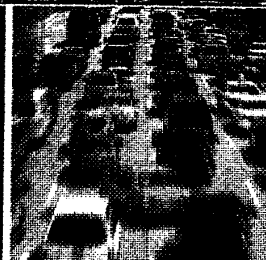
LÍDER
Seguradora



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.

saiiba +
www.seguradoralider.com.br



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA - SESS
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
em 30/05/17

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

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

1 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. 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

- ra acompanhar o seu Registro de Ocorrência, acesse o endereço eletrônico www.policiaivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF2 de 4
www.policiaivil.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

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

Notícia 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 também 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 Audiência 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.policiaivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

3 de 4

www.policiaivil.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. 3

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

EDUARDO PEREIRA DE PAULA

Oficial de Cartório - 4.219.037-1

CONFERE COM O ORIGINAL
Em 10/01/17



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.policiaivil.rj.gov.br, informando número do procedimento, código de acesso e CPF

4 de 4

www.policiaivil.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: B62539529	Auto de Renainf: -	Data para pagamento com desconto: 00/00/0000
Enquadramento da Infração: 181 INC VIII		Data da Infração: 11/11/2016 Hora: 11:14
Descrição: ESTACIONAR NO PASSEIO		Placa Relacionada: LBB7308
Local da Infração: ESTRADA DOS BANDEIRANTES 27238 VARGEM GRAND-RIO DE JANEIRO		Valor original R\$: 195,23 Valor a ser pago R\$: 195,23
Status de Pagamento: NÃO PAGO		Órgão Emissor: P.M RIO DE JANEIRO Agente Emissor: SMTR-MULTA MUNICIPIO

Auto de Infração: B48044056	Auto de Renainf: -	Data para pagamento com desconto: 05/11/2012
Enquadramento da Infração: 218 INC I		Data da Infração: 13/06/2012 Hora: 12:31
Descrição: TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA PERMITID		Placa Relacionada: LBB7308
Local da Infração: Av. Brasil Km4,2 - P.Lateral-Fx1-Snt.Sta.Cruz -RIO DE JANEIRO		Valor original R\$: 85,13 Valor a ser pago R\$: 85,13 Imprimir
Status de Pagamento: NÃO PAGO		Órgão Emissor: P.M RIO DE JANEIRO Agente Emissor: SMTR-MULTA MUNICIPIO

Auto de Infração: B47657420	Auto de Renainf: -	Data para pagamento com desconto: 03/09/2012
Enquadramento da Infração: 218 INC I		Data da Infração: 27/04/2012 Hora: 16:14
Descrição: TRANSITAR EM VELOCIDADE SUPERIOR A MAXIMA PERMITID		Placa Relacionada: LBB7308
Local da Infração: Av. Brasil Km4,2 - P.Lateral-Fx2-Snt.Sta.Cruz -RIO DE JANEIRO		Valor original R\$: 85,13 Valor a ser pago R\$: 85,13
Status de Pagamento: NÃO PAGO		Órgão Emissor: P.M RIO DE JANEIRO Agente Emissor: SMTR-MULTA MUNICIPIO



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



SUMÁRIO/GUIA DE ALTA HOSPITALAR

UNIDADE DE ORIGEM:		TELEFONE:		UNIDADE DE DESTINO:		TELEFONE:	
CNS: 898.005.141.745.769				Nº PRONTUÁRIO: 289337			
NOME DO PACIENTE: Kacia Caroline Brasil da Silva				NOME SOCIAL:			
NOME DA MÃE: Maria Aparecida da Silva				SEXO: F		RAÇA/COR: <input checked="" type="checkbox"/> BRANCA () PRETA () AMARELA () PARDA () INDIGENA	
DATA NASCIMENTO: 30/10/2000		NACIONALIDADE: Brasileira		MUNICÍPIO: Tapera - PB		RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Maria Aparecida	
UF: PB	Nº IDENTIDADE: C.N. 070.698.225.3.2000 2.00017.045.00165831	ÓRGÃO EMISSOR: Cartório Ribaio de Itajá		DATA EXPED: 21/10/2000		UF EXPED: PB	CPF OU OUTRO DOC:
ENDEREÇO							
LOGRADOURO: Rua Sarambana, 455						Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO: Rio das Pedras		CEP:		MUNICÍPIO: Rio de Janeiro		ESTADO: RJ	
TELEFONE: 99829829		OBSERVAÇÕES					
RESUMO DA INTERNAÇÃO							
DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES: # Fratura Fechada do Fêmur / Condiloides Unil. # Exatada Ex. Ten						PERÍODO: 2.11.16 a 06.02.17	
SUBMETIDO A CIRURGIA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO - QUAL? Placa de Ex. Ten							
UTILIZOU ANTIBIÓTICOS? <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO - QUAIS? Kefzol 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? <input checked="" type="checkbox"/> 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:							
(<input checked="" type="checkbox"/>) ALTA POR INICIATIVA MÉDICA () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO							
() ALTA REQUERIDA () EVASÃO							
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS							
Dr. Thiago M. Uehda CRM: SP 011000 ASSINATURA: [assinatura]						DATA: 02.12.17	



thl8111
1975 512 1000
1900 11 15 1507 1000



do por: AYDETTE/CNS

TOR: 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 PED

10/10/2000

X

A PEDIDO DR MATHEUS PETRY

Tel.: 982942319

Petrich de Brontes Externas

u

un: - Intermitente

X

- Sale & late puke B.E

Dr. Matheus Petry
Médico
CRM 52.104694-2



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

293862

NOME _____ UNIDADE _____
 AMUJ _____ CÓDIGO / CGC _____

NOME DO CLIENTE _____
 Kera Keraline Barbo de Silva
 ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____ MUNICÍPIO _____ UF _____

CEP _____ DATA DE NASC _____ SEXO
 MASCULINO FEMININO
 1 3
 CONDIÇÃO SEGURADO 2 CÔNJUGE 4 FILHO 6 OUTRO CEP 8

NOME DO SEGURADO _____
 PIS/PASEP/Nº INDIVIDUAL _____ VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO
 1 2 3 5 7 9 CGC DA EMPRESA _____

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

Retirada de Fixador Externo

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL T84.1
 PROCEDIMENTO SOLICITADO 090806036-0
 CLÍNICA CIRÚRGICA 1 OBSTÉTRICA 2 CL. MÉDICA 3
 TSIOPNEUMOL 4 PSIQUIÁTRICA 5 PEDIÁTRICA 7 OUTRAS 9

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE (EXEMPLO) Dr. Márcio Petry
 CRM 52.104894-2 CPM _____ DATA 05/01/17



Operação proposta		Código		Hora	
Estado de rotineiro					

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Altura	Peso	P.A.
Temp.	Pulso	Resp.	Hb. 13.3	VOL GL 41
Exame sangue			Hematias	
Exame urina			Tipo sanguíneo	
Ap. resp.			Asma, secreções	
Ap. Circul.			nuq	
Pescoco		Dentes	Alergia a medicamentos	
Paradental			Hipotensores	
Anestésias anteriores			Corticóides	

Complicações pré-operatórias

nuq regular hospital				

Complicações operatórias

Complicações pós-operatórias





Boletim operatório

Unidade 292862	Nome Kaua Caroline Bastos de S	Matrícula
Serviço de 205	Externo	Enfermaria
Diagnóstico pré-operatório Refinada de fixador externo + Bloqueio proximal		
Operação de haste Alongamento rob haste / Ex vivo ossemente		
Operador Andre Pinho	2º auxiliar Jullienne	
1º auxiliar Emanuel Lopes	Instrumentadora	
Tipo de anestesia Ligament Sédex	Anestesista	

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) Posição em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Aspirin + Antiagregante
- 3) Refinada de tipo de sistema proximal
- 4) Bloqueio da haste anterior posterior sob fluoroscopia
- 5) Refinada do fixador externo
- 6) Bloqueio da haste no plano sagital sob fluoroscopia
- 7) LRC 4/5F0,90% + curativo oclusivo

Dr. Emanuel Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 529267-0
TEOT: 14539





[Handwritten signature]

FOLHA DE INTERMUNICACAO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome: KETIA KAROLINE RASILIO DA SILVA
 Documento: 19012922570683100000018395492
 Data de Nascimento: 10/10/2000
 Sexo: FEMININO
 Responsavel: IGERADO
 Nome da Mae: MARIA APARECIDA DA SILVA
 Endereco: SAMBAIA 00035
 Bairro: JACAREPAGUA
 Cep: 99999-999
 Telefone: 0000000000000000 982942329
 Municipio: 3304557 - - RJ
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Naturalidade: RIO DE JANEIRO

DADOS DA INTERMUNICACAO

Forma de Entrada: 4 - EMERGENCIA No. do RE: 4692707
 Clinica: 337 - CIRURGIA ORTOPEDICA
 Letto: 999.0021
 Data da Internacao: 05/04/2017
 Hora da Internacao: 08:57
 Medico Solicitante: 768.716.737-68 - MARCO VINICIO SAUBERMAN
 Proced. Solicitado: 04.08.06.036-0
 Diagnostico: 184.1
 Identif. Operador: SIMONE/AC

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
 Dt. H. Saida:
 Especialidade:
 Tipo de Saida:
 CID Principal:
 CID Secundario:
 Principal:
 Secundario:
 Outros:

[Handwritten text: 19012922570683100000018395492]



TELEFONE:

CNS:

NOME DO PACIENTE:

Nº PRONTUÁRIO:

NOME SOCIAL:

NOME DA MÃE:

SEXO:

RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () AMARELA
() PARDA () INDIGENA

DATA NASCIMENTO:

NACIONALIDADE:

MUNICÍPIO:

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

UF:

Nº IDENTIDADE:

ÓRGÃO EMISSOR:

DATA EXPED:

UF EXPED:

CPF OU OUTRO DOC:

ENDEREÇO

LOGRADOURO

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO:

CEP:

MUNICÍPIO:

ESTADO:

TELEFONE:

OBSERVAÇÕES

RESUMO DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO DE ALTA E COMORBIDADES

PERÍODO

____/____/____ A ____/____/____

SUBMETIDO A CIRURGIA? () SIM () NÃO - QUAL? _____

UTILIZOU ANTIBIÓTICOS? () SIM () NÃO - QUAIS? _____

ÓRTESES E PRÓTESES? () STENT () ORTOPÉDICA () ENDOVASCULAR () OUTROS: _____ DURAÇÃO: _____ DIAS

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 () BUCO MAXILO - PROFISSIONAL: _____

SAÍDA:() ALTA POR INICIATIVA MÉDICA () TRANSFERÊNCIA () ÓBITO
() ALTA REQUERIDA () EVASÃO

CID:

PROCEDIMENTO:

CID:

OBSERVAÇÕES ADICIONAISDr. Rodrigo Oliveira de Almeida
CRM: 62.413.778-7

DATA

ASSINATURA E CARIMBO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jueraldo Basílio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 043102854-06 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 043102854-06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Agricultor Renda: R\$ 2000,00 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.

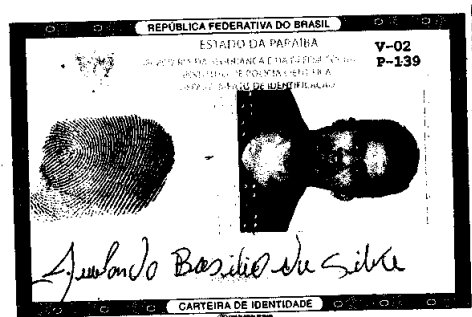
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Nossa Sra da Conceição</u>		Número <u>510</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Tapereá</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58680-000</u>
Email <u>marcelo.dantas@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99640-4119</u>

Tapereá/PB de _____ de _____
Local e Data

Jueraldo Basílio da Silva
Assinatura do Declarante





043.102.854-06
 CPF
 CARTORIO TAPEROA-PB
 NASC. N. 7261 FLS. 190 LIV. A 8
 DOC ORIGIN
 TAPEROA-PB
 NATURALIDADE
 MARIA DE FÁTIMA BASILIO DA SILVA
 FILIAÇÃO
 JUELIANO BASILIO DA SILVA
 NOME
 2.552.291 - 2 VIA
 DATA DE EMISSÃO
 21/12/2017
 DATA DE NASCIMENTO
 22/12/1981
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



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 Basilio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCELO BASILIO DA SILVA		CPF titular da conta 043102854-06	Profissão Agricultor
Endereço Rua Nossa Sra. da Conceição		Número 511	Complemento CASA
Bairro Centro	Cidade Tapacuba	Estado AB	CEP 58680-000
Email marcelodasilva@gmail.com			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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <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"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 0981 D/V 2 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 13089 D/V 3 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

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

Tapacuba/AB de _____ de _____
Local e Data

Kécia Karoline Basilio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Marcelo Basilio da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



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

997800327-70

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

marcelodlady@gmail.com

Telefone (DDD)

(181) 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.

Tapacú/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



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

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Kéa Karoline Bastos da Silva

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM AVITIMA E Benito CPAI

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Nossa Sra. Conceição

Nº 511 COMPLEMENTO, CASA BAIRRO Centro

CIDADE Taperoá UF PA CEP 58680-000

E-MAIL benito@cpai.com.br TELEFONE (83) 99640-4447

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) 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 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 EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - (X) 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 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Kéa Karune Brasil da Silva

DATA DO ACIDENTE 06/11/2016 CPF DA VITIMA 194800327-70

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA

AVITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Nossa Sra. Conceição

Nº 414 COMPLEMENTO, CASA

CIDADE Taperoá UF PA BAIRRO Centro

CEP 58680-000 E-MAIL tercerceiro@igmail.br TELEFONE (83) 99640-4447

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) INAPTIDÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DE AUSENCIA DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADO PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) SOFETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () 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 CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORFIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO, NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE 25/02/2016

NOME

ASSINATURA Marcelo Dantas Lopes

ASSINATURA



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/BIBLIOTECABWEB/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 JUERLANDO BASILIO DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 043102854-06, C/E na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KÉCIA KAROLINE BASILIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 197800327-70 do sinistro de DPVAT cobertura INVALENDEZ da Vítima KÉCIA KAROLINE BASILIO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 043102854-06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: AGRICULTOR Renda: R\$ 2000,00 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 Sra da Conceição</u>		Número <u>510</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Tapereá</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58680-000</u>
Email <u>marcelo.dantas@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 95640-4319</u>

Tapereá/PB de _____ de _____
Local e Data

Juerlando Basilio da Silva



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

KÉLIA KAROLINE BASÍLIO DA SILVA

CPF da Vítima

997800327-70

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

marcelodantas@gmail.com

Telefone (DDDL)

(83) 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.

Tapera/PB

de _____ de _____
Local e Data

Marcelo Dantas Lopes

Juerlando Basílio da Silva



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:
194800327-70

Nome completo da vítima
KECIA KAROLINE BASILIO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCELO DANTAS LOPES		CPF titular da conta 043402854-06	Profissão AGRICULTOR
Endereço RUA NOSSA SRA. DA CONCEIÇÃO		Número 511	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade JAPERQUÊ	Estado AB	CEP 58680000
Email MARCELODANTAS@GMAIL.COM			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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 099	D/V 2	CONTA NRO. 23089	D/V 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome BRASIL	NRO. 001
AGÊNCIA NRO. 099	D/V 2
CONTA NRO. 23089	D/V 3
(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.

Japerquê/AB de de
Local e Data

Marcelo Dantas Lopes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Marcelo Dantas Lopes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Carta nº 13483247

Pag. 00865/00866 - carta_16 - INVALIDEZ

00020433





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

