
Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2016

Carta nº: 9085141

A/C: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160252687 ASL-0851433/16
Vitima: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 14/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2016

Carta n°: 10091080

A/C: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160252687 ASL-0851433/16
Vitima: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 14/02/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

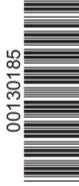
Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PEI

LADURA

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, Cosme Barreto de oliveira,

PORTADOR(A) DO RG Nº 792.775 EXPEDIDO POR SSP / PB EM 30/08/162 E

CPF 030236364-20 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Cosme Barreto de oliveira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

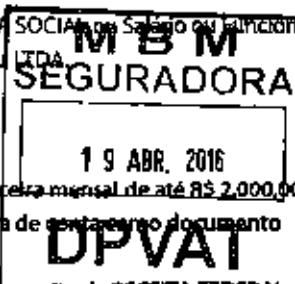
(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, 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 Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 Lotéricas 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 e/ou documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no 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 237 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 5783 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3226-3

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

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

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

Mamaina, 22 de Setembro de 2015 Conselho de Desenvolvimento

P.D

LOCALE 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

data: 23/09/2015 Hora de Brasília: 18:15

Depósito em Conta Corrente

Favorcido
Banco : 397
Agencia: 0003 - PRINCESA ISABEL
Conta : 000000000226-3
Nome : CORRÊA BARREIRO DE OLIVEIRA

Depositante : O PROPRIO
FAVORECIDO
 Valor em dinheiro :
 Valor em cheques :
 Valor total : 1

→ Ag_Brasil: 1563 - FATOS
Correio_Banc.: 295 - FARMACIA DO POVO
MEU: 902563886657 Autenticacao: 902563

D. JUSSAMIEL BOMES DIAZ atua como
Correspondente Bancário da França
Brasileira S/A.

Comments after Receipts

QUINTO ANIVERSÁRIO
2000 727 9933

MSU Recd: 026426 Home Recd: 10:15:44
Terminal: 08100058

MBM
SEGURADORA

19 ABR. 2016

DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Registro de Ocorrências desta Delegacia, nº 002/2015, encontrei uma Ocorrência Policial Nº 481/2015, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos 09 dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E QUINZE**, nesta cidade de Princesa Isabel/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **Darcinaura Alves de Assis**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado. Ai por volta das 09h00min compareceu **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, agricultor, nascido aos 26.03.1962, com 53 anos de idade, filho de João de Freitas Oliveira e de Maria Barreiro dos Santos, RG Nº 792.775 – SSP/PB, residente na Rua Luiz de Sousa Primo, s/n, centro, Manaira/PB, a fim de prestar a seguinte ocorrência: QUE no dia de 14 (quatorze) de fevereiro do corrente ano, encontrava-se trafegando na garupa de uma motocicleta, conduzida por **LEANDRO ALVES DE FREITAS**, quando nas proximidades do Sítio Catolé, rodovia que liga a cidade de Manaira a Santana de Mangueira, o condutor perdeu o controle da moto em uma curva e veio a cair no chão; QUE o noticiante encontrava-se na garupa da motocicleta de PLACA MOI 9004/PB, chassi 9C2JC30708R249660, cor PRETA, MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN, em nome de Cirlândia Vitorino da Silva; QUE fora socorrido pelo Samu e levado para o HRPI, mas que devido aos ferimentos fora levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB. O referido é verdade. Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Cosmo Barreiro de Oliveira

160.004-4

SEGURO DE VIDA
SEGURO DE VIDA
SEGURO DE VIDA

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABOÃOATO
José Ribeiro 21
S/N
Manaira/PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original
que me foi exibido. Dou fé (Art.365-III do CPC)

Manaira/PB-17/09/2015

Selo Digital: ACB33309-A42H

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.mtj.mt.gov.br>

Murilo

Oficial do Registro Civil

03220-007-004-15

Rua Cel. José Pereira Lima, 510, Alto da Cascavel, Princesa Isabel - PB.

Fone/fax: (0XX83) 3457 2381



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Ezorme Barreiros de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 792.775 e inscrito no CPF/MF sob o nº 930.235.374-20, residente e domiciliado na Rua Luiz de Souza Primo, Cidade Mamanguá, Estado PB, 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:

- (X) 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 Lider 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.

Ezorme Barreiros de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mamanguá, 22/09/13

28

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Documentário de Identificação

Eu, Emmanoela Barreiro de Oliveira

RG nº 792 775, data de expedição 30 / 05 / 62, Órgão SSP / PB

CPF nº 930.215.374-20, 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>Rua Luis de Sonza Prime</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Manaus</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58995000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)3421-8003 (83)9655-9484 (87)9999-9976</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Manaus, 22/09/13

QD

Assinatura do Declarante: Emmanoela Barreiro de Oliveira

Carla Andrade VITURINO DA SILVA
RUA JUIZ DE SOUZA PRIMO, 501 - CENTRO
MANAÚRA / PA CEP 68899-000 (AER 166)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFÁSICO
Referência: 10 - 106 - 451 - 8760 Referência Aga: 12314
NR medidor: 000032365205 Endereço: 20000-0001

ENERGIA PARA TÉ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, KM.26 - Endereço: .../00-Pesq/FB/CEP 66327-000
CNPJ: 38.056.031/001-40 - Fone/Fax: (61) 3161-8280

Nota Fiscal/Letra de Crédito - Emissora: 1004-8500
Código para Boleto Automático: 0004-8500

2024-2025 CTEC 9500 0077 1100

5/1523903-1

Ago / 2014

- Tanta Sócia de Energia Elétrica - TSE¹⁰ foi criada pela Lei nº 14.428, de 28 de abril de 2002.
- O auge do sistema de bandeiras tarifárias foi atingido para o ano de 2015. Atualmente vemos uma implicação maior para as cidades. As bandeiras apresentam um volume maior de cobranças de trânsito. Apesar do maior custo da geração, não é mais AGC¹¹ o gerenciador BANDEIRA MERVELHA e sim a implicação REN¹² e REN¹³ de desequilíbrio na cota de saída, fiquei de boca seca. Mais informações em www.aneel.gov.br.

26/08/2014

25/09/2014

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Jul'14	41
Jun'14	41
May'14	39
Apr'14	41
Mar'14	39
Feb'14	38
Jan'14	40
Dec'13	41
Nov'13	37
Oct'13	39
Sep'13	39
Aug'13	39

Versões das séries de teste

03/09/2014

B3 0 00

SC0118-Präsentation

Valor do encargo da Uva da Sibéria é de R\$ 100,00

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) re(v)al(s) acima mencionada(s) já tenha(s) expirado(s) o prazo de 10 (dez) dias corridos, o(a) cliente(a) deve(a) ser informado(a) por escrito, com suspenso, quanto a 101862014-0001. Confira o resultado da 101862014-0001. O pagamento não é feito essa data não é ultima a possibilidade de desconto suspenso. O cliente(a) deve(a) ser informado(a) que as contas pagas(a) referente(s) ao(a) consumo(a) para, remessa, etc. Caso, o(a) cliente(a) desejando a suspensão de 10 (dez) dias, deve(a) ser avisado(a) mensalmente. Fatura a que(s) a suspensão em dia(s) de prazo(s) ao(a) 01 (um) no caso de não pagamento de 10 (dez) dias corridos.

**MBM
SEGURADORA**
19 ABR. 2016
DPVAT

2013 Pa

Boleiro, 18 - 69 - 450 - 6260
Matrícula: 1523803-2014-08-3

03/09/2014

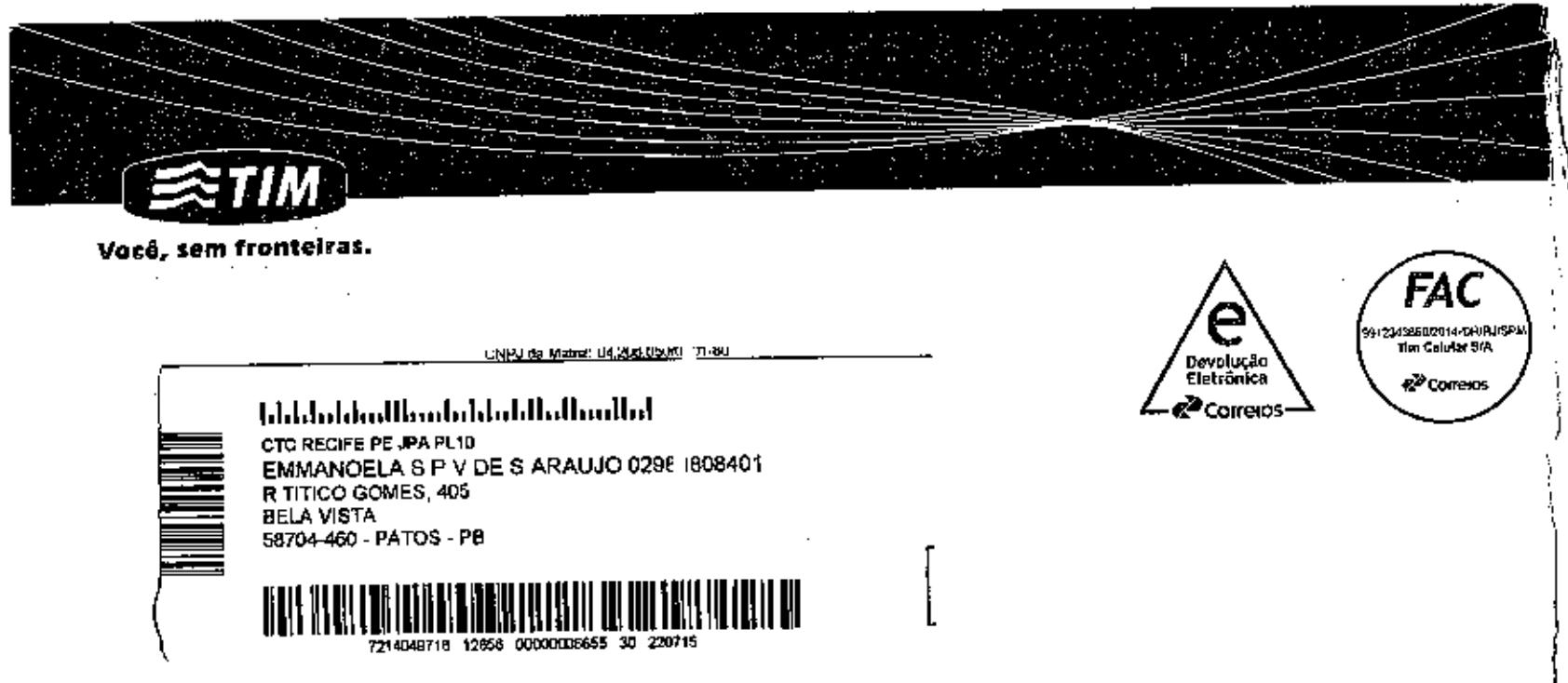
RS 0,00

ESTURA COM VALOR ZERO, NÃO É NECESSÁRIO ATENCIQAR
Este mês você está rececendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 4,54
será adicionado na sua conta com o valor de multa e juros.

— 200 —



- ۲۹۱ -



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160252687 **Cidade:** Manáira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/02/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO

Resultados terapêuticos: FERIMENTOS

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

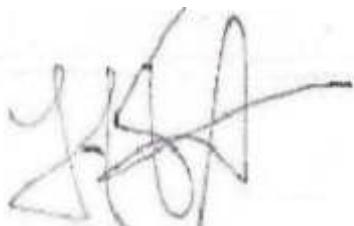
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





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 EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V. DE S. ARAUJO, portador(a) do RG nº 4672305, expedido por SSP-PE, em 04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Cosne Barreiro de Oliveira do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Cosne Barreiro de Oliveira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: EMPRESÁRIA Renda Mensal: R\$ RECUSO-ME A DECLARAR

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA - SEM COMPROVAÇÃO DE PROFISSÃO E RENDA

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CIRLANDIA VITURINO DA SILVA ALVES,
RG nº 3432327, data de expedição 08/07/2006
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 080 986 184-47, com
domicílio na cidade de MANAIARA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PROFESSORA MARIA VILMA COSMA SIMÃO, nº 177,
complemento MANAIARA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era
LEANDRO ALVES DE FREITAS.

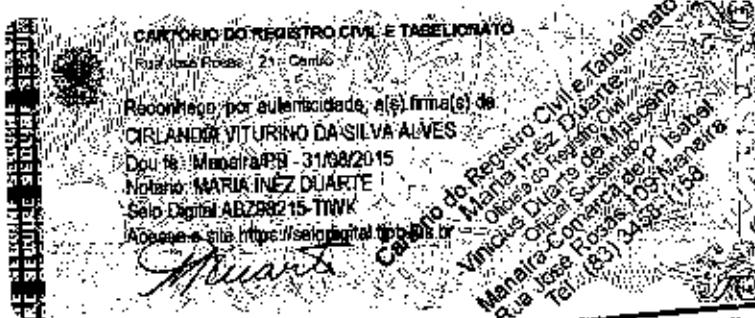
Veículo: HONDA CG 125 FAN - MOTOCICLETA
Modelo: 2008 CG 125 FAN
Ano: 2008
Placa: MEI 9004
Chassi: 9C1JE3070RE249660
Data do Acidente: 14/02/2015
Local e Data: Manaiara PB - 31/08/15

Cirlandia Viturino da Silva Alves

Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Leandro Alves de Freitas

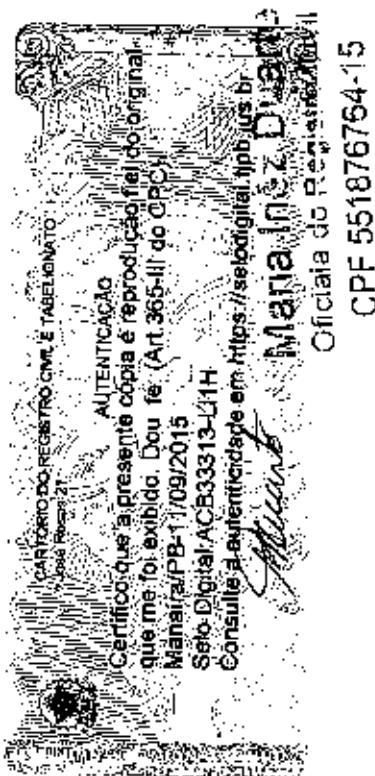
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)



DECLARAÇÃO

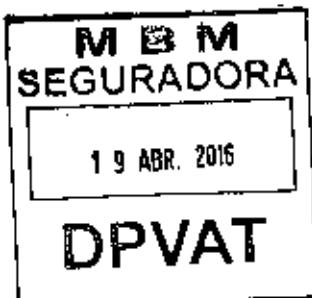
Declaro para os devidos fins, que a ficha original do (a) paciente **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, portador (a) do RG de Nº 7.927.75 SDS-PB, encontra-se em nossos arquivos.

Ficha de Atendimento Ambulatorial, Mês: FEVEREIRO/2015



Princesa Isabel – PB, 04/09/2015.

**RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO
DIRETOR GERAL
MAT. 152.713-4**





HOSPITAL REGIONAL DE JOSÉ PENHA LIMA - ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
PRINCESA ISABEL-PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

COD. UNID. 2512309 CNPJ: 08.778.266/0039-03
 NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL
 ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCABEL
 CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: 25
 Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)
 Paciente: **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**
 Mae: MARIA BARREIRO DOS SANTOS
 Nascimento: 26/03/1962 Idade: 52 Cor: PARDA Sexo: M
 Profissao: AGRICULTOR(A)
 Endereco: RUA PROFESSORA MARIA VIMA COSMO SIMAO Num.:
 Bairro: MATADOURO Fone: (83)8960-3073
 Cidade: MANAIARA - PB - 58995-000 - 2509008
 CNS: 706-3037-9211-6775 Identidade: 782775 SSP PB
 CPF:
 Data / Hora: 14/02/2015 16:35:16 Reg. Nas.:
 Recepção: MARLENE
 Ficha Número: 214116 22026

ESO: _____ PA: _____ TEMP: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Oct. 20. 6

M B M
SEGURADORA

19 ABR 2010

DPVAT

Documentación médica Hospitalaria
70006

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

01/01/2018 - 10:00 AM
MATERIAIS MEDICAMENTOS E OUTROS
Dona Z. é cedida a Alquimia
P/ f.c. futebol - Dr. Dino
01/01/2018 10:00 AM

- 01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

P. albus

DIAGNÓSTICO

Politikwissen

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO		
	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNA
<input checked="" type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA			

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMIENTO

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos
Dr. José Batista de Souza

REF ID: A21472

Medica / Cm / Cns

JOSE BATISTA DA SILVA - 2045 - 705-0018-2258-9355

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPROSÁVEL

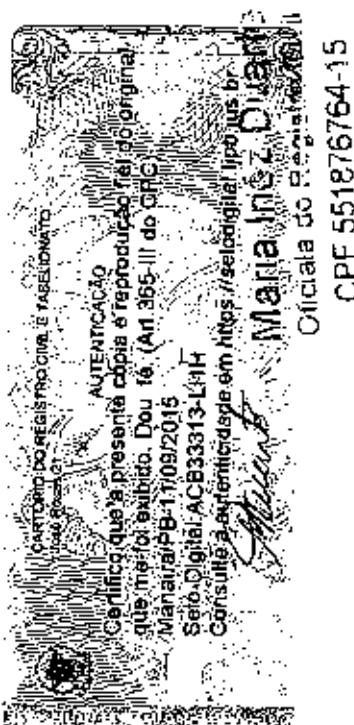
CB

<i>Antônio Vitorino da Silva Alves</i>	
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo 4.	ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - C Verônico Vicente Rodrigues CPF: 340.481.664-62 SUS: 11.6180.6245

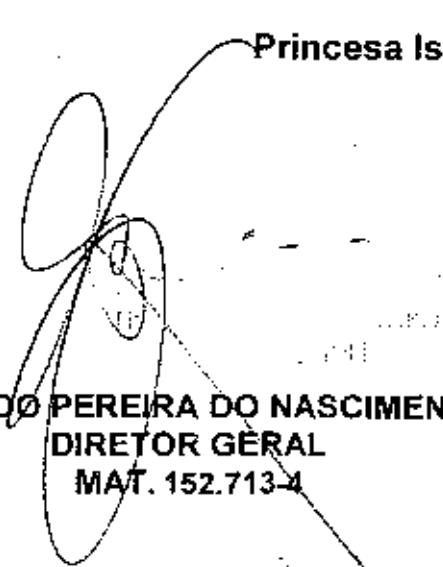
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que a ficha original do (a) paciente **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, portador (a) do RG de Nº 7.927.75 SDS-PB, encontra-se em nossos arquivos.

Ficha de Atendimento Ambulatorial, Mês: **FEVEREIRO/2015**.



Princesa Isabel – PB, 04/09/2015.


RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO
DIRETOR GERAL
MAT. 152.713-4





www.ijbms.com

VALIDO EM MUNICIPIOS DA REGIÃO

100% das 160 mil unidades de hospedagem do Brasil que possuem pessoas físicas, que é 100% de turismo. As 160 mil unidades de hospedagem que possuem pessoas físicas, que é 100% de turismo. Para qual o impacto das ações de contenção da pandemia, pressione a interface Local, que é fantástica, que é fantástica.

• CAMPAGNE D'AGENCE D'ASSURANCES

Г 004 0023 - 57

07.11.1991

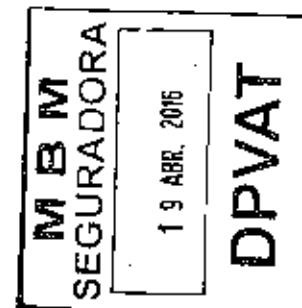
LANDS DO NORDESTE

DO BRASIL. 82.

9430104-8

francisco FORTADO-164
-santi Bancario

DATA DE INSTRUÇÃO E ASSINATURA DO FUNDADOR DO DEPARTAMENTO DE PESQUISAS
DATA DE INSTRUÇÃO E ASSINATURA DO DEPARTAMENTO DE PESQUISAS



10 100 2015

DPVAT

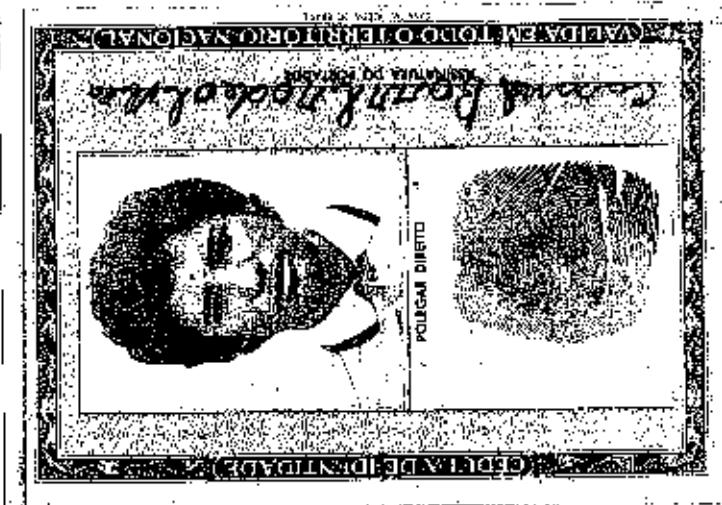
COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

卷之三

26.03.62

ESME Barreto de Oliveira
TÍTULO: SUGESTÃO COM A APRESENTAÇÃO DE VERSO MÍSTICO DE INICÍACAO

Fonte: elaborado com base no Censo e Pesquisa de Habitação de 2010 (IBGE).





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **910.215.374-20**

Nome da Pessoa Física: **COSME BARREIRO DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **26/03/1962**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/05/1992**

Dígito Verificador: **00**

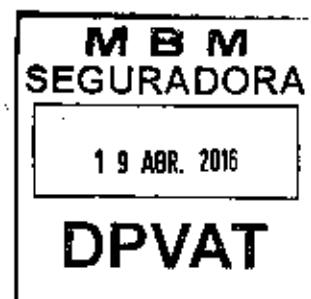
Comprovante emitido às: **13:42:19** do dia **06/10/2015** (hora e data de Brasília).

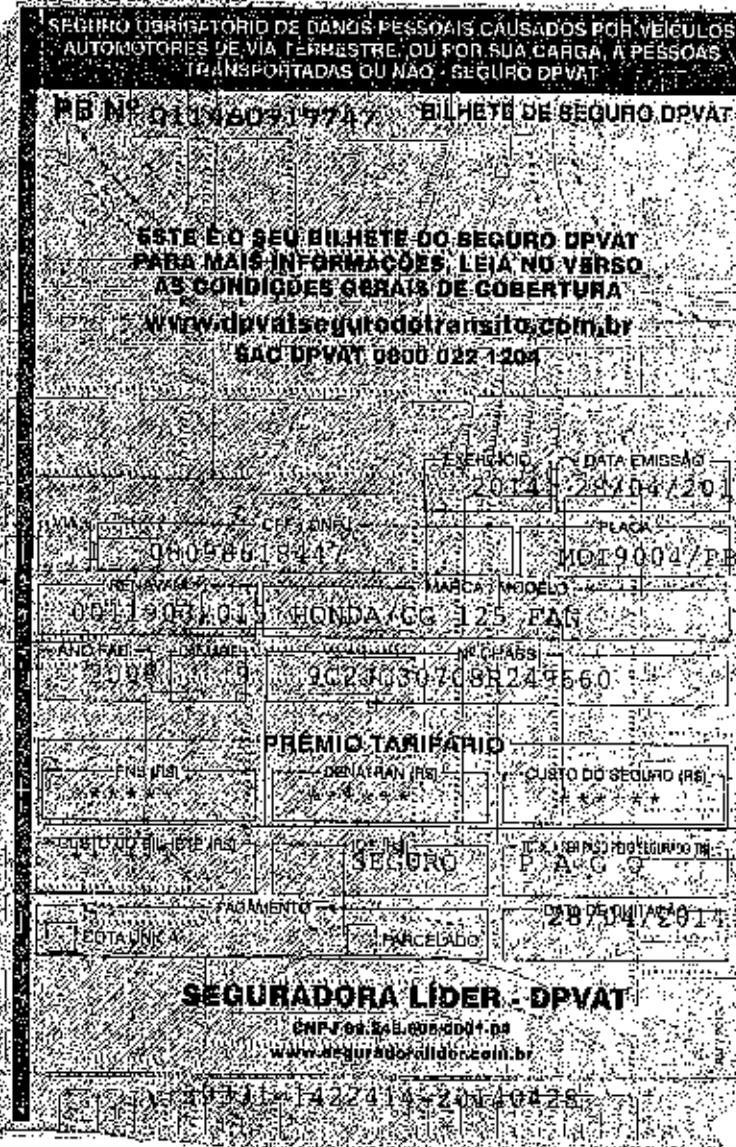
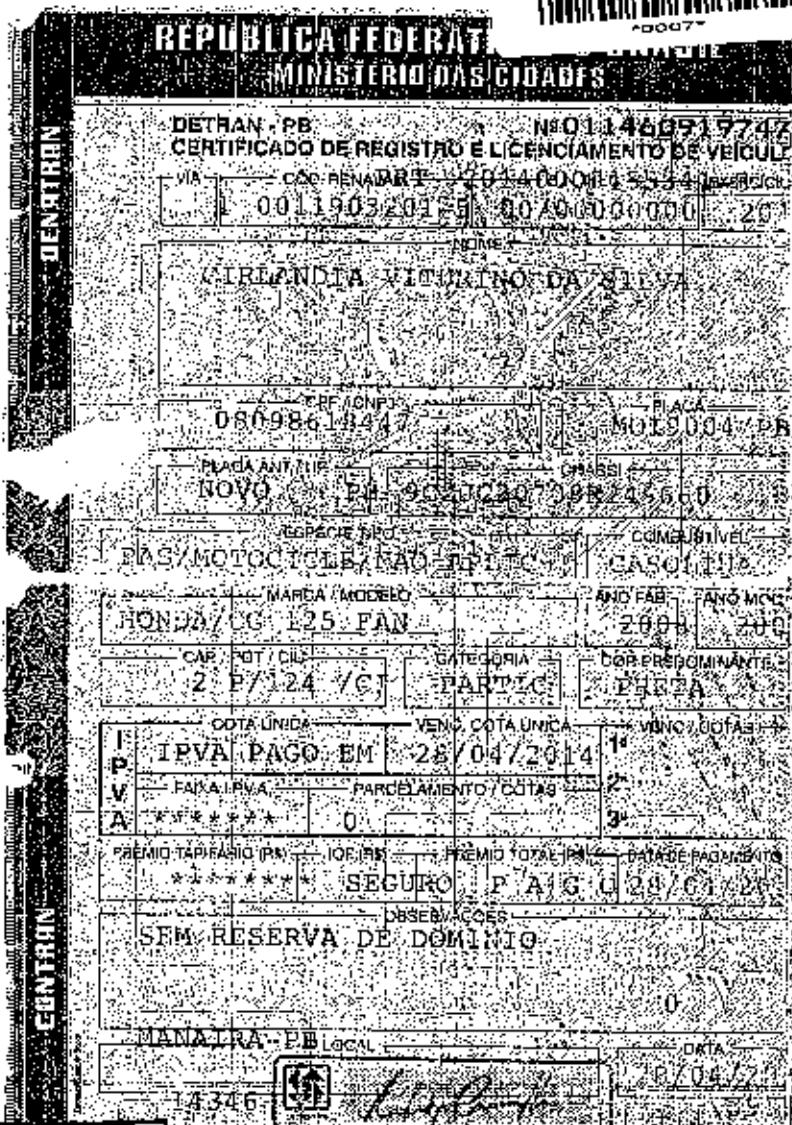
Código de controle do comprovante: **FEB9.9B77.6981.E098**

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.

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





M B M
SEGURADORA

19 ABR. 2016

DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0851433/16
Vítima: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA
CPF: 910.215.371-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/02/2015
Titular do CPF: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 04/11/2016
Nome: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S
ARAUJO
CPF: 029.848.084-01

Data: 04/11/2016

Nome: Mariana Custodio Teixeira
CPF: 004.878.610-19

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Mariana Custodio Teixeira

MBM SEGURADORA
04 NOV 2016

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Prudential
10025*

OUTORGANTE:

Nome: Cosme Barreto de Oliveira
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 792.775-2 CPF: 910.215.374-20
Endereço: Rua: Professor Maria Paula Coimbra Simões, N° 177

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão : Empresária
Identidade: 4.672.305 CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 – Bairro: Bela Vista – CEP: 58704-480 – Patos-PB.

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, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, 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 para a data da última

Nome Barreiro de Oliveira

M B M
para a
SEGURADORA

Manira - P8 21/03/2016

Local e data

Entypo Barkito d'olivista

**Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)**