

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10539238

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170097501 ASL-0061940/17

Vitima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 04/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

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 a 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 MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10555754

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170097501 ASL-0061940/17

Vitima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 04/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10709650

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170097501 ASL-0061940/17

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data Acidente: 04/12/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2017

Carta nº: 11180598

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170097501 ASL-0061940/17
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11222947

A/C: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170097501 ASL-0061940/17
Vitima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

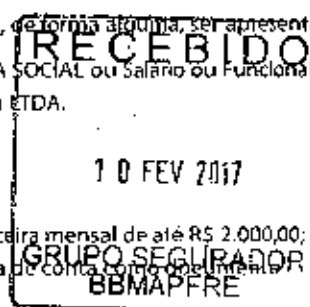
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Servino Pereira da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 2011995 EXPEDIDO POR SSPIPO EM 02/02/194 E
CPF 029039044-30 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO PEUISO
E RENDA MENSAL DE R\$ PEUISO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Servino Pereira da Silva, 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou ETDA;
- 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1100 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 217903

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.

C. Grande 06 de FEVREIRO de 2017 Servino Pereira da Silva
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 do 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1100 - AREIA, PB

DATA: 26/01/2017

TERMINAL: 1001

NSU: 000014

HORA: 09:17:39

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 1100/013.00021/90-3

NOME: SEVERINO P DA SILVA

SALDO DISPONIVEL: 50,00

SALDO BLOQUEADO: 0,00

SALDO TOTAL: 50,00

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Via Cliente

RECEBIDO

10 FEV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE



DOCUMENTO 1 "T196"

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO E DA SEGURANÇA SOCIAL
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE AREIA
RUA AURÉLIO DE FIGUEIREDO, 1030 - JUSSARA - AREIA/PB - 583970-00

OCORRÊNCIA Nº.: 613/2017

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrência Policial deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº. 613 registrada em 03/01/2017, que a passo a transcrever na íntegra: Aos 03/01/2017, nesta cidade de Areia, Estado da Paraíba, no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AREIA-PB, quando encontrava-se presente o(a) Bel(a) SYMONE ROSEMBERG LACET, Delegado(a) de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:24:05 horas, compareceu o Sr(a) SEVERINO PEREIRA DA SILVA, nascido(a) em 25/11/1975, filho(a) de JOÃO PEREIRA DA SILVA e IRENE SIPRIANO DA SILVA, nacionalidade BRASILEIRO(A), natural de AREIA/PB, SOLTEIRO(A), escolaridade MÉDIO COMPLETO, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade nº. 2.011.995, expedido pela SSP-PB, com CPF 029.039.044-30, residente a(ao) DISTRITO DA USINA SANTA MARIA,, na cidade de AREIA-PB, telefone 83996031372.

Declarou que:

QUE na data de 04/12/2016, por volta das 17h, estava transitando do distrito de Santa Maria, onde reside, com destino a esta cidade de Areia/PB, em seu veículo MARCA/MODELO: HONDA NXR150 BROS ES, ANO/MODELO: 2012/2012, PLACA: NQD0873/PB, COR: VERMELHA, CHASSI: 9C2KD0550CR567042 e RENAVAL: 00458131628, quando, em uma curva, um cachorro atravessou a pista e a noticiante acabou colidindo com o animal e caindo da motocicleta; QUE ficou caída ao solo e foi socorrido por pela pessoa conhecida por VAL; QUE foi trazido para o hospital municipal desta cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB; QUE devido ao acidente, teve seu joelho e pé direitos machucados; QUE ainda não recuperou os movimentos da perna e se utiliza de muletas.. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de ter lido e achado conforme, expresse a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.

AREIA/PB, 3 de janeiro de 2017

Severino Pereira da Silva

SEVERINO PEREIRA DA SILVA
Declarante

Antonio Jacinto de Sousa Junior
ANTONIO JACINTO DE SOUSA JUNIOR - AD HOC
Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Genesirino Pereira da Silva, portador da carteira de identidade nº 2011995 e inscrito no CPF/MF sob o nº 029.039.044-30 residente e domiciliado na Sítio Curitiba, Distrito Urbino Santa Maria, Cidade Aracá, Estado Paraná, 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

☐ 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.

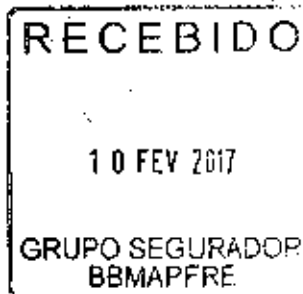
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Genesirino Pereira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aracá PB 32 janeiro 2017

Local e data



Ato declaratório

Ficha de Acolhimento

Nome:	<i>Séverino Pereira da Silva</i>		
End:	<i>Sítio 58 - Taboão</i>	Bairro:	
Data de Nascimento:	<i>25-11-75</i>	Documento de Identificação:	<i>Freia</i>
Queixa:	<i>Acid.</i>	Data do Atend:	<i>04-12-16</i>
		Hora:	<i>20:58</i>
Acidente de trabalho?	☒ Não		

de modo Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☒ Calmo ☐ Fútil de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☒ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☒ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca	

Estratificação

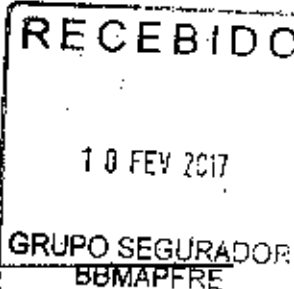
MOD. 119

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Ortopedista
Assinatura e carimbo do profissional

DOCUMENTO 2 *T2%





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sereirino Pereira da SilvaRG nº 2031995, data de expedição 02/02/1994 Órgão SSP/PB

CPF nº 029-039-044-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Grutão</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Distrito Uçima Santa Maria</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Arara</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58397000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9-9633-0727</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Arara PB. 12 janeiro 2017

Assinatura do Declarante: Sereirino Pereira da Silva

RECEBIDO

10 FEV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

MARIA APARECIDA FERREIRA DA SILVA
LOC USINA SANTA MARIA, S/N - AREA RURAL
AREA/PB CEP: 55387000 (AG: 71)

Classificação: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO Br 230, Km 25 - Cmta Pedreira - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
Roteiro 13 - 72 - 225 - 1370 Referência Dez/2016 CNPJ 09.095.123/0001-40 Ins. Evt 18 015823-0
Nº medidor: 00008411338 Emissão: 22/12/2016

Instalador/Conta de Energia Elétrica Nº000 584 272
Código para Dúvidas Atendimento: 00016454213

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1540421-3**

Dez/2016

Canal de contato

Apresentação

22/12/2016

Data prevista da
próxima leitura

20/01/2017

CPE/ CNPJ/ RANI

4532051430

Ins: Est: **Faturas em atraso**

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 22/11/16 Leitura: 4514	Data: 22/12/16 Leitura: 4591	1	77	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	77	0,20918	22,73
Adm. E. Energia			0,27
Subsídio			10,17
PIS			0,26
COFINS			1,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 10/2016			0,18
JUROS DE MORA 11/2016			0,13
MULTA 10/2016			0,52
MULTA 11/2016			0,54
Revolução Subsídio			-10,17

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Nov/16	83
Out/16	78
Set/16	71
Ago/16	84
Jul/16	79
Jun/16	89
Mai/16	72
Abr/16	70
Mar/16	89
Fev/16	81
Jan/16	79
Dez/16	81

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	39,21	1,0102	0,39
COFINS	39,21	4,6428	1,80

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Mês dos últimos meses

29/12/2016

R\$ 27,42

2830.3f9c.d541.ed08.a357.395d.c507.b489

Indicadores de Qualidade (01/2016 - 12/2016)

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
DEC MENSAL	1,78	
DEC TRIMESTRAL		
DEC ANUAL		
FC MENSAL	1,00	
FC TRIMESTRAL		
FC ANUAL		
DRSC	1,75	
DICRI		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Out. da Energia PB	9,12	33,20
Compra de Energia	10,87	39,61
Serviços de Transmissão	0,53	2,30
Encargos Setoriais	3,58	13,06
Encargos Deletos e Encargos	3,42	12,47
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	27,42	100,00

Valor de EUSD (Ref: 10/2016) R\$ 12,82

ATENÇÃO

Subvenção DEC: 7,88 (1/13) R\$ 10,17
Isenção ICMS

RECEBIDO

10 FEV 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

Answers

[illegible]

සාධක සහිත ප්‍රායෝගික ක්‍රියාමාර්ගය

base.3d13.771e.14b2.8c25.3d7d.4c45.9b86

RESERVADO AO FISCAL

1. **Introduction**

1-1	BASE DE CANTON	1-1	1-1
2-1	BASE DE CANTON	2-1	2-1
3-1	BASE DE CANTON	3-1	3-1
4-1	BASE DE CANTON	4-1	4-1
5-1	BASE DE CANTON	5-1	5-1
6-1	BASE DE CANTON	6-1	6-1
7-1	BASE DE CANTON	7-1	7-1
8-1	BASE DE CANTON	8-1	8-1
9-1	BASE DE CANTON	9-1	9-1
10-1	BASE DE CANTON	10-1	10-1
11-1	BASE DE CANTON	11-1	11-1
12-1	BASE DE CANTON	12-1	12-1
13-1	BASE DE CANTON	13-1	13-1
14-1	BASE DE CANTON	14-1	14-1
15-1	BASE DE CANTON	15-1	15-1
16-1	BASE DE CANTON	16-1	16-1
17-1	BASE DE CANTON	17-1	17-1
18-1	BASE DE CANTON	18-1	18-1
19-1	BASE DE CANTON	19-1	19-1
20-1	BASE DE CANTON	20-1	20-1
21-1	BASE DE CANTON	21-1	21-1
22-1	BASE DE CANTON	22-1	22-1
23-1	BASE DE CANTON	23-1	23-1
24-1	BASE DE CANTON	24-1	24-1
25-1	BASE DE CANTON	25-1	25-1
26-1	BASE DE CANTON	26-1	26-1
27-1	BASE DE CANTON	27-1	27-1
28-1	BASE DE CANTON	28-1	28-1
29-1	BASE DE CANTON	29-1	29-1
30-1	BASE DE CANTON	30-1	30-1
31-1	BASE DE CANTON	31-1	31-1
32-1	BASE DE CANTON	32-1	32-1
33-1	BASE DE CANTON	33-1	33-1
34-1	BASE DE CANTON	34-1	34-1
35-1	BASE DE CANTON	35-1	35-1
36-1	BASE DE CANTON	36-1	36-1
37-1	BASE DE CANTON	37-1	37-1
38-1	BASE DE CANTON	38-1	38-1
39-1	BASE DE CANTON	39-1	39-1
40-1	BASE DE CANTON	40-1	40-1
41-1	BASE DE CANTON	41-1	41-1
42-1	BASE DE CANTON	42-1	42-1
43-1	BASE DE CANTON	43-1	43-1
44-1	BASE DE CANTON	44-1	44-1
45-1	BASE DE CANTON	45-1	45-1
46-1	BASE DE CANTON	46-1	46-1
47-1	BASE DE CANTON	47-1	47-1
48-1	BASE DE CANTON	48-1	48-1
49-1	BASE DE CANTON	49-1	49-1
50-1	BASE DE CANTON	50-1	50-1
51-1	BASE DE CANTON	51-1	51-1
52-1	BASE DE CANTON	52-1	52-1
53-1	BASE DE CANTON	53-1	53-1
54-1	BASE DE CANTON	54-1	54-1
55-1	BASE DE CANTON	55-1	55-1
56-1	BASE DE CANTON	56-1	56-1
57-1	BASE DE CANTON	57-1	57-1
58-1	BASE DE CANTON	58-1	58-1
59-1	BASE DE CANTON	59-1	59-1
60-1	BASE DE CANTON	60-1	60-1
61-1	BASE DE CANTON	61-1	61-1
62-1	BASE DE CANTON	62-1	62-1
63-1	BASE DE CANTON	63-1	63-1
64-1	BASE DE CANTON	64-1	64-1
65-1	BASE DE CANTON	65-1	65-1
66-1	BASE DE CANTON	66-1	66-1
67-1	BASE DE CANTON	67-1	67-1
68-1	BASE DE CANTON	68-1	68-1
69-1	BASE DE CANTON	69-1	69-1
70-1	BASE DE CANTON	70-1	70-1
71-1	BASE DE CANTON	71-1	71-1
72-1	BASE DE CANTON	72-1	72-1
73-1	BASE DE CANTON	73-1	73-1
74-1	BASE DE CANTON	74-1	74-1
75-1	BASE DE CANTON	75-1	75-1
76-1	BASE DE CANTON	76-1	76-1
77-1	BASE DE CANTON	77-1	77-1
78-1	BASE DE CANTON	78-1	78-1
79-1	BASE DE CANTON	79-1	79-1
80-1	BASE DE CANTON	80-1	80-1
81-1	BASE DE CANTON	81-1	81-1
82-1	BASE DE CANTON	82-1	82-1
83-1	BASE DE CANTON	83-1	83-1
84-1	BASE DE CANTON	84-1	84-1
85-1	BASE DE CANTON	85-1	85-1
86-1	BASE DE CANTON	86-1	8

00	DATE
01	MOON
02	QUART
03	SUN
04	MOON
05	QUART
06	SUN
07	MOON
08	QUART
09	SUN
10	MOON
11	QUART
12	SUN
13	MOON
14	QUART
15	SUN
16	MOON
17	QUART
18	SUN
19	MOON
20	QUART
21	SUN
22	MOON
23	QUART
24	SUN
25	MOON
26	QUART
27	SUN
28	MOON
29	QUART
30	SUN
31	MOON
32	QUART
33	SUN
34	MOON
35	QUART
36	SUN
37	MOON
38	QUART
39	SUN
40	MOON
41	QUART
42	SUN
43	MOON
44	QUART
45	SUN
46	MOON
47	QUART
48	SUN
49	MOON
50	QUART
51	SUN
52	MOON
53	QUART
54	SUN
55	MOON
56	QUART
57	SUN
58	MOON
59	QUART
60	SUN
61	MOON
62	QUART
63	SUN
64	MOON
65	QUART
66	SUN
67	MOON
68	QUART
69	SUN
70	MOON
71	QUART
72	SUN
73	MOON
74	QUART
75	SUN
76	MOON
77	QUART
78	SUN
79	MOON
80	QUART
81	SUN
82	MOON
83	QUART
84	SUN
85	MOON
86	QUART
87	SUN
88	MOON
89	QUART
90	SUN
91	MOON
92	QUART
93	SUN
94	MOON
95	QUART
96	SUN
97	MOON
98	QUART
99	SUN

GRUPO SEGUADOR
de BBMAPFRE

10 FEB 1977

ECFBIDO

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
1971-12-31	Balance		100.00
1972-01-01	Interest	1.00	101.00
1972-02-01	Interest	1.00	102.00
1972-03-01	Interest	1.00	103.00
1972-04-01	Interest	1.00	104.00
1972-05-01	Interest	1.00	105.00
1972-06-01	Interest	1.00	106.00
1972-07-01	Interest	1.00	107.00
1972-08-01	Interest	1.00	108.00
1972-09-01	Interest	1.00	109.00
1972-10-01	Interest	1.00	110.00
1972-11-01	Interest	1.00	111.00
1972-12-01	Interest	1.00	112.00
1973-01-01	Interest	1.00	113.00
1973-02-01	Interest	1.00	114.00
1973-03-01	Interest	1.00	115.00
1973-04-01	Interest	1.00	116.00
1973-05-01	Interest	1.00	117.00
1973-06-01	Interest	1.00	118.00
1973-07-01	Interest	1.00	119.00
1973-08-01	Interest	1.00	120.00
1973-09-01	Interest	1.00	121.00
1973-10-01	Interest	1.00	122.00
1973-11-01	Interest	1.00	123.00
1973-12-01	Interest	1.00	124.00
1974-01-01	Interest	1.00	125.00
1974-02-01	Interest	1.00	126.00
1974-03-01	Interest	1.00	127.00
1974-04-01	Interest	1.00	128.00
1974-05-01	Interest	1.00	129.00
1974-06-01	Interest	1.00	130.00
1974-07-01	Interest	1.00	131.00
1974-08-01	Interest	1.00	132.00
1974-09-01	Interest	1.00	133.00
1974-10-01	Interest	1.00	134.00
1974-11-01	Interest	1.00	135.00
1974-12-01	Interest	1.00	136.00
1975-01-01	Interest	1.00	137.00
1975-02-01	Interest	1.00	138.00
1975-03-01	Interest	1.00	139.00
1975-04-01	Interest	1.00	140.00
1975-05-01	Interest	1.00	141.00
1975-06-01	Interest	1.00	142.00
1975-07-01	Interest	1.00	143.00
1975-08-01	Interest	1.00	144.00
1975-09-01	Interest	1.00	145.00
1975-10-01	Interest	1.00	146.00
1975-11-01	Interest	1.00	147.00
1975-12-01	Interest	1.00	148.00
1976-01-01	Interest	1.00	149.00
1976-02-01	Interest	1.00	150.00
1976-03-01	Interest	1.00	151.00
1976-04-01	Interest	1.00	152.00
1976-05-01	Interest	1.00	153.00
1976-06-01	Interest	1.00	154.00
1976-07-01	Interest	1.00	155.00
1976-08-01	Interest	1.00	156.00
1976-09-01	Interest	1.00	157.00
1976-10-01	Interest	1.00	158.00
1976-11-01	Interest	1.00	159.00
1976-12-01	Interest	1.00	160.00
1977-01-01	Interest	1.00	161.00
1977-02-01	Interest	1.00	162.00
1977-03-01	Interest	1.00	163.00
1977-04-01	Interest	1.00	164.00
1977-05-01	Interest	1.00	165.00
1977-06-01	Interest	1.00	166.00
1977-07-01	Interest	1.00	167.00
1977-08-01	Interest	1.00	168.00
1977-09-01	Interest	1.00	169.00
1977-10-01	Interest	1.00	170.00
1977-11-01	Interest	1.00	171.00
1977-12-01	Interest	1.00	172.00
1978-01-01	Interest	1.00	173.00
1978-02-01	Interest	1.00	174.00
1978-03-01	Interest	1.00	175.00
1978-04-01	Interest	1.00	176.00
1978-05-01	Interest	1.00	177.00

1. NAME _____
 2. ADDRESS _____
 3. CITY _____
 4. STATE _____
 5. ZIP _____
 6. PHONE _____
 7. DATE _____
 8. SIGNATURE _____
 9. PRINT NAME _____
 10. PRINT ADDRESS _____
 11. PRINT CITY _____
 12. PRINT STATE _____
 13. PRINT ZIP _____
 14. PRINT PHONE _____
 15. PRINT DATE _____
 16. PRINT SIGNATURE _____
 17. PRINT NAME _____
 18. PRINT ADDRESS _____
 19. PRINT CITY _____
 20. PRINT STATE _____
 21. PRINT ZIP _____
 22. PRINT PHONE _____
 23. PRINT DATE _____
 24. PRINT SIGNATURE _____
 25. PRINT NAME _____
 26. PRINT ADDRESS _____
 27. PRINT CITY _____
 28. PRINT STATE _____
 29. PRINT ZIP _____
 30. PRINT PHONE _____
 31. PRINT DATE _____
 32. PRINT SIGNATURE _____
 33. PRINT NAME _____
 34. PRINT ADDRESS _____
 35. PRINT CITY _____
 36. PRINT STATE _____
 37. PRINT ZIP _____
 38. PRINT PHONE _____
 39. PRINT DATE _____
 40. PRINT SIGNATURE _____
 41. PRINT NAME _____
 42. PRINT ADDRESS _____
 43. PRINT CITY _____
 44. PRINT STATE _____
 45. PRINT ZIP _____
 46. PRINT PHONE _____
 47. PRINT DATE _____
 48. PRINT SIGNATURE _____
 49. PRINT NAME _____
 50. PRINT ADDRESS _____
 51. PRINT CITY _____
 52. PRINT STATE _____
 53. PRINT ZIP _____
 54. PRINT PHONE _____
 55. PRINT DATE _____
 56. PRINT SIGNATURE _____
 57. PRINT NAME _____
 58. PRINT ADDRESS _____
 59. PRINT CITY _____
 60. PRINT STATE _____
 61. PRINT ZIP _____
 62. PRINT PHONE _____
 63. PRINT DATE _____
 64. PRINT SIGNATURE _____
 65. PRINT NAME _____
 66. PRINT ADDRESS _____
 67. PRINT CITY _____
 68. PRINT STATE _____
 69. PRINT ZIP _____
 70. PRINT PHONE _____
 71. PRINT DATE _____
 72. PRINT SIGNATURE _____
 73. PRINT NAME _____
 74. PRINT ADDRESS _____
 75. PRINT CITY _____
 76. PRINT STATE _____
 77. PRINT ZIP _____
 78. PRINT PHONE _____
 79. PRINT DATE _____
 80. PRINT SIGNATURE _____
 81. PRINT NAME _____
 82. PRINT ADDRESS _____
 83. PRINT CITY _____
 84. PRINT STATE _____
 85. PRINT ZIP _____
 86. PRINT PHONE _____
 87. PRINT DATE _____
 88. PRINT SIGNATURE _____
 89. PRINT NAME _____
 90. PRINT ADDRESS _____
 91. PRINT CITY _____
 92. PRINT STATE _____
 93. PRINT ZIP _____
 94. PRINT PHONE _____
 95. PRINT DATE _____
 96. PRINT SIGNATURE _____
 97. PRINT NAME _____
 98. PRINT ADDRESS _____
 99. PRINT CITY _____
 100. PRINT STATE _____
 101. PRINT ZIP _____
 102. PRINT PHONE _____
 103. PRINT DATE _____
 104. PRINT SIGNATURE _____
 105. PRINT NAME _____
 106. PRINT ADDRESS _____
 107. PRINT CITY _____
 108. PRINT STATE _____
 109. PRINT ZIP _____
 110. PRINT PHONE _____
 111. PRINT DATE _____
 112. PRINT SIGNATURE _____
 113. PRINT NAME _____
 114. PRINT ADDRESS _____
 115. PRINT CITY _____
 116. PRINT STATE _____
 117. PRINT ZIP _____
 118. PRINT PHONE _____
 119. PRINT DATE _____
 120. PRINT SIGNATURE _____
 121. PRINT NAME _____
 122. PRINT ADDRESS _____
 123. PRINT CITY _____
 124. PRINT STATE _____
 125. PRINT ZIP _____
 126. PRINT PHONE _____
 127. PRINT DATE _____
 128. PRINT SIGNATURE _____
 129. PRINT NAME _____
 130. PRINT ADDRESS _____
 131. PRINT CITY _____
 132. PRINT STATE _____
 133. PRINT ZIP _____
 134. PRINT PHONE _____
 135. PRINT DATE _____
 136. PRINT SIGNATURE _____
 137. PRINT NAME _____
 138. PRINT ADDRESS _____
 139. PRINT CITY _____
 140. PRINT STATE _____
 141. PRINT ZIP _____
 142. PRINT PHONE _____
 143. PRINT DATE _____
 144. PRINT SIGNATURE _____
 145. PRINT NAME _____
 146. PRINT ADDRESS _____
 147. PRINT CITY _____
 148. PRINT STATE _____
 149. PRINT ZIP _____
 150. PRINT PHONE _____
 151. PRINT DATE _____
 152. PRINT SIGNATURE _____
 153. PRINT NAME _____
 154. PRINT ADDRESS _____
 155. PRINT CITY _____
 156. PRINT STATE _____
 157. PRINT ZIP _____
 158. PRINT PHONE _____
 159. PRINT DATE _____
 160. PRINT SIGNATURE _____
 161. PRINT NAME _____
 162. PRINT ADDRESS _____
 163. PRINT CITY _____
 164. PRINT STATE _____
 165. PRINT ZIP _____
 166. PRINT PHONE _____
 167. PRINT DATE _____
 168. PRINT SIGNATURE _____
 169. PRINT NAME _____
 170. PRINT ADDRESS _____
 171. PRINT CITY _____
 172. PRINT STATE _____
 173. PRINT ZIP _____
 174. PRINT PHONE _____
 175. PRINT DATE _____
 176. PRINT SIGNATURE _____
 177. PRINT NAME _____
 178. PRINT ADDRESS _____
 179. PRINT CITY _____
 180. PRINT STATE _____
 181. PRINT ZIP _____
 182. PRINT PHONE _____
 183. PRINT DATE _____
 184. PRINT SIGNATURE _____
 185. PRINT NAME _____
 186. PRINT ADDRESS _____
 187. PRINT CITY _____
 188. PRINT STATE _____
 189. PRINT ZIP _____
 190. PRINT PHONE _____
 191. PRINT DATE _____
 192. PRINT SIGNATURE _____
 193. PRINT NAME _____
 194. PRINT ADDRESS _____
 195. PRINT CITY _____
 196. PRINT STATE _____
 197. PRINT ZIP _____
 198. PRINT PHONE _____
 199. PRINT DATE _____
 200. PRINT SIGNATURE _____
 201. PRINT NAME _____
 202. PRINT ADDRESS _____
 203. PRINT CITY _____
 204. PRINT STATE _____
 205. PRINT ZIP _____
 206. PRINT PHONE _____
 207. PRINT DATE _____
 208. PRINT SIGNATURE _____
 209. PRINT NAME _____
 210. PRINT ADDRESS _____
 211. PRINT CITY _____
 212. PRINT STATE _____
 213. PRINT ZIP _____
 214. PRINT PHONE _____
 215. PRINT DATE _____
 216. PRINT SIGNATURE _____
 217. PRINT NAME _____
 218. PRINT ADDRESS _____
 219. PRINT CITY _____
 220. PRINT STATE _____

SECRET

تطبيق نموذج تقييم الذات

SECRET

62-70 2183 - 1462

Estimado: 18/01/2017

RESIDENCE: 108701-108702, Al-Budakee, Tiba Imila, Campina Grande/PB - CEP 6829-700
Reference Jan/2017
 CNPJ 08.053.850/0001-65 INSC 18.003.832-1

CHIRIA  **ENERGY SERVICES DISTRIBUTION COMPANY**

energica

Site: 7-77-2-2-2

102201

1000

[illegible]

18/01/2017

1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017, 2018-2019, 2020-2021, 2022-2023, 2024-2025, 2026-2027, 2028-2029, 2030-2031, 2032-2033, 2034-2035, 2036-2037, 2038-2039, 2040-2041, 2042-2043, 2044-2045, 2046-2047, 2048-2049, 2050-2051, 2052-2053, 2054-2055, 2056-2057, 2058-2059, 2060-2061, 2062-2063, 2064-2065, 2066-2067, 2068-2069, 2070-2071, 2072-2073, 2074-2075, 2076-2077, 2078-2079, 2080-2081, 2082-2083, 2084-2085, 2086-2087, 2088-2089, 2090-2091, 2092-2093, 2094-2095, 2096-2097, 2098-2099, 2100-2101, 2102-2103, 2104-2105, 2106-2107, 2108-2109, 2110-2111, 2112-2113, 2114-2115, 2116-2117, 2118-2119, 2120-2121, 2122-2123, 2124-2125, 2126-2127, 2128-2129, 2130-2131, 2132-2133, 2134-2135, 2136-2137, 2138-2139, 2140-2141, 2142-2143, 2144-2145, 2146-2147, 2148-2149, 2150-2151, 2152-2153, 2154-2155, 2156-2157, 2158-2159, 2160-2161, 2162-2163, 2164-2165, 2166-2167, 2168-2169, 2170-2171, 2172-2173, 2174-2175, 2176-2177, 2178-2179, 2180-2181, 2182-2183, 2184-2185, 2186-2187, 2188-2189, 2190-2191, 2192-2193, 2194-2195, 2196-2197, 2198-2199, 2200-2201, 2202-2203, 2204-2205, 2206-2207, 2208-2209, 2210-2211, 2212-2213, 2214-2215, 2216-2217, 2218-2219, 2220-2221, 2222-2223, 2224-2225, 2226-2227, 2228-2229, 2230-2231, 2232-2233, 2234-2235, 2236-2237, 2238-2239, 2240-2241, 2242-2243, 2244-2245, 2246-2247, 2248-2249, 2250-2251, 2252-2253, 2254-2255, 2256-2257, 2258-2259, 2260-2261, 2262-2263, 2264-2265, 2266-2267, 2268-2269, 2270-2271, 2272-2273, 2274-2275, 2276-2277, 2278-2279, 2280-2281, 2282-2283, 2284-2285, 2286-2287, 2288-2289, 2290-2291, 2292-2293, 2294-2295, 2296-2297, 2298-2299, 2300-2301, 2302-2303, 2304-2305, 2306-2307, 2308-2309, 2310-2311, 2312-2313, 2314-2315, 2316-2317, 2318-2319, 2320-2321, 2322-2323, 2324-2325, 2326-2327, 2328-2329, 2330-2331, 2332-2333, 2334-2335, 2336-2337, 2338-2339, 2340-2341, 2342-2343, 2344-2345, 2346-2347, 2348-2349, 2350-2351, 2352-2353, 2354-2355, 2356-2357, 2358-2359, 2360-2361, 2362-2363, 2364-2365, 2366-2367, 2368-2369, 2370-2371, 2372-2373, 2374-2375, 2376-2377, 2378-2379, 2380-2381, 2382-2383, 2384-2385, 2386-2387, 2388-2389, 2390-2391, 2392-2393, 2394-2395, 2396-2397, 2398-2399, 2400-2401, 2402-2403, 2404-2405, 2406-2407, 2408-2409, 2410-2411, 2412-2413, 2414-2415, 2416-2417, 2418-2419, 2420-2421, 2422-2423, 2424-2425, 2426-2427, 2428-2429, 2430-2431, 2432-2433, 2434-2435, 2436-2437, 2438-2439, 2440-2441, 2442-2443, 2444-2445, 2446-2447, 2448-2449, 2450-2451, 2452-2453, 2454-2455, 2456-2457, 2458-2459, 2460-2461, 2462-2463, 2464-2465, 2466-2467, 2468-2469, 2470-2471, 2472-2473, 2474-2475, 2476-2477, 2478-2479, 2480-2481, 2482-2483, 2484-2485, 2486-2487, 2488-2489, 2490-2491, 2492-2493, 2494-2495, 2496-2497, 2498-2499, 2500-2501, 2502-2503, 2504-2505, 2506-2507, 2508-2509, 2510-2511, 2512-2513, 2514-2515, 2516-2517, 2518-2519, 2520-2521, 2522-2523, 2524-2525, 2526-2527, 2528-2529, 2530-2531, 2532-2533, 2534-2535, 2536-2537, 2538-2539, 2540-2541, 2542-2543, 2544-2545, 2546-2547, 2548-2549, 2550-2551, 2552-2553, 2554-2555, 2556-2557, 2558-2559, 2560-2561, 2562-2563, 2564-2565, 2566-2567, 2568-2569, 2570-2571, 2572-2573, 2574-2575, 2576-2577, 2578-2579, 2580-2581, 2582-2583, 2584-2585, 2586-2587, 2588-2589, 2590-2591, 2592-2593, 2594-2595, 2596-2597, 2598-2599, 2600-2601, 2602-2603, 2604-2605, 2606-2607, 2608-2609, 2610-2611, 2612-2613, 2614-2615, 2616-2617, 2618-2619, 2620-2621, 2622-2623, 2624-2625, 2626-2627, 2628-2629, 2630-2631, 2632-2633, 2634-2635, 2636-2637, 2638-2639, 2640-2641, 2642-2643, 2644-2645, 2646-2647, 2648-2649, 2650-2651, 2652-2653, 2654-2655, 2656-2657, 2658-2659, 2660-2661, 2662-2663, 2664-2665, 2666-2667, 2668-2669, 2670-2671, 2672-2673, 2674-2675, 2676-2677, 2678-2679, 2680-2681, 2682-2683, 2684-2685, 2686-2687, 2688-2689, 2690-2691, 2692-2693, 2694-2695, 2696-2697, 2698-2699, 2700-2701, 2702-2703, 2704-2705, 2706-2707, 2708-2709, 2710-2711, 2712-2713, 2714-2715, 2716-2717, 2718-2719, 2720-2721, 2722-2723, 2724-2725, 2726-2727, 2728-2729, 2730-2731, 2732-2733, 2734-2735, 2736-2737, 27

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED

$$\frac{1}{2} = \frac{1}{2} \cdot \frac{1}{1} = \frac{1}{2} \cdot \frac{1}{1} = \frac{1}{2}$$

المجلس الأعلى للدراسات والبحوث

[illegible]

QUESTIONS: RESUBMIT
RANK: 12-401-058-4320

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 111–118

MENTE ONTOGENE

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

energisca



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 Imácio Bruno Sarmento, portador(a) do

RG nº 2131933, expedido por SSP/PB, em

21/12/11, CPF/CNPJ nº 036781814-06,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Severino

Penoso da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invóluculo

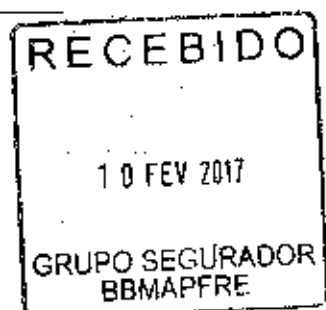
da vítima Severino Penoso da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: 088/PB - 21472

Imácio Bruno Sarmento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



0115855



Declaração do Proprietário do Veículo

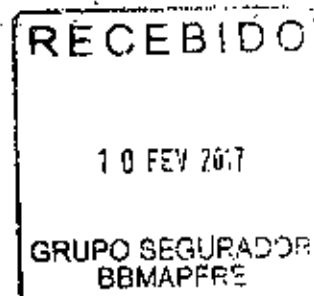
Eu, Jose Sipiariano da Silva,
 RG nº 3208438, data de expedição 29/03/2004
 Órgão SSPPB, portador do CPF nº 072.828.354-9 com
 domicílio na cidade de Areia, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Crutão, Dist. Urubitinga Santa Maria, nº 5/N,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Severino Pereira da Silva, cujo o condutor era
o mesmo

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda/NXR350 Bros ES
 Ano: 2012
 Placa: NQD-0873/PB
 Chassi: 9C2K0550CR567042
 Data do Acidente: 04/12/2016
 Local e Data: Areia PB 12/01/2017

Jose Sipiariano da Silva
 Assinatura do Declarante

Severino Pereira da Silva

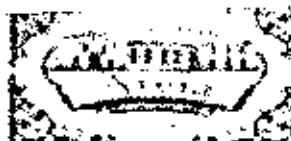
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AREIA
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HERCÍLIO RODRIGUES
RUA. MÔNS. WÁLFREDO LEAL - BAIRRO JUSSARA
CNPJ: 11.268.285/0001-62 - CNES: 6499198
CEP: 58.397-000 - FONE: 3362-2297

DOCUMENTO 5 "T50"



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Séverino Pereira dos Santos

DOCUMENTO Nº. _____ IDADE: 47 Anos

DATA DE NASCIMENTO: 25/11/1978 SEXO: M

ENDEREÇO: União São Paulo

CIDADE: Areia - PB CEP: _____

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL _____

H.D.A. Pacienta - Felicidade Exato
que sofreu Dileito com fratura
do osso da coxa por acidente de
trabalho (sic) e necessita de
tratamento

EXAMES REALIZADOS: _____

CONDIÇÃO: _____

DATA: 04/12/2014

Dr. Luis Gomes de Oliveira
MÉDICO - CRM 2559
CPF 134.209.104-78

MÉDICO ASSISTENTE _____

RECEBIDO

10 FEV 2017

GRUPO SEGURAD
BBMAPFRE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO CNPJ: 08-778.268/0001-60
Código da Unidade: 00023671
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS
Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARÁ UF: 25

DADOS DO PACIENTE
Nome: GILBERTO PEREIRA DA SILVA
Profissão: AGRICULTOR
End.: S. SANTA MARIA, AREIA
Município: Data Atendimento: 04.12.2015 21:30h
Código do Município: 250110
Sexo: masculino Idade: 28 ANOS
Documento: 201.99.95 Bairro: CEP: 21.33
Estado: Código do Município: 250110

MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

Diagrama do corpo humano com 36 pontos numerados para identificação de lesões:

- 1. Abaxila 19. Fratura óssea fechada
- 2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
- 3. Avulsão 21. Hematoma
- 4. Contusão 22. Injúria de pele
- 5. Crepitação 23. Laceração
- 6. Dor 24. Lesão tendínea
- 7. Edema 25. Luxação
- 8. Empalme 26. Mordedura
- 9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
- 10. Esmagamento 28. Objeto extravasado
- 11. Equimose 29. Ocorrência
- 12. F. Arma branca 30. Paralisia
- 13. F. Arma de fogo 31. Paralisia
- 14. F. Contuso 32. Paralisia
- 15. F. Cortante 33. Queimadura
- 16. F. Corte-contuso 34. Rinite
- 17. F. Perfuro-contuso 35. Sinal de isquemia
- 18. F. Perfuro-contante 36.

OBS.: QUEIMADURA: Superfície corporal (caída) % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID: Ferimento extenso em pé

De: Vitor G. Barros (Médico) e Dr. Carlos em pélo duto.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLÓGIAS:

EXAME FÍSICO:

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: PA: HGT: SatO2:

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratorial
- () Gasometria arterial
- () Tomografia Computadorizada
- () Ultrassonografia
- () Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARÊCER MÉDICO:

Especialista: Dia / hs

Especialista: Dia / hs

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUZIDAS:

1. A dor de cabeça

2. Febre alta

3. Febre alta

4. Febre alta

5. Febre alta

6. Febre alta

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

FICHA DE ATENDIMENTO ÀMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023871

CNPJ: 08-776.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE

Estado: PARAIBA

UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PROJUTUÁRIO Nº: 139-224

Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Profissão: AGRICULTOR

Documento: 20.1955

End.: ST. SANTA MARIA

Bairro: 2 RR

Município: APELA

Estado: PS

CEP: 280110

Data Atendimento: 06/02/2015

21:01h

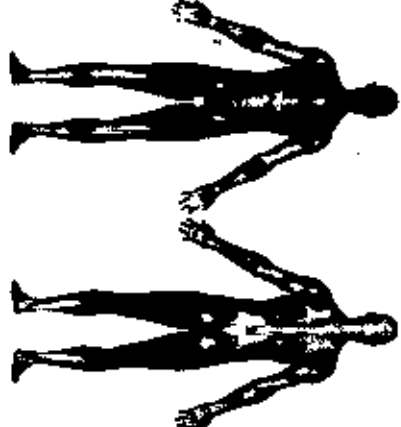
Código do Município: 280110

Cartão do SUS:

MECANISMOS DO TRAUMA

QUEIXAS, ACIDENTE, DE: 1070

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Abrasão | 18. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injúria de contusão |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendínea |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalanhamento | 26. Mordedura |
| 9. Entorsecão subcutânea | 27. Movimento torção paradoxal |
| 10. Entorsecamento | 28. Objeto encravado |
| 11. Equimose | 29. Oclusão |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Parosteia |
| 14. F. Contusão | 32. Parosteia |
| 15. F. Contusão | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-contusão | 34. Rinite aguda |
| 17. F. Perfuro-contusão | 35. Sinal de liquento |
| 18. F. Perfuro-contusão | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesionada = %:

Grau:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Ferimento aberto na perna

De volta à casa com medicação adequada em 10 dias.

RECEBIDO
16 MAR 2015

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO:

PUPILAS () Fotofregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: PA: HGT: Snt2:

EF. dor e ferimento na perna
curto em perna

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia
() Radiografia
() Tomografia Computadorizada

Realizado em 16/03/2015
Dr. [Assinatura]

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:
Especialista: _____
Especialista: _____
Especialista: _____

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUZAS:

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Dr. [Assinatura]
[Carimbo]

SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 00023671

CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

PRONTUÁRIO Nº: 155-224

Nome: GEVERINO PEREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO Idade: 20 anos

Profissão: AGRICULTOR Documento: 20.1745

Município: ST SANTA CARLA Estado: RJ CEP: 20.174-5

Ata Atendimento: AREIA Código do Município: 2501110

Data do Atendimento: 04.12.2016 Hora: 20:07h

Local de Atendimento: GERAL - AGENTE DE VOTO

Local da Lesão (identifique o local com o número correspondente ao lado)

Diagrama do corpo humano com 36 pontos numerados para identificação da lesão:

1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Injuriamento venoso
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinea
7. Edema	25. Luxação
8. Empalhamento	26. Mordedura
9. Enfiamento subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Esmagamento	28. Objeto encravado
11. Equimose	29. Otite
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Parotia
14. F. Contuso	32. Parotia
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corto-contuso	34. Rinorréia
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de isquemia
18. F. Perfuro-cortante	36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Feitura de ferimento na pele

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Idade: 20 anos, sexo: masculino, cor: branca, estado civil: solteiro, profissão: agricultor

em jejum de 8h

Formulário de exames e medicamentos:

ALERGIA:	
MEDICAMENTOS:	
DOENÇAS PREVIAS:	
EXAME FÍSICO:	
PUPILAS:	() Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow:	PA: HGT: SAI02:

EF: em 2 pontos de pele

EXAMES SOLICITADOS: () Laboratoriais () Gasometria arterial () Tomografia Computadorizada () Ultrassonografia () Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO: Especialista: às hs Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE: Procedimentos realizados: Prescrições e condutas: Horário realizado:

1. A Jona de Sousa
2. Ferimento profundo na pele da perna
3. Ferimento profundo na pele da perna
4. Ferimento profundo na pele da perna
5. Ferimento profundo na pele da perna
6. Ferimento profundo na pele da perna

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Assinatura e carimbo do médico

Ficha de Acolhimento

Nome:	SOLANGE DO CARVALHO		
End:	Bairro: SCS		
Data de Nascimento:	25-11-75	Documento de Identificação:	47099
Queixa:	Data do Atend: 04-12-16 Hora: 00:58 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

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

Estratificação

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura: *[Assinatura]*

Carimbo: *[Carimbo]*

Assinatura e carimbo do profissional

RECEBIDO

14 JUN 2017

GRUPO SEGURO

Atendimento imediato até 4 horas

MÉDICO ASSISTENTE JORNAL

Dr. Luis Gomes de Oliveira
MÉDICO - CRM 2559
CPF 139.209.104-78

DATA 04.12.2014

CEP: 01000-000

EXAMES REALIZADOS:

~~Nome: Sr. Roberto de Almeida~~
~~CPF: 05500000000~~
~~Endereço: Rua da República, 100 - Centro~~
~~Cidade: São Paulo - SP~~
~~Estado: SP~~

PROFISSÃO: ESTADO CIVIL

CIDADE: São Paulo - SP

ENDEREÇO: Rua da República, 100 - Centro

DATA DE NASCIMENTO: 25.11.1978 SEXO: M

DOCUMENTO Nº: 47.111.111

NOME: Sr. Roberto de Almeida

LOCAL DE ENCAMINHAMENTO 19:00



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÚJO
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HERÓLIO RODRIGUES
VALEREDO LEAL - BAIRRO JUSSARA
CNPJ 12.888.000/0001-02 - INSC. ESTADUAL 0001198
CPF 58.397.000 - FONE 3062.2297

RECEBIDO
2027
GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE

DOCUMENTO 6 "T696"



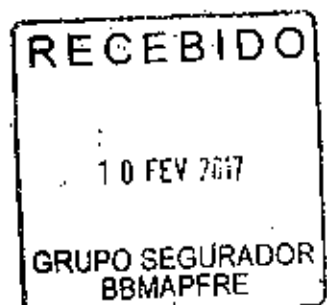
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO INTERIORES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
SEVERINO PEREIRA DA SILVA	
	DOCUMENTO / DATA EMISSÃO W 2011995 SSP PB
	CPF 029.039.044-30 DATA NASCIMENTO 25/11/1975
	PRACÇÃO JOAO PEREIRA DA SILVA IRENE SIFRIANO DA SILVA
	REVISÃO 01636938602
VALIDADE 07/06/2021	
1ª NASCIMENTO 25/01/2001	

SEVERINO PEREIRA DA SILVA	
ASSINATURA DO TITULAR	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 15/06/2016
43580556868 PB032400555	

RECEBIDO

10 FEV 2017

GRUPO SEGUADOR
BBMAPFRE



OV



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DOS TRANSPORTES	
DETRAN - PB	
Nº 012297549662	
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
VIA	COD. RENAVAM. 2016 00458131628 2016
0	00458131628 2016
1	00458131628 2016
2	00458131628 2016
3	00458131628 2016
4	00458131628 2016
5	00458131628 2016
6	00458131628 2016
7	00458131628 2016
8	00458131628 2016
9	00458131628 2016
NOME: JOSE SIFRIANO DA SILVA	
CPF/CNPJ: 07282835497	
PLACA AUT/LIC: PB 9C2KD0550CR567042	
MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES	
PÁS/MOTOCICLE/ANO: PAS/MOTOCICLE/ANO	
CATEGORIA: 2 P/149 /C PARTIC	
COD. INTERDOMINANTE: VERMELHA	
VENO. COTA UNICA: 00/00/0000	
VENO. COTAS: 2012 2012	
PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000	
PREMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000	
DATA DE PAGAMENTO: 23/03/2016	
REST. BEN. TRIBUTARIO: 0	
AREA - PB - LOCAL: 0	
DATA: 23/03/2016	
36269	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU ANO SEGURO DPVAT	
PB Nº 012297549662 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2016	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.dpvatsegurodoitansito.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
VIA	07282835497
RENAVAM	00458131628
ANO FAB	2012
PLACA	NQD0873/PB
MARCA/MODELO	HONDA/NXR150 BROS ES
VENO. COTA UNICA	00/00/0000
VENO. COTAS	2012 2012
PREMIO TARIFARIO	00/00/0000
PREMIO TOTAL (R\$)	00/00/0000
DATA DE PAGAMENTO	23/03/2016
REST. BEN. TRIBUTARIO	0
AREA - PB - LOCAL	0
SEGURO	
PARCELADO	
36269-0949782-20160323	
www.seguradoralider.com.br	
CNPJ 08.246.606/0001-06	
36269	



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

DOCUMENTO 8 *T8%*



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LEONARDO BRUNO NASCIMENTO NOBREGA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente SEVERINO PEREIRA DA SILVA		Nome da Vítima SEVERINO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vítima 02903904430
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações DOCUMENTOS ENTREGUES PELO SR. NETO // EMAIL: INACIOBRUNOADV@GMAIL.COM MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Fone/Fax: (83) 3341-6070 07102113	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

RECEBIDO

10 FEV 2017

GRUPO SEGURADOR

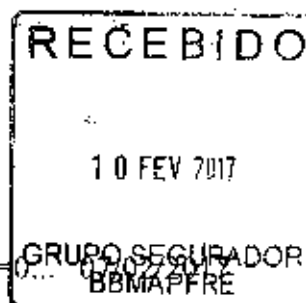
MAPFRE

- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Nome Completo / RG



GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

16 MAR 2017

RECEBIDO

GOVERNO
DA PARAIBASECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Seleno Pereira da Silva		
End:	Sítio 58 - Taboão	Bairro:	
Data de Nascimento:	25-11-75	Documento de Identificação:	4969
Queixa:	Acid.	Data do Atend.:	04-12-16
Acidente de trabalho?	() Sim	(x) Não	Hora: 20:58 Documento:

de moto
Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo (x) Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: (x) Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

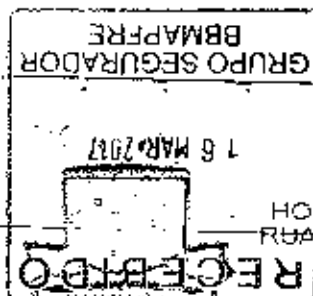
- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

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

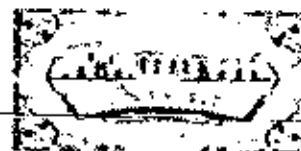
MOD. 110

Antônio
Mônica Gomes Dias
ENFERMEIRO
0004.08.2014/7

Assinatura e carimbo do profissional



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DA PARAÍSA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÚA
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HERCÍLIO RODRIGUES
RUA MENS WILFREDO LEAL - BAIRRO JUSSARA
CNPJ: 11.208.285-00/1-02 - CNE: 6499198
CEP: 68.397-000 - FONE: 3352.2297



18:00:16
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

NOME: Severino Felício dos Silva

DOCUMENTO Nº: _____ IDADE: 47 Anos

DATA DE NASCIMENTO: 25/11/1978 SEXO: M

ENDEREÇO: Usina São Mateus

CIDADE: Araújo - PA CEP: _____

PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL _____

H.D.A. Pacienta - Fêmea - 47 anos
que sofreu trauma com fratura
do osso da coxa, por acidente de
trânsito (sic) e tratamento de
plano ortopédico.

EXAMES REALIZADOS: _____

CONDIÇÃO: _____

DATA: 04/12/2014

Dr. Luis Gomes de Oliveira
MÉDICO - CRM 2559
CPF 139.209.104-78

MÉDICO ASSISTENTE



CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

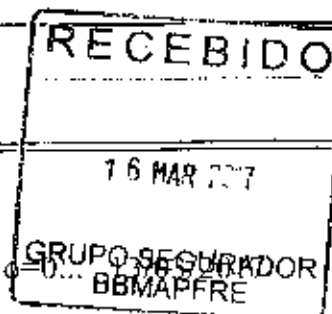
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente INACIO BRUNO SARMENTO		Nome da Vitima SEVERINO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vitima 02903904430
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima ☐ CPF da Vitima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidiz Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações Sou 0062 940/17 3358-55. MAPFRE SEGUROS AMS - Campina Grande Data: _____ Hora: _____	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

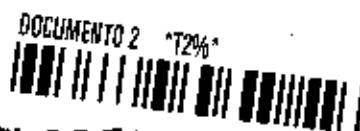
Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vitima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vitima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK



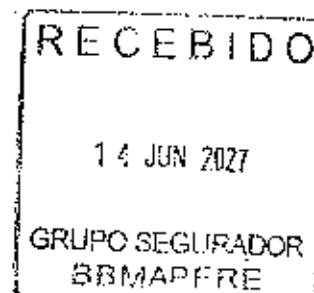
PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☐ Processo Novo ☒ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente INACIO BRUNO		Nome da Vítima SEVERINO PEREIRA DA SILVA	CPF da Vítima 02903904430
Documentos Complementares			
☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☐ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☐ Boletim de Ocorrência Policial ☐ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☐ Comprovante de Residência do Requerente ☐ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte ☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☐ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Genitores ☐ Alvará Judicial		Invalidez Permanente ☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos Entregues e Observações <i>Armando</i> <i>0061940/14</i>	
		DAMS ☐ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097501 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Fratura em joelho direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097501 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Não definido

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097501 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura em joelho direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO PEREIRA DA SILVA** Sinistro: **3170097501** Data: **04/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOC USINA SANTA MARIA, SN - ZONA RURAL - Areia - PB - CEP 58397-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **2011995**

Data local do exame: [**27/06/2017**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Ferimento corto contuso no joelho direito. Ao exame, cicatriz longitudinal na face anterior do joelho direito de cerca de 5 cm. Mobilização ativa e passiva do joelho sem restrições. Deambula sem auxílio. Sem déficit neuro-vascular.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Vítima submetida a sutura simples e curativo. Alta no mesmo dia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Ricardo Amorim Guedes Filho

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170097501 **Cidade:** Areia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto contuso no joelho direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, cicatriz longitudinal na face anterior do joelho direito de cerca de 5 cm. Mobilização ativa e passiva do joelho sem restrições. Deambula sem auxílio. Sem déficit neuro-vascular.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida a sutura simples e curativo. Alta no mesmo dia.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 27/06/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ricardo Amorim Guedes Filho

CRM do médico: 5628

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

