

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2016

Carta nº: 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 PEL

ASSINATURA

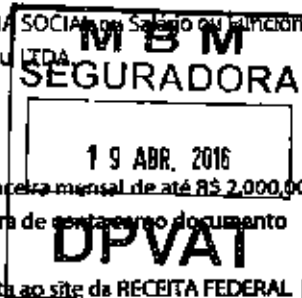
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Cosme Barreiro de OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 792 775 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 30/08/16 ECPF 030235374-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA COSME BARREIRO DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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 do 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5783 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3226-3

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Momaira, 22 de Setembro de 2015 Cosme Barreiro de Oliveira
 PD LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

Data: 23/03/2016 Hora de Brasília: 18:15

Deposito em Conta Corrente

Favorecido

Banco : 237

Agencia: 0573 - PRINCESA ISABEL

Conta : 00000000000000000000

Nome : CESAR BARREIRO DE OLIVEIRA

Depositante : O PROPRIO

FABRICADO

Valor em dinheiro :

Valor em cheque :

Valor total :

→ Ag. Bradesco : 1563 - PATOS

Corresp. Banc.: 235 - FARMACIA DO POMO

NU: 02526389667 Autenticacao: 012533

O JUSSAMVEL BOMES DIAS atua como
Correspondente Bancario da Banco
Bradesco S.A.

Conserve este Recibo

OLIVIDORIA BRANCO

DEB: 727 9533

NU Rede: 025426 Hora Rede: 18:15:44
Terminal: 08000558





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

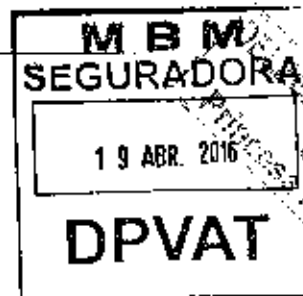
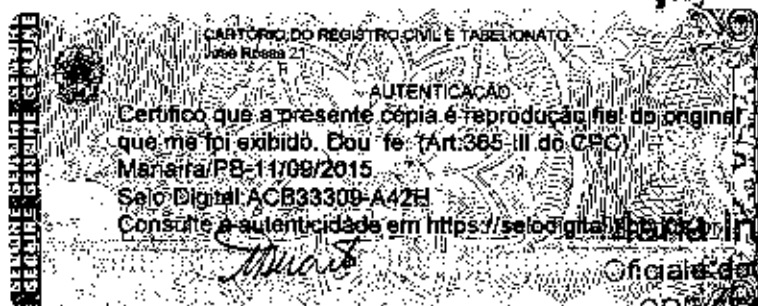


CERTIDÃO

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 9064/PB, chassi 9C2JC30708R249660, cor PRETA, MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN, em nome de Cirilândia Viturino 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. Terno 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



Manaira Luiz Duarte
Oficial do Registro Civil
CPF nº 1876764-15
Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto da Cascavel, Princesa Isabel – PB.
Fone/fax: (33383) 3457 2381.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Cosme Barreiros de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 792.775 e inscrito no CPF/MF sob o nº 950.235.374-20, residente e domiciliado na Rua Luiz de Souza Primo, Cidade Marina, 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:

- (☒) 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.

Cosme Barreiros de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Marina, 22/09/15

RP

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



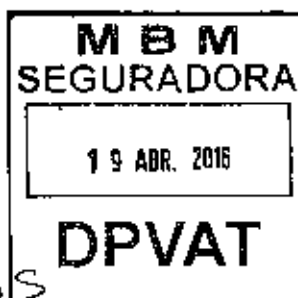
Eu, Cosme Barreiro de Oliveira

RG nº 792 775, data de expedição 30/08/62, Órgão SSP/PB

CPF nº 930.235.374-20, 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 Luiz de Souza Primo</u>		
Número	<u>SIN</u>		
Apto / Complemento			
Bairro	<u>Centro</u>		
Cidade	<u>Manairá</u>		
Estado	<u>PB</u>		
CEP	<u>58995000</u>		
Telefone de Contato	<u>(83)3421-8003</u>	<u>(83)9655-9484</u>	<u>(87)9999-9976</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>		

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Manairá, 22/09/15
PB

Assinatura do Declarante: Cosme Barreiro de Oliveira

CAIO ANDRÉ VITORINO DA SILVA
RUA JUIZ DE SOUZA PRIMO, S/N - CENTRO
MANAIRA / PE CEP: 58935-000 (AR: 156)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRAGEM MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 166 - 451 - 6260
Módulo: 00033356746

Referência: Ago/2014
Emissão: 28/08/2014

ENERGIA PARA DISTRIBUIÇÃO ENERGIA S/A
B-230 Km 26 - Centro - Recife - PE CEP: 51000-000
CNPJ: 06.956.183/0001-40 Ins. Est: 16.015.823/0

Nota Fiscal/Locadora Energia Elétrica Nº 011.104.850
Código para Emissão Automática: 00018239031

1654 x 120 x 830 C7c5 4eff 6cc5 a877 11B8

5/1523903-1

Ago/2014

- Tabela Geral de Energia Elétrica - TSEE aprovada pela Lei nº 10.428, de 28 de abril de 2002.
- O plano do sistema de bandeiras tarifárias foi aplicado para a 2ª de 2014. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando aplicadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de AGOSTO, a partir da BARRAGEM VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,00 por kWh, acrescido do valor da tarifa. Para mais informações em www.aneel.gov.br.

26/08/2014

25/09/2014

SUBTOTAL 6447

Data	Leitura	Data	Leitura	1	57	28
26/08/14	1207	28/08/14	1244			

04/08/2014 5,89

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	3,10454	3,13
Consumo em kWh	1	3,17921	1,25

IMPOSTOS E ENCARGOS

IS	0,03
COFINS	0,13
ICMS (SENTA)	

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS

CREDITO A COMPENSAR (-) (L66V14)	4,54
----------------------------------	------

Jul/14 48
Jun/14 42
Mai/14 36
Abr/14 41
Mar/14 35
Fev/14 34
Jan/14 42
Dez/13 42
Nov/13 37
Out/13 30
Set/13 25
Ago/13 25

Valor dos kWh e taxas
36 kWh

03/09/2014

R\$ 0,00

5/2014 - Pré-recebível

SIC MENSAL 3,80
DIC TRIMESTRAL 10,26
DIC ANUAL 39,67
FIC MENSAL 4,10
FIC TRIMESTRAL 6,23
FIC ANUAL 18,47
DUC 2,18
DCA 2,22

0,00
0,00
0,00

NOMINAL 2A1
CONTRATADA 231
LIMITE INFERIOR 231
LIMITE SUPERIOR 231

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de D.E. da Energia S/A	2,15	47,38
Compra de Energia	1,64	40,63
Serviço de "transmissão"	0,13	2,88
Energia Solar	0,26	5,73
Impostos e Encargos	0,18	3,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	4,34	100,00

Valor: acordo da União e S/renda Distribuição
(Ref: 5/2014) 100,00

- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso a(s) taxa(s) acima mencionada(s) não seja(m) paga(s) pelo consumidor, a conta será suspensa a partir de 10/09/2014. Conforme Resolução 474 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento. Caso o mesmo não seja comunicado, a(s) contas pagas não serão incluídas no valor de consumo para o próximo mês. Caso o consumidor não pague a(s) taxa(s) acima mencionadas, a(s) mensagens de cobrança e a(s) mensagens de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Suspensão foi tratada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 67.



PAI-18A

Roteiro: 18 - 166 - 451 - 6260
Módulo: 1523903-2014-08-3

03/09/2014

R\$ 0,00

FIGURA COM VALOR ZERO. NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 4,54 será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.

Componente de velocidade
"0015"



Você, sem fronteiras.

UNPU da Matriz: 04.246.036/01 71-80



CTG RECIFE PE JPA PL10
EMMANOELA S P V DE S ARAUJO 029E 1808401
R TITICO GOMES, 405
BELA VISTA
58704-460 - PATOS - PB



7214048718 12658 00000006655 30 220715



DPVAT

19 ABR. 2016

M B M
SEGURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160252687

Cidade: Manaíra

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) COSME

BARREIRO DE OLIVEIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima COSME 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





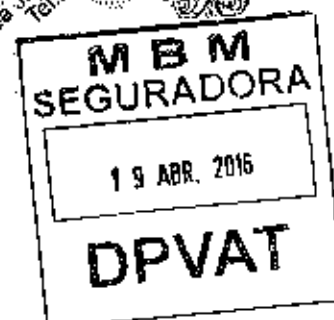
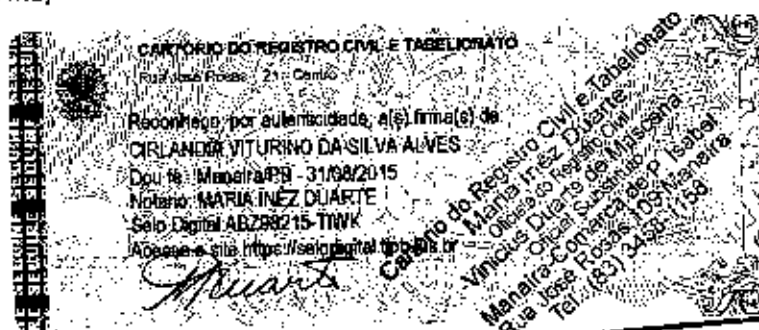
Declaração do Proprietário do Veículo

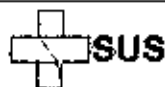
Eu, CIRLANDIA VITURINO DA SILVA ALVES,
RG nº 3432321, data de expedição 08/08/2006
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 080986184-47, com
domicílio na cidade de MANAIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PROFESSORA MARIA VILMA COSMA SIMÃO, nº 177,
complemento MANAIRA, declaro, sob 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: MOT 9004
Chassi: 9C2JE30708R249660
Data do Acidente: 14/02/2015
Local e Data: Manaira 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)



ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente:	COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA		
Mae:	MARIA BARREIRO DOS SANTOS		
Nascimento:	26/03/1962	Idade: 52	Cor: PARDA
Profissao:	AGRICULTOR(A)		
Endereco	RUA PROFESSORA MARIA VIMA COSMO SIMAO	Num.:	
Bairro:	MATADOURO	Fone:	(83)9960-3073
Cidade:	MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008		
CNS:	706-3037-9211-6775	Identidade:	792775 SSP PB
CPF:		Reg. Nasc.:	
Data / Hora:	14/02/2015 16:35:16	Recepcionista:	MARLENE
		Ficha Número:	34418

WESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Tam de acidente do moto
gravemente ferido profundo de
cansaço estômago e fígado
de colita crônica e doença
em m. superiores CA= 1218.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

MM
SEGURADORA

19 APR. 2016

DPVAT

CARTÓRIO DO J.º OFFÍCIO "CAMPOS BRINHOS"
 P.º J.º DE, N.º 100, 2.º ANDAR - DEP. ESTADUAL - FONE. (71) 3454-
 PRINCESA ISABEL - PB

RA 1215-2016/17 UNICAMP 1,99 FACHINHO 0,23 FERREIRA 0,05
SOL: 15/01/2017: 10/2017-12/2017
detetores e autenticidade em <http://periodigital.fiam.com.br/2017/01/15/2017-12/2017-12/>

20 fone 25
Do dia 14 creche de 15 fone
Bt + C. fone de 15. 15 fone
Bt + C. fone de 15. 15 fone

CARACTER DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/>	01 - ELETIVO
<input type="checkbox"/>	02 - URGÊNCIA
<input type="checkbox"/>	03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
<input type="checkbox"/>	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
<input type="checkbox"/>	05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

attesa

DIAGNÓSTICO

Polifraustens

CD-10.

MEDICAÇÃO

☒ 1. PRESCRITA

ENCAMINHAMENTO

<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

[illegible]

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Dr. J. Lee Edwards, MD, PhD
November 20, 2015

REF 698 41 274 72

Médico / Cnm / Cns

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

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Isabella Victoria da Silva Alves

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

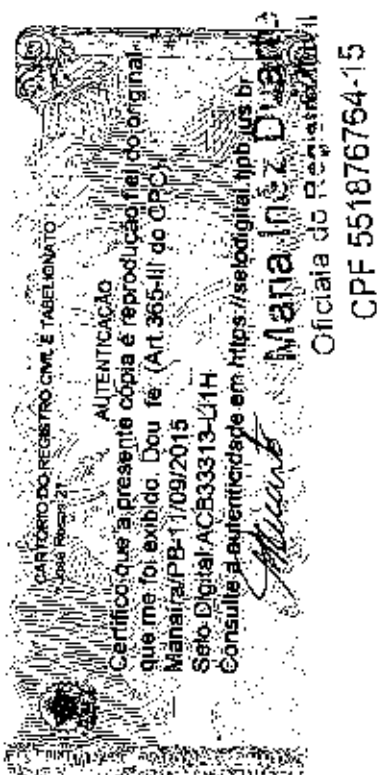
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - c

Verônica Vicente Rodrigu:
CPF: 040.481.864-69
SUS: 12.886.9722

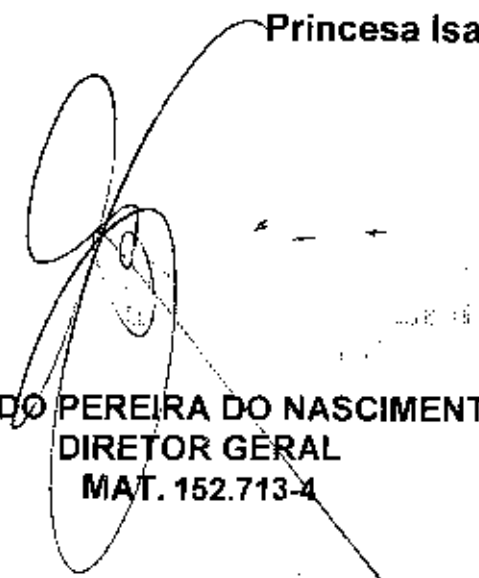
DECLARAÇÃO

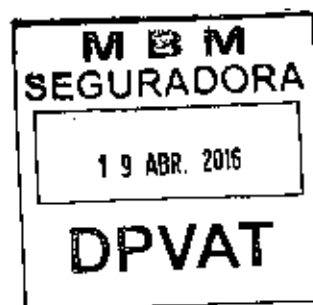
Declaro para os devidos fins, que a ficha original do (a)
paciente **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, portador (a) do
RG de Nº **7.927.75 SDS-PB**, encontra-se em nossos arquivos.

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



Princesa Isabel – PB, 04/09/2015.


RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO
DIRETOR GERAL
MAT. 152.713-4





SUS

HOSPITAL REGIONAL
Dep. José Pereira Lima
PRINCESA ISABEL-PB

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

COD.UNID: 2512309 CNPJ: 08.778.266/0039-33
NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL
ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL
CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

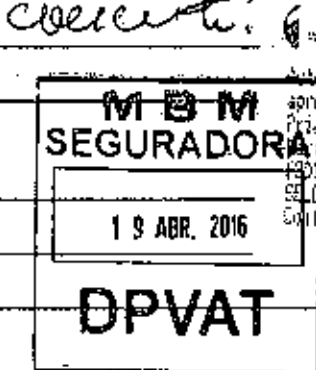
Paciente:	COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA		
Mae:	MARIA BARREIRO DOS SANTOS		
Nascimento:	26/03/1962	Idade: 52	Cor: PARDA
Profissao:	AGRICULTOR(A)		
Endereco	RUA PROFESSORA MARIA VIMA COSMO SIMAO	Num.:	
Bairro:	MATADOURO	Fone:	(83)9960-3073
Cidade:	MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008		
CNS:	706-3037-9211-6775	Identidade:	782775 SSP PB
CPF:		Reg. Nasc.:	
Data / Hora:	14/02/2015 16:35:16	Recepcionista:	MARLENE
		Ficha Número:	34418

ESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

de la ley de acidez de modo
que los puntos no pueden ser
los mismos en los puntos
de la ley misma y, por lo
tanto en. Septiembre OAS 1218.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)



4 CANTORIO DO FÓRGO "CAMPOS BRAS"
RUA DEL MARCOLINO, 223 - CL. 4º - CEP. 55151-050 - FONE: (51) 3151-215
PRINCESA ISABEL - RS

Substitui a presente cópia, reprodução fiel do original que se encontra arquivado. Em testemunho da verdade,
 Juiz de Direito Isabela PR 03/09/2015 06:53:43
 Juiz de Direito dos Santos - Substituto
 CAD: 5-004431, EML: 14 1,94 PAF: 0,23 FEF: 0,23
 DIGITAL: 46326413-1272

Dr. José J. J. J.
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS
Dando 10 unidades e 10 unidades
Off + C. 10 unidades + 10 unidades
Off + 10 unidades + 10 unidades

~~MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS~~

CARÁTER DO ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/>	01 - ELETIVO
<input type="checkbox"/>	02 - URGÊNCIA
<input type="checkbox"/>	03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
<input type="checkbox"/>	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
<input type="checkbox"/>	05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

Palms

DIAGNÒSTICO

Poltrona

CID-10: _____

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

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

[illegible]

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

3-16-70

CFR 600-451.27A 72

JOSE BATISTA DA SILVA - 2045 - 705-0018-2258-9365

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO • carimbo

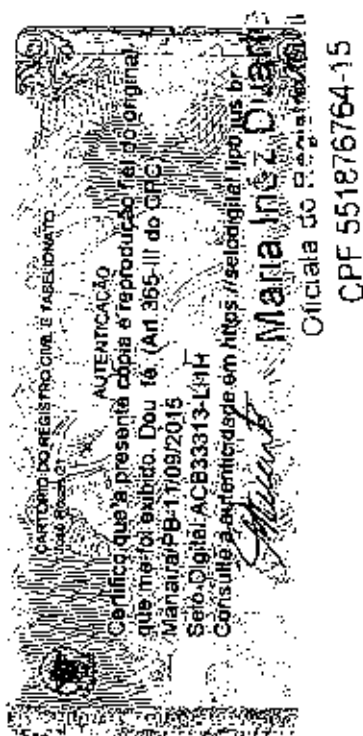
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - F

Verónica Vignato Rodríguez
CP5-340.481.664-6P
SUS: 34-3136-624P

DECLARAÇÃO

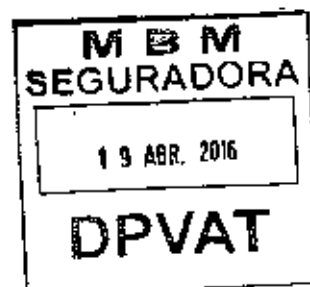
Declaro para os devidos fins, que a ficha original do (a)
paciente **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, portador (a) do
RG de Nº 7.927.75 SDS-PB, encontra-se em nossos arquivos.

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



Princesa Isabel – PB, 04/09/2015.

RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO
DIRETOR GERAL
MAT. 152.713-4





40012

Comprovante de Inscrição

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DEFINIDAS E FIDELMENTE COMPLETADAS DE INSCRIÇÃO EM CARTEIRO DE PESSOAS FISICAIS - C.P.F. - DO REGISTRO, EM CASOS EXCEPCIONAIS DE EMENDAS, PARA QUALQUER CORREÇÃO DE NOME, ENDEREÇO, PROFISSÃO, ATRIBUIÇÃO DE EMPREGO, DEPENDÊNCIA, ETC.

CARTEIRO DE AGENTE EMISSOR

804 0023 - 5

07 / 10 / 91

RANCO DO NORDESTE
DO BRASIL S.A.

0430104-8

FRANCISCO FORTADO LIMA
CH. RG. 8470.0000000

EMITIDA EM 07/10/91 POR FORTADO LIMA, RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

M B M
SEGURADORA

19 ABR. 2016

DPVAT

910215374 20

COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

26.03.62

Cosme Barreiro de Oliveira

EMITIDA EM 26/03/62 POR COSME BARREIRO DE OLIVEIRA, RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

RANCO DO NORDESTE

0430104-8

07/10/91

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

Cosme Barreiro de Oliveira

07/10/91

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



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**

Digito 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.)



REPÚBLICA FEDERAT
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011460919747
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CAC RENAVAM - 2014-0000011-53-34 - 1460919747
0011903/0115 0070000000 2014

NOME
GIRLANDIA VICTORINO DA SILVA

CPF (CNPJ)
08098618447

PLACA
NOVO

CHASSI
9C23030708R249560

REGISTRO
MOTOCICLETA/NAO-TRIPULADA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB
2008

CAP. POT. CILS
2 P/124 /CJ

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 28/04/2014

FAIXA IPVA
A

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011460919747 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTO É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

ESTADO DO SEGURO

DATA EMISSÃO

PLACA

CHASSI

MARCA/MODELO

ANO FAB

CAP. POT. CILS

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

COTA ÚNICA

FAIXA IPVA

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL

PREMIO TOTAL

PREMIO TOTAL

PREMIO TOTAL

PREMIO TOTAL

PREMIO TOTAL


M B M
SEGURADORA

19 ABR. 2015

DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0851433/16
Vítima: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA
CPF: 910.215.374-20

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

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

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

OUTORGANTE:

Nome: Geomey Barreiro de Oliveira
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Agricultora
Identidade: 792.775-2 CPF: 910.215.374-20
Endereço: Rua Professora Maria Rêgina Costa Simão, Nº 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: 58704-460 - 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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, ~~a fim de requerer a~~ indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT

Geomey Barreiro de Oliveira



Manairá - PB 21/03/2016

Local e data

Geomey Barreiro de Oliveira

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

