

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA

Nº Sinistro: 3180392134

Vitima: ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA

Data do Acidente: 13/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180392134**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA

Nº Sinistro: 3180392134

Vitima: ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA

Data do Acidente: 13/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180392134**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180392134

Vítima: ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA

Data do Acidente: 13/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

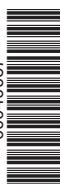
Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0500 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou com rasuras impedem a SABEMI SEGURADORA S/A de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

23 AGO 2018

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deve ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

051.812.804-04

Nome completo da vítima

André Gomes da Silva Lucena

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

André Gomes da Silva Lucena

CPF titular da conta

051.812.804-04

Profissão

AGRICULTOR

Endereço

RUA OTACILIO TOME

Bairro

CENTRO

Cidade

PAULISTA

Email

(

Número

51

Estado

PARIBA

Complemento

CEP

58.850-000

Telefone (DDD)

(83) 999746322

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 0,001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRADESCO

Nº

337

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

1042-1

1923-2

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Fortaleza, 23 de Julho de 2018

Local e Data

André Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3^ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18^ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de São Bento
Fone (83) 3444-2804 Disque Denúncia 197



233667
GOVERNO
DA PAR

SABEMI SEGURADORA ASIA



23 AGO 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 280/2016

RECEBIDO

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 13/03/2016 hora: 17h:00min

Notificante: ANDRÉ GOMES DA SILVA LUCENA, alcunha "ANDRÉ",
Nacionalidade: brasileiro, solteiro, agricultor, naturalidade:
Pombal/PB, nascido em 28/10/81, documento: RG nº 2424676
SSP/PB, CPF nº 051.812.804-04, filho(a) de Anronio Gomes da Silva e
de Maria das Neves Gomes Lucena, endereço: Rua Otacilio Tome, s/n,
Centro, Paulista/PB, referência: telefone para contato 83-99613
6455.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(º): HOMERO PERAZZO FILHO

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: **, nascido em
/ / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****
Profissão: , Escolaridade: ***** , documento: ,
filiação: e de , endereço: ***** , referência:
Tel/Cel: () ;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data 13/03/16 o noticiante guiava a motocicleta modelo Honda CG 150 Titan, placa QFD 1007/PB, cor vermelha, chassi 9C2KC1660ER045901, registrada em nome de RICARDO FERNANDES NOGUEIRA, RENAVAM 0105515145-9, quando nas proximidades do Sítio Queimadas, Zona Rural de Paulista/PB, na rodovia estadual PB 293 ao desviar de um animal que se encontrava na via pública o noticiante perdeu o controle da referida motocicleta vindo cair no asfalto, sendo socorrido para o Hospital Municipal de Paulista/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 04 de Abril de 2016. Às 11:35 horas.

André Gomes da Silva Lucena
 Notificante Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

00000000000000000000000000000000





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

23 AGO 2018

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

RECEBIDO

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

Nome Completo da Vítima

André Gomes da Silva Lucena

CPF da Vítima

051.812.804-04

Data do Acidente

13.03.2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

60MBR-PR, 23 de Julho de 2018
Local e Data

André Gomes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 228 - Jauá/Quaré - João Pessoa - PB
CEP: 50.015-670 - CNPJ: 06.123.654/0001-87

PAUL/CONTATO COM A CAGEPA/
DEPOIMENTO DE NOME:
MATRÍCULA:
67505821
REFERÊNCIA:

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2018

ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA
RUA OTACILIO TOME, S/N - CENTRO PAULISTA PB
58860-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economas			Responsável
		00000	00000	00000	
185.002.315.0445.000	000	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	
Y14N3100831	16/07/2015	EXT LACRILIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	MÍD. DE DIAS	PROXIMA LEITURA	
318	324	6	29	09/08/2018	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-AMÉXO 20 PORT. 05/2017 MS.					
JUN/2018	6	0	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JAI/2018	7	0	TURBIDEZ	24	24
ABR/2018	3	0	CLORO	24	24
MAR/2018	5	0	COL. TÉRMOT	0	0
FEV/2018	7	0	ECO	15	15
JAN/2018	8	0	COL. TOTais	24	24
MÉDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: MAR/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 23/07/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 16:29:25
DESCRICAÇÃO	CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL (M3) CONSUMO DE ÁGUA	37,91
ACRESC. I. (M3) MES(ES) ANT. 04/2018 05/2018	1,51
JUROS (M3) 04/2018 05/2018	1,21
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 51,00 E COFINS/LEI 12.741/12	
VENCIMENTO: 23/07/2018	Total a Pagar: R\$ 40,43

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	CONDICAO DO FATURAMENTO: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:		
SR. USUÁRIO: EM 30/06/2018, REGISTRANDO QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO 0. CONPARTE AOS PÓSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. DECLARAM OS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09		

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67505821	JUL/2018	23/07/2018	R\$ 40,43

82620000000 6 40430010185 8 06750582191 6 07201820003 2



SABEMI SEGURADORA S/A

23 AGO 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANOLE GOMES DA SILVA LUCENA

RG nº 2429 676, data de expedição 09/05/97, Órgão SS.PB,

CPF nº 051.812.804-04, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>RUA OTACILIO TOME</u>
Número	<u>S/n</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PAULISTA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.860-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999 346322 (83) 981488766</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POMBAL-PB, 23.07.2018

Assinatura do Declarante: Anolie gami da silva



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PAZ
Rua Feliciano Cimé, 290 - Angicalhe José Peixoto - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-97

PARA CONTATO COM A CASA
INFORME ESTE NÚMERO
MATEUS
70662232
255-0157



CONSTITUÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
FONTE: SÉ DO SABER/REFLEXO: REAL

TABLE OF TAXES: 2.

THE PRACTICAL SCENARIST

144 ADAMWHITE.COM © 2012 SENIOR SPLICEAGUE LLC
www.SeniorSpliceAGUE.com

POLYMER LETTERS

CAGEPA	MATERIAL	REFERENCIA	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR	
				MONTO	IMPORTE
	70683232	JUN/2018	23/06/2018	R\$ 79,37	

REFUGES AND RESERVES



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas na contratação de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. SABEMI SEGURADORA S/A autorizações. 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.

23 AGO 2018

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

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

RECEBIDO

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 613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS VIANA inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.996.134 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANDRÉ GOMES DA SILVA LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.812.304 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANDRÉ GOMES DA SILVA LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.812.304 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ABUSGADO Renda: R. 599, 16 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA		219	ESCRITÓRIO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PETRÓPOLIS	POMARAL	RJ	26345-000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
JACQUES.ABU@BOL.COM.BR	(23) 99974-6322	(23) 981488766	

POMARAL, 27 de JULHO de 2018
Local e Data

Jacques Abus Viana

Assinatura do Declarante

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA
EXERCÍCIO 2018 ANO-CALENDÁRIO 2017

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante
082.975.134-08
Endereço
RUA TABEIRÃO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA
Bairro/Cidade
PETROPÓLIS

Nome do declarante
JACQUES RAMOS WANDERLEY

CEP
58940-000

Município
POMBAL

Número
268

Complemento

CASA

UF
PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS

(Valores em Reais)

118.190,01

IMPOSTO DEVIDO

18.637,48

IMPOSTO A RESTITUIR

0,00

SAÚDO DO IMPOSTO A PAGAR

14.821,36

IMPOSTO A PAGAR

0,00

CÂMBIO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE

14.821,36

PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2018)
NÚMERO DE QUOTAS

VALOR DA QUOTA

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 29/04/2018 às 12:43:14
0702617664

CONFIDENCIAL

CONFIDENCIAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
Governo Municipal do Bem
GERMÁNICO DE PAULISTA
GERMÁNICO DE PAULISTA

Paciente: **ANDRE GOMES SILVA**

Convênio: **PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA**

Data da Interpretação: **21/03/2016**

Exame: **RX TÓRAX/ OMBRO DIREITO**

RADIODIAGNÓSTICO

RX TORAX:

Transparência pulmonar normal.

Seios costo-frênicos livres.

Área cardíaca de volume e configurações normais.

RX OMBRO DIREITO:

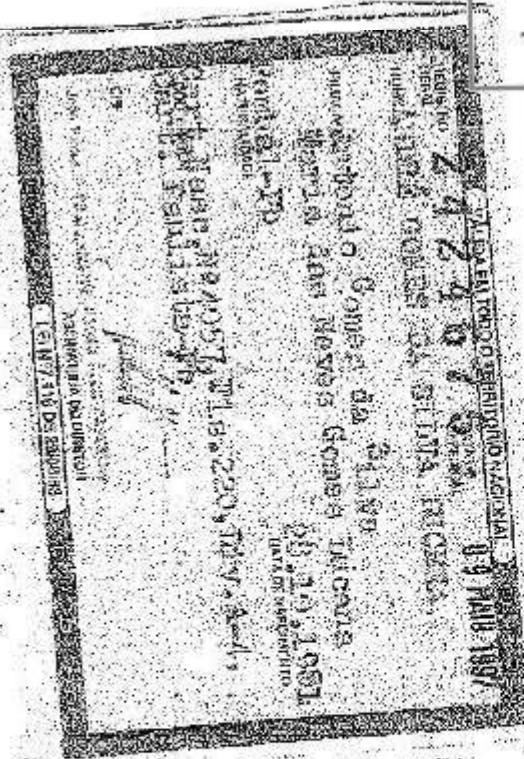
Fratura completa ao nível do acromion direito, com traço transverso, próximo a articulação acromio-clavicular.

SABEMI SEGURADORA S/A

23 AGO 2018

RECEBIDO

Ozias Arruda de A Neto
CRM 3105 PB

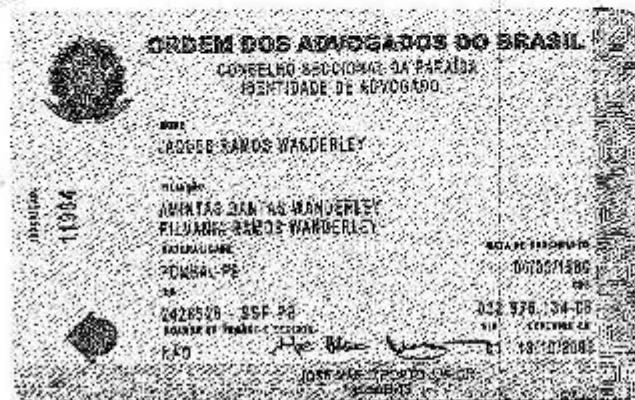




SABEMI SEGURADORA S/A

23 AGO 2018

RECEBIDO



23 AGO 2018

RECEBIDO

23 AGO 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM RG: 2424676 SSP/PB E CPF: 051.812.804-04, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA OTACILO TOME, S/N, CENTRO, PAULISTA – PB.

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000.

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT INVALIDEZ E DAMS, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT INVALIDEZ E DAMS para a vítima ANDRE GOMES DA SILVA LUCENA.

PAULISTA - PB, 10/07/2018.

Andre Gomes da Silva

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

FRANCISCO MARTINS LOPES – SERVIÇO NOTARIAL E FARCETRAL - ÓRGÃO ÚNICO
Centro de Atend. Notarial - Rua: 033, nº 010 - CEP: 58.000-000 - P. C. Aratu
Recife (PE) (P.R.: 032-976.134-08) - Fone: (81) 3102-1140 - Fax: (81) 3102-1141
RECONHECIDA (POR AUTENTICIDADE) a firma de
ANDRE GOMES DA SILVA (007433) - Paulista-PB,
18/07/2018.
Jaqueline de Almeida Martins
SATURNINO DE ALMEIDA MARTINS
Setor de Recolhimento - Fazenda Pública - C.R.C. 04143-0/01
Endereço: Rua: 033, nº 010 - CEP: 58.000-000 - P. C. Aratu
Recife (PE) (P.R.: 032-976.134-08) - Fone: (81) 3102-1140 - Fax: (81) 3102-1141

