

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2016

Carta nº: 9038626

A/C: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

Sinistro: 3160273034 ASL-0859011/16
Vitima: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2016

Carta nº 10245557

a/c: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

Sinistro: 3160273034 ASL-0859011/16
Vitima: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T10%"



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, João Augusto da Lima Ferreira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 30913.034 EXPEDIDO POR SSDS-PB EM 07/10/10 E
 CPF 109489184-83 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ Renda Mensal QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo Nome AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00011138-9

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

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguros.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARUANA SEGUROS

27 ABR 2015



ARUANA SEGUROS
27 ABR 2016



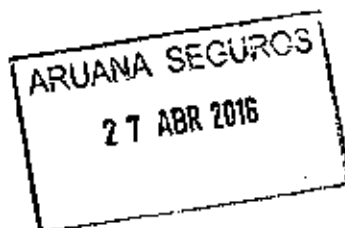
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE MOTOCICLETA



REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 525/2016

Aos seis (06) dias do mês de Abril do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 13:10 hs, compareceu **JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA**, brasileiro, solteiro, natural de Sapé/pB, 23 anos, nascido em 06/12/1992, filho de Severino Barbosa Ferreira e de Aurea Paula de Lima Ferreira, RG. 3.913.034/PB, pintor, ensino fundamental, residente no Sítio Campo Grande, zona rural de Sobrado/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 06/12/2015, por volta das 19:27 hs, estava conduzindo a moto HONDA CG 150 TIATN EX, PLACA OGE-9825/PB, DE COR PRETA, CHASSI 9C2KC1660ER006045, nas imediações da zona rural de Areia Vermelha, quando um veículo lhe trancou e no instante para evitar o pior o noticiante direcionou a moto para a ribanceira, ao cair fraturou a clavícula esquerda, que foi socorrido por populares para o Hospital Sá Andrade em Sapé e após encaminhado ao Hospital de Traumas em João Pessoa. Conforme Laudo MÉDICO em anexo. Diante do exposto notificou o fato. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.


NOTICIANTE



104512

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Augusto do Lima Ferreira, portador da carteira de identidade nº 3.913.034 e inscrito no CPF/MF sob o nº 104.989.184-83, residente e domiciliado na Sítio Campos Grande II, S/N, Rua Rural, Cap. 58.348-000, Cidade Serra Verde, Estado PR, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

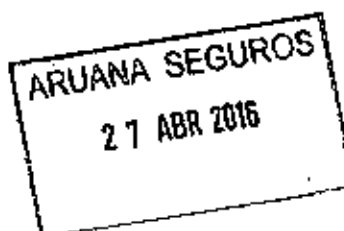


João Augusto do Lima Ferreira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 18 de Dezembro de 2015.

Local e data





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

**LAUDO MÉDICO****INFORMAÇÕES PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE	JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	06/12/92
NOME DA MÃE	AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	885.133
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	06/12/15
HORA DO ATENDIMENTO	21:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	V 29 + S 42.0.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ENCAMINHADO POR SERVIÇO DE SAÚDE DE SOBRADO, EM USO DE CAPACETE (SIC), COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE CLAVÍCULA ESQUERDA- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR CIR. GERAL + COT + IMOBILIZAÇÃO EM CLAVÍCULA ESQUERDA COM VELPEAU GESSADO.

ALTA HOSPITALAR:	06/12/2015
DATA DA EMISSÃO:	03/02/2016


Dr. Joacila Braga Brandão

CRM: 1741/PB

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

ARUANA SEGUROS

27 ABR 2016



AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA
S/N CAMPO GRANDE S/N - AREATURAN
SOBRADO/PB CEP 58400-910 (AG 51)

Classificação: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFASE
RUPRO 4 - 784 - 781 - 5530 Referência: Nov/2015
RPM/PRD: 0000846318 Emissão: 10/11/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R. 200, ALZ. - Centro - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ 00.025.182/0001-40 - NRE 5116015-823-0

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 000 249 945
Código para Dúvidas e Automação: 0000311788

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 Acesso: www.energisa.com.br

7.375 55-101271-0001 BULL 0150 8e1d-482d

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor):

5/311768-6

Canal de contato

Nov/2015

Apresentação

10/11/2015

Data prevista da
próxima leitura

09/12/2015

CPF/CNPJ RANI

#101381441

Cálculo de consumo

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura
09/10/15 3/85 10/11/15 2830 1 125 22

Demonstrativo

Descrição Quantidade Preço Valor (R\$)
Consumo em kWh 125 0,28772 35,96
Adic. 6 Vermelho 0,07

IMPOSTOS E ENCARGOS

PS 0,57
COFINS 2,68
ICMS (Base de Cálculo R\$ 87,08 | Alíquota 25,00%) 21,81

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
09/12/2015 PAGAS
OBRIGADOR



Histórico de Consumo
(kWh)

Out/15	83
Set/15	102
Ago/15	102
Jul/15	83
Jun/15	109
Mai/15	102
Abr/15	89
Mar/15	101
Fev/15	86
Jan/15	108
Dez/14	83
Nov/14	89

Média dos últimos meses:
98 kWh

VENCIMENTO

06/12/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,72

Indicadores de Qualidade 2015 - Sept

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DRG MENSAL	13,20	5,77
DRG TRIMESTRAL	26,34	
DRG ANUAL	52,68	
FC MENSAL	8,00	4,00
FC TRIMESTRAL	16,09	
FC ANUAL	32,18	
DICC	7,20	2,40
DICRI	10,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Des. da Energia PB	15,21	21,50
Compra de Energia	24,38	34,45
Serviço de Transmissão	1,19	1,68
Encargos Sociais	4,82	6,82
Impostos, Oneros e Encargos	25,14	35,55
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	70,72	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição

ARUANA SEGUROS
27 ABR 2015

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Augusto de Lima Ferreira

RG nº 3.913.037, data de expedição 07/10/10, órgão SSDS - PB

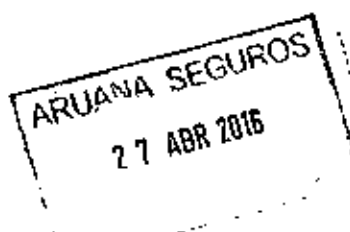
CPF nº 104.989.184-83, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sit Campo Grande II</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Salgado</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.348-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)99336-0663/99318-3685</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 18 de Dezembro de 2015.

Assinatura do Declarante: João Augusto de Lima Ferreira





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SIMONE CRISTINA RICARDO HARA,

RG nº 048.032.523-15, data de expedição 27/02/2014, Órgão DETRAN/PR,

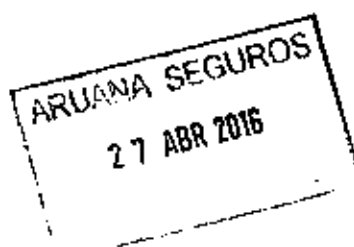
CPF nº 075.400.659-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA NEVADA
Número	670
Apto / Complemento	
Bairro	QUEBEC
Cidade	LONDRINA
Estado	PARANÁ
CEP	86060-238
Telefone de Contato	(43) 3031-2323 / (43) 3031-2327
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Londrina 13/04/16

Assinatura do Declarante: Simone C.R. HARA





COPEL TELECOMUNICAÇÕES S/A
RUA JOSE IZIDORO BIAZZETTO, 158 - MOSSUQUE
CNPJ: 04.389.885/0001-08 - IE 907330820 - IM 423672

www.copel.com

REVISEOES CANTONI LTDA
R NEVADA, 670
QUEBEC
86080238 LONDRINA PR
CPF/CNPJ: 09.034.854/0001-83
IS: ISENTO IM:
Class. Usuária: Não Residenciais

Período de Referência

0800 414181

314999-

Veiling

01/11/20

LEVALOF

RS: 1.462,38

DOCUMENTO DE COBRANÇA No 14788519
Emitido em 16/10/2015

Descrição dos Produtos

R	Descrição
1	Serviço IP Direto - Garantia de 100%
2	Transporte de Acesso a Serviços Externos

Debito R\$	Credito R\$
877,43	0,00
584,95	0,00

Matrix

4: Internet matrix, outback.

VALOR A PAGAR

~~CONFIDENTIAL~~ 001-9

00199.46565 40000.000006 14768.519218 3 659900000 146236

1,402,38

05/11/2014
 05/11/2014

OS VENCIMENTOS PAGAVEIS SOMENTE EM AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL

Van der Meulen

Agencia Cód. Cobranza
3064-36160010

2 of 2 Documents
10/20/15

nº de Documento
0000012000

[English to Burmese](#)
[Burmese to English](#)

Acad
N

DATA DE PROCESSAMENTO 13/06/2008	DATA DE EMISSÃO 13/06/2008
---	---

3. Número Número FI ..
00000000001470851

do Banco

18	1
----	---

España
R3

OS
Copyrighted

Valor	1,402,3
-------	---------

[*] Valor do Documento	1.462,38	24/51
------------------------	----------	-------

可合必固也！
此乃仁也，此乃

[illegible]

(*) Outras Acrecimo

(-) Disconto/Abzinsung

(*) Maratona =

(b) Valor Cobrado

1.46238 1

ISOES CANTONILTD
YADA 670 QUEBEC LONDRINA PR
10738

Autenticação / Ficha de Compensação



ARUANA SEGUROS
27 ABR 2016

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **SIMONE CRISTINA RICARDO HARA**, portador(a) do RG nº 048.032.523-15, expedido por DETRAN-PR, em 27/02/2014, CPF/CNPJ nº 075.400.659-07, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário

(a) João Augusto de Lima Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza unilateral da vítima

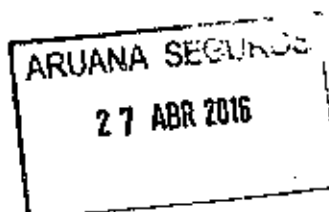
João Augusto de Lima Ferreira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **Auxiliar Administrativo**

Renda Mensal: R\$ **RECUSOU-SE**

Documentos comprobatórios: _____

Simone C.R. Hara
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	06/12/92
NOME DA MÃE	AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	885.133
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	06/12/15
HORA DO ATENDIMENTO	21:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	V 29 + S 42.0.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ENCAMINHADO POR SERVIÇO DE SAÚDE DE SOBRADO, EM USO DE CAPACETE (SIC), COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE CLAVÍCULA ESQUERDA- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

TRATAMENTO

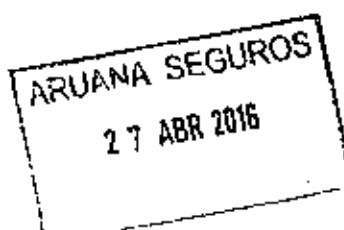
PACIENTE AVALIADO POR CIR. GERAL + COT + IMOBILIZAÇÃO EM CLAVÍCULA ESQUERDA COM VELPEAU GESSADO.

ALTA HOSPITALAR:	06/12/2015
DATA DA EMISSÃO:	03/02/2016

Dr. Joacila Braga Brandão

CRM: 1741/PB

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



DOCUMENTO 5 *T5%*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.913.034

DATA DE EXPEDICAO 07/10/2010

NOME JOSÉ AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

PLACAS SEVERINO BARBOSA FERREIRA
AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 06/12/1992

SAPÉ-PB

DCC ORIGEM NASC.N. 12186 FLS. 179 LIV. A 13

CARTÓRIO PILAR-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 2009

ESTADO DA PARAIBA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

06/12/2010

Assinatura de José Augusto de Lima Ferreira

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

104.989.184-83

Nome

JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

Nascimento

06/12/1992

ARUANA SEGUROS

27 ABR 2016



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 104.989.184-83

Nome da Pessoa Física: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

Data de Nascimento: 06/12/1992

Situação Cadastral: REGULAR

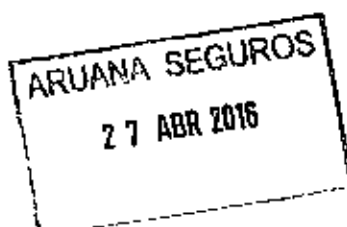
Data da Inscrição: 10/02/2010

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 10:36:56 do dia 18/12/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: B070.E6A0.73A9.CEE2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 8220553-3 SUSP PR

CPF
 075.400.659-07

DATA NASCIMENTO
 03/10/1990

FILIAÇÃO
 SERGIO TOMIO HARA
 ROSELI RICARDO HARA

PERMISSÃO
 03/03/01

ACC
 03/03/01

CAT. HAB.
 B

NR REGISTRO
 04803252315

VALIDADE
 26/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
 09/11/2009

OBSERVAÇÕES
 A

Assinatura do Portador
 Simone C.R. Hara

LOCAL
 LONDRINA, PR

DATA EMISSÃO
 27/02/2014

Assinatura do Emissor
 Marcos (RAB)

58823046960
PR906974269

DETRAN-PR (PARANÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
856069372

PROIBIDO PLASTIFICAR
856069372

ARUANA SEGUROS
 27 ABR 2016

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Augusto de Lima Ferreira, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão Agricultor
Documento de Identificação RG, nº 3.913.034, data de
expedição 07/10/2010 CPF/MF nº 104.989.184-83, residente e domiciliado(a)
à Rua St. Campo Grande 72, S/N, Rua Rural, Cidade de Sobradinha
Estado Paraíba, CEP: 58.348-000, Telefone: 43 3031-2323, 43 3031-2327

OUTORGADO: MARCIO RODRIGO CANTONI, CPF sob o nº 017.358.559-01 e RG sob o nº 7.041.403-1, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR,

OUTORGADO: JOÃO CARLOS THEODOROWICZ, CPF sob o nº 787.533.259-15 e RG sob o nº 5.859.889-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA, CPF sob o nº 075.400.659-07 e RG sob o nº 8.220.553-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: DAVID JUNIOR BRAS DOS REIS, CPF sob o nº 005.829.209-81 e RG sob o nº 8.236.406-4, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: FLAVIA FERREIRA DUARTE, CPF sob o nº 066.889.459-83 e RG sob o nº 10.111.047-8, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar e entregar documentos referente a pedidos de indenizações do Seguro DPVAT junto as Seguradoras credenciadas à Líder em todas as naturezas (INVALIDEZ, ÓBITO e DAMS), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações junto à Líder e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Em Sobradinha, 28 de Dezembro de 2015.

Jose Augusto de Lima Ferreira
OUTORGANTE

DOCUMENTO 4 *T4%*



CARTÓRIO FELICIANO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
ÚNICO OFÍCIO

At: Cartório Único Paraibano
CPF: 08.310.000-0000 - Paraibá - PB
TABELA: RENDIMENTO LÍQUIDO FISCAL

CARTÓRIO ÚNICO

Severina Lúcia M. Feliciano Sá

Tabela Substituta

Reconheço por autenticidade a assinatura de Lourenço Castro Gusmão

Escrevente

Av. Frei Rômulo Pereira Coutinho, 1746

Fone: 3286-2341/9313-3163

CPF: 58.349-000 - Sobradinha - PB

JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

Conforme autógrafo arquivado neste Ofício sob nº 1537

Sobradinha - PB, 28/12/2015. Em testemunho da Verdade.

ARUANA SEGUROS

27 ABR 2016