



Número: **0800272-30.2018.8.15.0941**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Água Branca**

Última distribuição : **13/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
R. M. D. S. (AUTOR)		THALITA PIMENTEL DE SOUSA (ADVOGADO)	
MARILEIDE DA SILVA (AUTOR)		THALITA PIMENTEL DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38937754	01/02/2021 11:45	Petição	Petição
38937762	01/02/2021 11:45	2703733_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
38937765	01/02/2021 11:45	2703733_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marileide da Silva
RG nº 2.755.467, data de expedição 27/04/2000 Órgão SSP - PB
CPF nº 042.101.784-89, 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	<u>Rua Projetada</u>
Número	<u>0</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Qualterina</u>
Cidade	<u>Água Branca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58748000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99635-9484 / (83) 99630-1658 / (83) 3421-8003</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Água Branca - PB; 29 / Junho / 2017

Assinatura do Declarante: Marileide da Silva



MALFUCIO JOSE DA SILVA
 RUA PROJETADA D: GUALTERIA
 AGUA BRANCA/PB CEP: 5740000 FONE: (35) 3333-3333

Energisa
 ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
 Rua da Cidadania, 100 - Centro - João Pessoa/PB - CEP 53011-000
 CNPJ 08.985.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-4

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9-230, Km 25 - Gêlo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53011-000
 Referência: Mai / 2017 Emissão: 22/05/2017
 Nº medidor: 00006576308 Nota Fiscal/Contá de Energia Elétrica Nº001.021.502
 Código para Débito Automático: 00016321633

0800 083 0196
 Atendimento ao Cliente

Conta referente a: **Uc (unidade consumidora): 5/1652163-5**

Período: **Mai / 2017**

Data prevista da próxima leitura: **22/06/2017**

CPF/CNPJ/RAN: **00006576308**

Faturas em atraso:

Período	Valor
20/04/2017	108,00
20/05/2017	108,00
20/06/2017	108,00

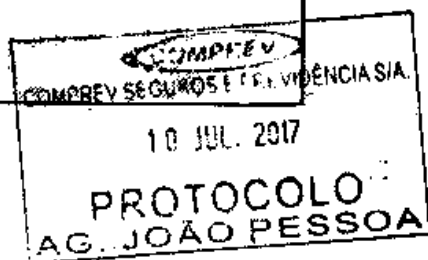
Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo
Abri/17	153
Mai/17	182
Jun/17	182
Jul/17	182
Ago/17	182
Sep/17	182
Out/17	182
Nov/17	182
Dez/17	182
Jan/18	182
Fev/18	182
Mar/18	182
Abr/18	182
Mai/18	182
Jun/18	182
Jul/18	182
Ago/18	182
Sep/18	182
Out/18	182
Nov/18	182
Dez/18	182
Jan/19	182
Fev/19	182
Mar/19	182
Abr/19	182
Mai/19	182
Jun/19	182
Jul/19	182
Ago/19	182
Sep/19	182
Out/19	182
Nov/19	182
Dez/19	182
Jan/20	182
Fev/20	182
Mar/20	182
Abr/20	182
Mai/20	182
Jun/20	182
Jul/20	182
Ago/20	182
Sep/20	182
Out/20	182
Nov/20	182
Dez/20	182
Jan/21	182
Fev/21	182
Mar/21	182
Abr/21	182
Mai/21	182
Jun/21	182
Jul/21	182
Ago/21	182
Sep/21	182
Out/21	182
Nov/21	182
Dez/21	182
Jan/22	182
Fev/22	182
Mar/22	182
Abr/22	182
Mai/22	182
Jun/22	182
Jul/22	182
Ago/22	182
Sep/22	182
Out/22	182
Nov/22	182
Dez/22	182
Jan/23	182
Fev/23	182
Mar/23	182
Abr/23	182
Mai/23	182
Jun/23	182
Jul/23	182
Ago/23	182
Sep/23	182
Out/23	182
Nov/23	182
Dez/23	182
Jan/24	182
Fev/24	182
Mar/24	182
Abr/24	182
Mai/24	182
Jun/24	182
Jul/24	182
Ago/24	182
Sep/24	182
Out/24	182
Nov/24	182
Dez/24	182
Jan/25	182
Fev/25	182
Mar/25	182
Abr/25	182
Mai/25	182
Jun/25	182
Jul/25	182
Ago/25	182
Sep/25	182
Out/25	182
Nov/25	182
Dez/25	182
Jan/26	182
Fev/26	182
Mar/26	182
Abr/26	182
Mai/26	182
Jun/26	182
Jul/26	182
Ago/26	182
Sep/26	182
Out/26	182
Nov/26	182
Dez/26	182
Jan/27	182
Fev/27	182
Mar/27	182
Abr/27	182
Mai/27	182
Jun/27	182
Jul/27	182
Ago/27	182
Sep/27	182
Out/27	182
Nov/27	182
Dez/27	182
Jan/28	182
Fev/28	182
Mar/28	182
Abr/28	182
Mai/28	182
Jun/28	182
Jul/28	182
Ago/28	182
Sep/28	182
Out/28	182
Nov/28	182
Dez/28	182
Jan/29	182
Fev/29	182
Mar/29	182
Abr/29	182
Mai/29	182
Jun/29	182
Jul/29	182
Ago/29	182
Sep/29	182
Out/29	182
Nov/29	182
Dez/29	182
Jan/30	182
Fev/30	182
Mar/30	182
Abr/30	182
Mai/30	182
Jun/30	182
Jul/30	182
Ago/30	182
Sep/30	182
Out/30	182
Nov/30	182
Dez/30	182
Jan/31	182
Fev/31	182
Mar/31	182
Abr/31	182
Mai/31	182
Jun/31	182
Jul/31	182
Ago/31	182
Sep/31	182
Out/31	182
Nov/31	182
Dez/31	182
Jan/32	182
Fev/32	182
Mar/32	182
Abr/32	182
Mai/32	182
Jun/32	182
Jul/32	182
Ago/32	182
Sep/32	182
Out/32	182
Nov/32	182
Dez/32	182
Jan/33	182
Fev/33	182
Mar/33	182
Abr/33	182
Mai/33	182
Jun/33	182
Jul/33	182
Ago/33	182
Sep/33	182
Out/33	182
Nov/33	182
Dez/33	182
Jan/34	182
Fev/34	182
Mar/34	182
Abr/34	182
Mai/34	182
Jun/34	182
Jul/34	182
Ago/34	182
Sep/34	182
Out/34	182
Nov/34	182
Dez/34	182
Jan/35	182
Fev/35	182
Mar/35	182
Abr/35	182
Mai/35	182
Jun/35	182
Jul/35	182
Ago/35	182
Sep/35	182
Out/35	182
Nov/35	182
Dez/35	182
Jan/36	182
Fev/36	182
Mar/36	182
Abr/36	182
Mai/36	182
Jun/36	182
Jul/36	182
Ago/36	182
Sep/36	182
Out/36	182
Nov/36	182
Dez/36	182
Jan/37	182
Fev/37	182
Mar/37	182
Abr/37	182
Mai/37	182
Jun/37	182
Jul/37	182
Ago/37	182
Sep/37	182
Out/37	182
Nov/37	182
Dez/37	182
Jan/38	182
Fev/38	182
Mar/38	182
Abr/38	182
Mai/38	182
Jun/38	182
Jul/38	182
Ago/38	182
Sep/38	182
Out/38	182
Nov/38	182
Dez/38	182
Jan/39	182
Fev/39	182
Mar/39	182
Abr/39	182
Mai/39	182
Jun/39	182
Jul/39	182
Ago/39	182
Sep/39	182
Out/39	182
Nov/39	182
Dez/39	182
Jan/40	182
Fev/40	182
Mar/40	182
Abr/40	182
Mai/40	182
Jun/40	182
Jul/40	182
Ago/40	182
Sep/40	182
Out/40	182
Nov/40	182
Dez/40	182
Jan/41	182
Fev/41	182
Mar/41	182
Abr/41	182
Mai/41	182
Jun/41	182
Jul/41	182
Ago/41	182
Sep/41	182
Out/41	182
Nov/41	182
Dez/41	182
Jan/42	182
Fev/42	182
Mar/42	182
Abr/42	182
Mai/42	182
Jun/42	182
Jul/42	182
Ago/42	182
Sep/42	182
Out/42	182
Nov/42	182
Dez/42	182
Jan/43	182
Fev/43	182
Mar/43	182
Abr/43	182
Mai/43	182
Jun/43	182
Jul/43	182
Ago/43	182
Sep/43	182
Out/43	182
Nov/43	182
Dez/43	182
Jan/44	182
Fev/44	182
Mar/44	182
Abr/44	182
Mai/44	182
Jun/44	182
Jul/44	182
Ago/44	182
Sep/44	182
Out/44	182
Nov/44	182
Dez/44	182
Jan/45	182
Fev/45	182
Mar/45	182
Abr/45	182
Mai/45	182
Jun/45	182
Jul/45	182
Ago/45	182
Sep/45	182
Out/45	182
Nov/45	182
Dez/45	182
Jan/46	182
Fev/46	182
Mar/46	182
Abr/46	182
Mai/46	182
Jun/46	182
Jul/46	182
Ago/46	182
Sep/46	182
Out/46	182
Nov/46	182
Dez/46	182
Jan/47	182
Fev/47	182
Mar/47	182
Abr/47	182
Mai/47	182
Jun/47	182
Jul/47	182
Ago/47	182
Sep/47	182
Out/47	182
Nov/47	182
Dez/47	182
Jan/48	182
Fev/48	182
Mar/48	182
Abr/48	182
Mai/48	182
Jun/48	182
Jul/48	182
Ago/48	182
Sep/48	182
Out/48	182
Nov/48	182
Dez/48	182
Jan/49	182
Fev/49	182
Mar/49	182
Abr/49	182
Mai/49	182
Jun/49	182
Jul/49	182
Ago/49	182
Sep/49	182
Out/49	182
Nov/49	182
Dez/49	182
Jan/50	182
Fev/50	182
Mar/50	182
Abr/50	182
Mai/50	182
Jun/50	182
Jul/50	182
Ago/50	182
Sep/50	182
Out/50	182
Nov/50	182
Dez/50	182
Jan/51	182
Fev/51	182
Mar/51	182
Abr/51	182
Mai/51	182
Jun/51	182
Jul/51	182
Ago/51	182
Sep/51	182
Out/51	182
Nov/51	182
Dez/51	182
Jan/52	182
Fev/52	182
Mar/52	182
Abr/52	182
Mai/52	182
Jun/52	182
Jul/52	182
Ago/52	182
Sep/52	182
Out/52	182
Nov/52	182
Dez/52	182
Jan/53	182
Fev/53	182
Mar/53	182
Abr/53	182
Mai/53	182
Jun/53	182
Jul/53	182
Ago/53	182
Sep/53	182
Out/53	182
Nov/53	182
Dez/53	182
Jan/54	182
Fev/54	182
Mar/54	182
Abr/54	182
Mai/54	182

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. PRESIDENTE EPITACIO PESSOA, 287
58700-020 - PATOS - PB

EMMANOELA S P V SOU
R ITTICO GOMES 405
58700-970 - PATOS - PB
Comprovante de residencia
K350819127BR
354

CAIXA



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marileide da Silva
RG nº 2.455.367, data de expedição 27/04/2017 Órgão SSP - PB
CPF nº 042.101.784-89, 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, do documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	Rua Proxetada
Número	0
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Quatrinha
Cidade	Água Branca
Estado	Paraíba
CEP	58428000
Telefone de Contato	(83) 99635-9484 / (83) 99630-1658 / (83) 3421-8003
E-mail	emmanuela@hotmail.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Água Branca - PB; 29 / Junho / 2017

Assinatura do Declarante:

Marileide da Silva



CÓPIA



Energisa
 EMPRESA S.A. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 Rua Projecta, 9 - Quadra 11
 Água Branca / Fone: 011-4000-1155
 CEP: 05001-900
 São Paulo - SP

Atendimento ao Cliente
 0800-08310196

Unidade Consumidora
 01652163-5

Maio/2017
 22/05/2017

Historico de Consumo
 (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Dez/16	157
Nov/16	187
Out/16	152
Set/16	155
Ago/16	154
Jul/16	157
Jun/16	157
Maio/16	157

Base de Cálculo
 29/05/2017

Valor a Pagar
 R\$ 15,12

COMPRESSO
 01/07/2017

PROTÓCOLO
 AG JOAO PESSOA

08/11/17
 09:04:42

08/11/17
 09:04:42

CÓPIA

15/02/2017
 17:04:20

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. PRESIDENTE EPITACIO PESSOA, 267
58700-020 - PATOS - PB

EMMANOELA S P V SOU
R. ITICO GOMES 405
58700-970 - PATOS - PB

Comprovante de residência
58819127BR

CAIXA

COMPET V
CONCREV SEGUROS E C. V. VIDÊNCIA S/A.
18/07/2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

CÓPIA



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marileide da Silva
RG nº 2.755.467, data de expedição 27/04/2017 Órgão SSP - PB
CPF nº 042.101.784-89, 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:

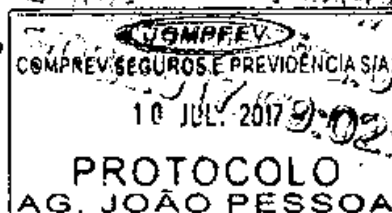
Logradouro	Rua Projetada
Número	0
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Qualterina
Cidade	Água Branca
Estado	Paraíba
CEP	58748000
Telefone de Contato	(83) 99635-9484 / (83) 99630-1658 / (83) 3421-8003
E-mail	emmanuela@hotmail.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Água Branca - PB, 29/ Junho / 2017

Assinatura do Declarante: Marileide da Silva

CÓPIA



CÓPIA



energisa

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - RESIDENCIAL / RESIDENCIAL NOROCCIDENTAL

Endereço: Rua 15 - Casa Richard - Jd. Pádua - PB - CEP 50011-000

CPF: 08.001.083.0196

Referência: 06/2017

Validade: 29/05/2017

Relatório de Consumo de Energia Elétrica: 06/2017

Unidade Consumidora: 080010830196

Medição: 22/05/2017

Consumo: 115,1 kWh

Valor: R\$ 15,12

Vencimento: 29/05/2017

Total a pagar: R\$ 15,12

Composição de valor total da sua conta:

Descrição	Valor (R\$)	%
Atividade de Consumo	23,14	71,34
Serviço de Transmissão	1,17	1,34
Serviço de Distribuição	1,28	1,34
Imposto de Consumo	41,60	91,81
Outros	0,00	0,00
Total	115,12	100,00

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:45:45

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111454452400000037120116

Número do documento: 21020111454452400000037120116

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JUL. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA





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 Marileide da Silva, portador(a) do RG nº 2.755.767, expedido por SSP - PB, em 27/04/2000, CPF/CNPJ nº 062.101.784-89,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Robercio Marcos da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Robercio Marcos da Silva, e conforme

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

Profissão: Agricultora Renda Mensal: R\$ Pequeno-mé

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, CONTA, SEM COMPROVANTE DE PROFISSÃO E RENDA.

Marileide da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



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) Robercio

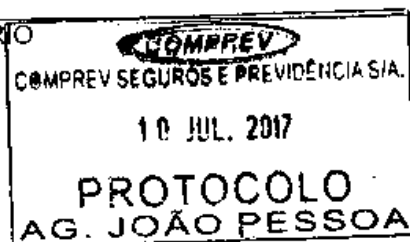
Marco da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez
da vítima Robercio Marcos da Silva, e conforme

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

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO,
CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração Circular SUSEP 445/1



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

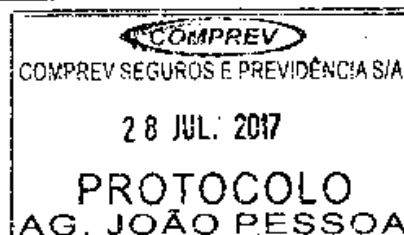
04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Marilide da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Roberto Marcos da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.


ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO



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 Marileide da Silva, portador(a) do

RG nº 2.755.767, expedido por SSP - PB, em

27/04/2000, CPF/CNPJ nº 012.101.784-89

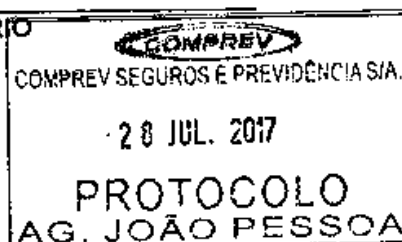
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Marileide da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Robercio Marcos da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Reuso Renda Mensal: R\$ Reuso

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

Marileide da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração Circular SUSEP 445/12



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP 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) Marceline da Silva

do sinistro de DPVAT da natureza Invalidar

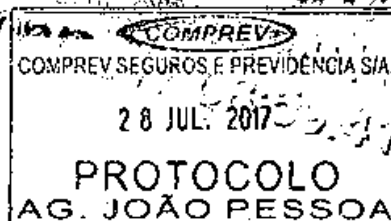
da vítima Roberto Marcos da Silva, e conforme

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

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.

ASSINATURA - PROCURADOR INTERMEDIÁRIO



CÓPIA



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP 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 Marileide da Silva, portador(a) do

RG nº 2.155.367, expedido por SSP - PB, em

27/10/2000, CPF/CNPJ nº 012.101.784-8977, em

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

da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Roberto Marcos da Silva, e conforme

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

Profissão: Ruivo Renda Mensal: R\$ Ruivo

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA,
CONTA, SEM COM PROVANTE DE PROFISSÃO E RENDA

ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO: Marileide da Silva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
28 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marilene da Silva
RG nº 2755767, data de expedição 27/04/2000
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 042.101.784-89, com
domicílio na cidade de Araucária, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Merueto S/N Zona Rural, nº S/N
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Roberto Marcos da Silva, cujo o condutor era
Marilene da Silva
Veículo: Motor
Modelo: Honda NXR 150 Bros ES
Ano: 2014
Placa: 0FD 8873 PB
Chassi: 9C2KDDSS0E2318159
Data do Acidente: 05.11.2016
Local e Data: Araucária - PB 24 de Maio de 2017

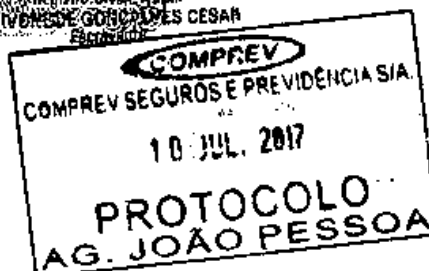
- Marilene da Silva

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

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



CARTÓRIO BARBOSA CRRAR
Rafael Barbosa
INSTRUMENTO PÚBLICO Nº 2503-DURFAR
Pernambuco



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marilide da Silva

RG nº 2755767, data de expedição 27/04/2000

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 042.101.784-89, com

domicílio na cidade de Araucária, no Estado de

Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Merueto S/N Zona Rural, nº S/N

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Roberto Marcos da Silva, cujo o condutor era

Marilide da Silva

Veículo: 1900

Modelo: Honda NXR 150 Bros ES

Ano: 2014

Placa: 0FD 8873 PB

Chassi: 9C2KDD550E2318159

Data do Acidente: 05.11.2016

Local e Data: Araucária - PB 24 de Maio de 2017

- Marilide da Silva



Assinatura do Declarante

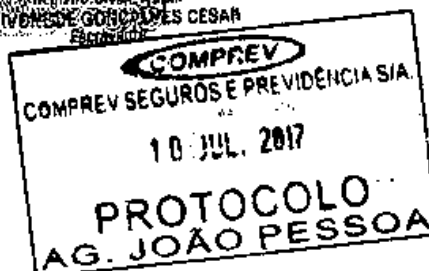
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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

(Sem reconhecimento de firma)



CARTÓRIO BARBOSA CBRAR
Rafael Barbosa
INSTRUMENTOS GONÇALVES CESAR
FERNANDES



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Manilde de Silva

RG nº 2755767 data de expedição 27/04/2000

Órgão SSP-PB portador do CPF nº 042.001.784-89 com

domicílio na cidade de Apia Buena no Estado de Pernambuco

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Mereto SN Zona Rural nº SN

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Roberto Marcos de Silva cujo o condutor era

Manilde de Silva

Veículo: Moto

Modelo: Honda NXR 150 Bros ES

Ano: 2010

Placa: DEB 8813 PB

Chassi: 9C2KDD550E2318459

Data do Acidente: 05.11.2016

Local e Data: Apia Buena PB 24 de Novembro 2017

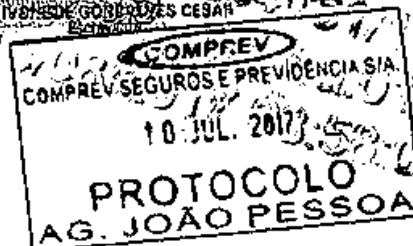
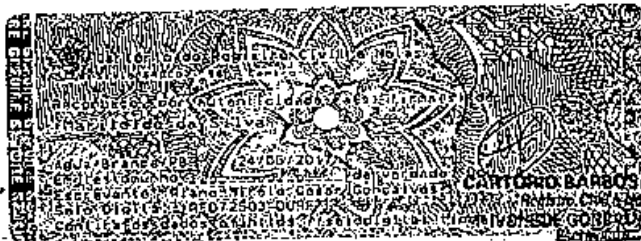
Manilde de Silva

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

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

(Sem reconhecimento de firma)



CÓPIA



CÓPIA

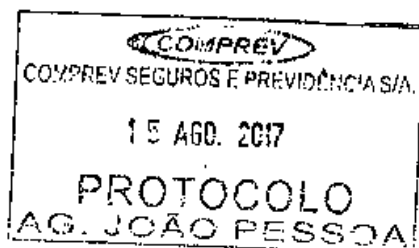


Dra. Gisiane Cruz de Lima
Fisioterapeuta

ATESTADO DE AVALIAÇÃO CINÉSIO FUNCIONAL

EU, Dra. Gisiane Cruz de Lima, Fisioterapeuta, CREFITO: 177553-F declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que ROBERCIO MARCOS DA SILVA foi vítima de acidente motociclistico no dia 05 de novembro de 2016 e que em decorrência disto sofreu fratura na clavícula esquerda além de contusão no pé direito. O paciente apresentou-se em bom estado geral, corado, hidratado, marcha normal. Referiu dores no ombro esquerdo mesmo antes de se proceder qualquer manobra semiológica, e todas as manobras realizadas de como teste de sobrecarga biomecânica, teste de falseio de ombro, resistência em rotação externa e teste de compressão da bursa sub-acromial, descritos na literatura deram positivo à visão deste examinador. Também realizados testes de confiabilidade (força muscular), mobilização e goniometria (diminuição da amplitude de movimento para abdução). Considero comprometimento funcional parcial para atividades que se torna necessária a repetitividade de movimento do ombro esquerdo, força muscular estática e elevação do ombro com carga acima de 90°, devido às características e evolução das lesões.

Obs: na ocasião para avaliação a vítima apresentou-se acompanhado de sua mãe, Marileide da Silva.



14 de agosto de 2016 – Patos/PB

Dra. Gisiane Cruz
Fisioterapeuta - CREFITO 177553-F
CPF: 070.475.954-57

Gisiane Cruz de Lima

Gisiane Cruz de Lima
(Fisioterapeuta)

CREFITO, Resolução nº. 381, de 03 de novembro de 2010. Dispõe em seu Artigo 1º que o Fisioterapeuta o âmbito de sua atuação profissional e competente e emitir parecer, atestado ou laudo pericial.



RESOLUÇÃO Nº. 381/2010

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
RESOLUÇÃO nº. 381, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2010.

Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Fisioterapeuta de atestados, pareceres e laudos periciais.

O Plenário do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no exercício de suas atribuições legais e regimentais, em sua 208ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 03 de novembro de 2010, em sua subsele, situada na Rua Napoleão de Barros, nº. 471, Vila Clementino, São Paulo-SP:

CONSIDERANDO suas prerrogativas legais dispostas na Lei Federal 6.316 de 17/12/1975;

CONSIDERANDO o disposto na norma do parágrafo 1º do artigo 145, da Lei 5.869/73 e suas alterações;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 80, de 09 de maio de 1987;

CONSIDERANDO o disposto na norma do artigo 5º da Resolução COFFITO nº 123 de 19 de março de 1991;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução COFFITO nº 259, de 18 de dezembro de 2003;

CONSIDERANDO o disposto na norma da Resolução do Conselho Nacional de Educação/CES nº 4 de 19/02/2002, que estabelece as diretrizes curriculares para a formação profissional do Fisioterapeuta;

Resolve:

Artigo 1º - O Fisioterapeuta no âmbito da sua atuação profissional é competente para elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus efeitos no desempenho laboral em razão das seguintes solicitações:

- a) demanda judicial;
- b) readaptação no ambiente de trabalho;
- c) afastamento do ambiente de trabalho para a eficácia do tratamento fisioterapêutico;
- d) instrução de pedido administrativo ou judicial de aposentadoria por invalidez (incompetência laboral definitiva);
- e) instrução de processos administrativos ou sindicâncias no setor público (em conformidade com a Lei 9.784/99) ou no setor privado e
- f) e onde mais se fizerem necessários os instrumentos referidos neste artigo.

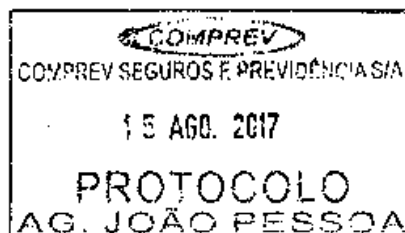
*** É de suma importância ressaltar que as perícias judiciais ou assistência técnicas não devem ser efetivadas, exclusivamente, por profissionais médicos, mas por pessoas graduadas que tenham conhecimento científico a respeito daquilo que está sendo periciado. *In casu*, o fisioterapeuta é profissional com conhecimento científico suficiente para entender e proferir um laudo sobre fisiologia, anatomia ou semiologia do corpo humano, baseado na Biofísica, Bioquímica, Cinesiologia, Biomecânica e em outras ciências básicas, até porque trata de doenças comprometedoras de movimentos ou funções orgânicas e suas consequências, mediante promoção de movimentos ativos ou passivos dos próprios doentes, usando recursos diversos, como: massagem, ginástica e reeducação funcional.

Atenciosamente, Gisiane Cruz de Lima

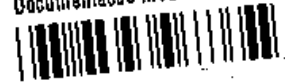
FISIOTERAPEUTA CREFITO 1: 177553-F

e-mail: gclimafisio@hotmail.com

Dra. Gisiane Cruz
Fisioterapeuta - CREFITO 177553-F
CPF 070.427.854-52



Documentação médica - hospital



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



LUNDO ORTOPE'DO

Atend. R. O. BEIRO

MARLOS DA SILVA

Spa de avaliação

de membros inferiores

05/11/16 queda

Fratura +
contusão eq.

Hoss + Fratura

na antebra - a
com fratura

[Signature] 14/09/17

Stênio Guly W. Araújo
CRM 1325 - CBO 223146
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Rua Horácio Nobrega 505 - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 SET. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

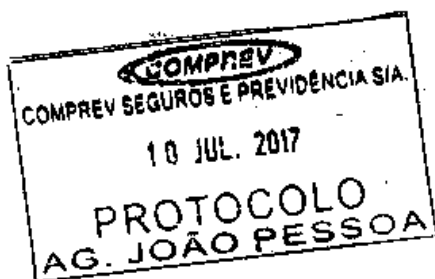
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
140.833.284-10

Nome
ROBERCIO MARCOS DA SILVA

Nascimento
01/12/2003

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2755757 DATA DE EXPEDIÇÃO 27 ABR 2000

NOME MARILEIDE DA SILVA

FILIAÇÃO Amadeu Avelino da Silva
Mária Leuda da Silva

Agua Branca -PB 30.05.1982

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.Nº8457, Fls.63, Liv.A-9, Cart. DOB ORDEM

Agua Branca -PB

Chf

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P-20

Manileide da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 042.101.784-89

Nome MARILEIDE DA SILVA

Nascimento 30/05/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

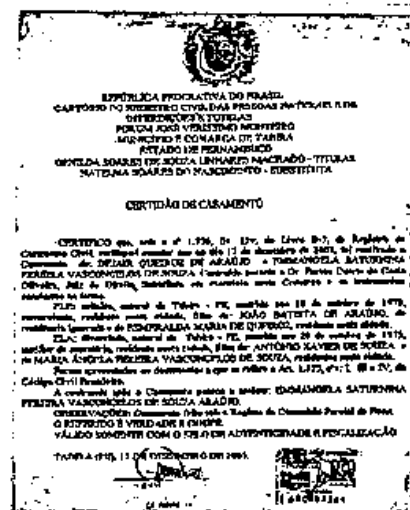
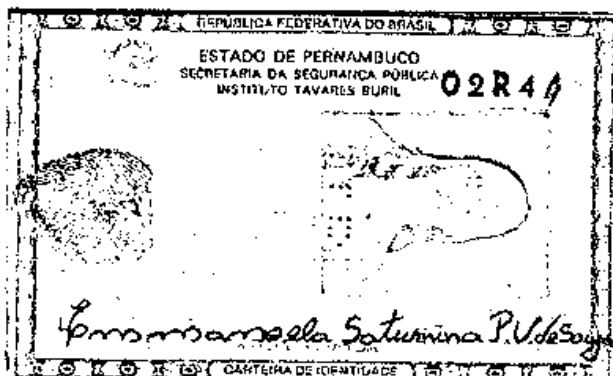
0B22.7368.0146.6CFA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:52:53 do dia 02/12/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

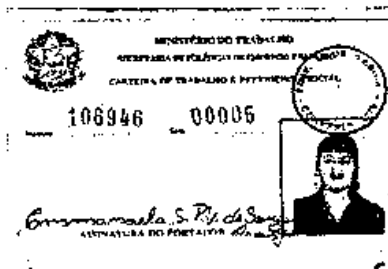
Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

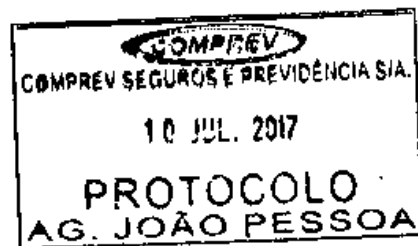
Nascimento
28/10/1975

DADOS PESSOAIS	
Nome do Trabalhador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO	
CPF: 029.848.084-01	
Data de Nascimento: 28/10/1975	
Local de Nascimento: TABIRA/PE	
Assinatura: [Assinatura]	
Data de Emissão: 17/03/1997	

TÍTULO ELEITORAL	
IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA	
NOME DO ELEITOR: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA	
DATA DE NASCIMENTO: 28/10/1975	CPF: 0481 3123 0833
UF: TABIRA/PE	DATA DE EMISSÃO: 15/05/2013
Assinatura: [Assinatura]	



Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO GERAL: 4.572.305 DATA DE EMISSÃO: 04.01.1994

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza
Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.

DATA DE NASCIMENTO: 28.10.1975

DEPARTAMENTO: Cert. Nas. 1316 L. 65 P. 57 Cart. de Tabira-PE.

ASSINATURA DO GESTOR: [Assinatura]

LEI Nº 116 DE 2004

CÓDIGO DE CONTROLE
06EA.5464.DC0C.B5A2



Emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Emmanuela S.P.V.S. Souza

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM NÚMERO GERAL JUSTIÇA ELEITORAL

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO ELETRÔNICA

Emmanuela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza. Arquivado em 28.10.75

Antonio Xavier de Souza e Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

DATA DE NASCIMENTO: 28.10.1975

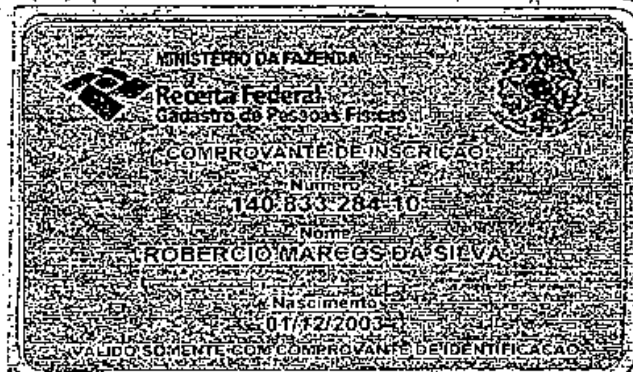
DEPARTAMENTO: Cert. Nas. 1316 L. 65 P. 57 Cart. de Tabira-PE.

ASSINATURA DO GESTOR: [Assinatura]

LEI Nº 116 DE 2004



Documentos de identificação



CÓPIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

02R41

32-925-1234

Emmanoela Saturnina P. Vasconcelos

CANDEIA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1975

INSCRIÇÃO 0481 3125 0833

UF 050

SEÇÃO 0030

MUNICÍPIO/UF TABIRA/PE

DATA DE EMISSÃO 15/05/2013

Assinatura

Ministério do Trabalho
Central de Registro e Previdência Social

106946 00005

Emmanoela S. Pereira

15/05/2017 09:00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÃO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1975

LOCAL DE NASCIMENTO TABIRA

Assinatura

DATA DE EMISSÃO 15/05/2017

CPF 029.848.084-01

DATA DE EMISSÃO 15/05/2017

CPF 029.848.084-01

DATA DE EMISSÃO 15/05/2017

CPF 029.848.084-01

Documentos de identificação



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

20/07/2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



15/02/2017 09:00:17
15/02/2017 09:00:17
15/02/2017 09:00:17

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF: 4.672.305 DATA DE EMISSÃO: 04.01.1994

EMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antonio Xavier de Souza
Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

Tabira-PE, 28.10.1975

Cart. N.º 1316, L. 66, P. 57, Cart. de Tabira-PE.

LEI Nº 7.116/96

15/02/2017 09:00:17
15/02/2017 09:00:17
15/02/2017 09:00:17

CÓDIGO DE CONTROLE
06EA.5454.DC0C.B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito Verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Assinatura digital de Emmanoela S. P. Vasconcelos

ASSINATURA DO IMPRIMÍVEL DIGITAL DO ELEITOR

ORGANIZAÇÃO DO ELEITOR

Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza, Arrolada em 28.10.75

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza, Cart. N.º 1316, L. 66, P. 57, Cart. de Tabira-PE.

15/02/2017 09:00:17

CÓPIA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2755767 DATA DE EXPEDIÇÃO 27 ABR 2000

Nome MARILEIDE DA SILVA

FILIAÇÃO Amadeu Avelino da Silva
Mária Leuda da Silva

Agua Branca - PB 30.05.1982

Cert. Nasc. Nº 8457, Fls. 63, Liv. A-9, Cart. Agua Branca - PB

Assinatura do Titular

Carteira de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

BI-P-20

Assinatura do Titular

Carteira de Identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 042.101.784-89

Nome MARILEIDE DA SILVA

Nascimento 30/05/1982

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



CÓDIGO DE CONTROLE

0B22.7368.0146.6CFA

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:52:53 do dia 02/12/2016 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

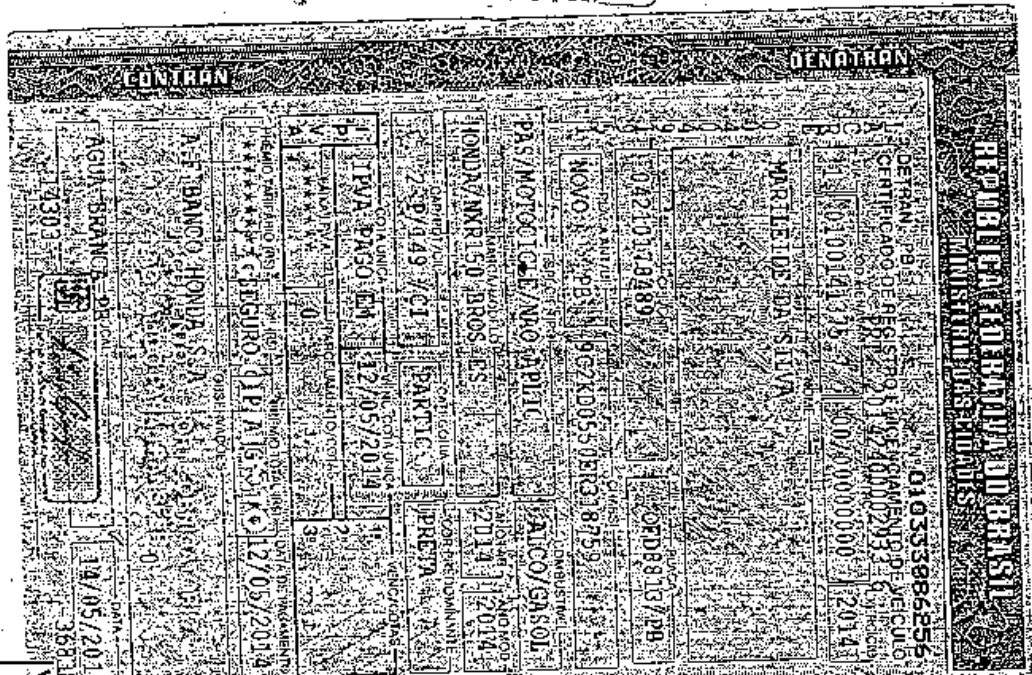
10 JUL 2017

PROTOCOLO

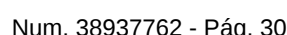
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AGUAO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264061/17
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
CPF: 140.833.284-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/11/2016
Titular do CPF: ROBERCIO MARCOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARILEIDE DA SILVA : 042.101.784-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ROBERCIO MARCOS DA SILVA : 140.833.284-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 10/07/2017
Nome: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO
CPF/CNPJ: 029.848.084-01

Data: 10/07/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264061/17
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
CPF: 140.833.284-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/11/2016
Titular do CPF: ROBERCIO MARCOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARILEIDE DA SILVA : 042.101.784-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ROBERCIO MARCOS DA SILVA : 140.833.284-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 10/07/2017
Nome: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO
CPF/CNPJ: 029.848.084-01

Data: 10/07/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CÓPIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315882/17
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
CPF: 140.833.284-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/11/2016
Titular do CPF: ROBERCIO MARCOS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARILEIDE DA SILVA : 042.101.784-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ROBERCIO MARCOS DA SILVA : 140.833.284-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 da entrega: 15/08/2017
Nome: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO
CPF/CNPJ: 029.848.084-01

EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170452163 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 05/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade 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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170452163 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 05/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de clavícula esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade 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:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170452163 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA **Data do acidente:** 05/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME VITIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+), LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ROTAÇÃO EXTERNA E DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO EM 20°, ATROFIA MUSCULAR RELATIVA, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMI J POR UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Marileide da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Agrônoma
Identidade: 8455767 CPF: 042.101.789-89
Endereço: Sítio Povoado SIN Área Rural Apa Buena PB

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.

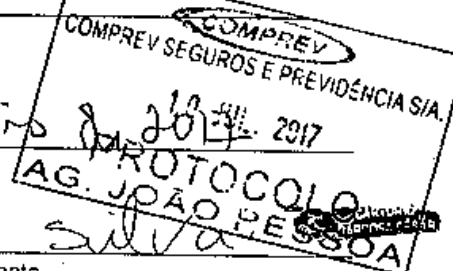
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, e 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, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Roberto Marcos de Silva

Apa Buena-PB 24 de Maio de 2017
Local e data

- Marileide da Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Marilide da Silva Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Agricultora Identidade: 8455367 CPF: 042.101.784-89
Endereço: Sítio Veneza S/N Área Rural Apa Buena PB

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 Tílio 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, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Roberto Marcos da Silva

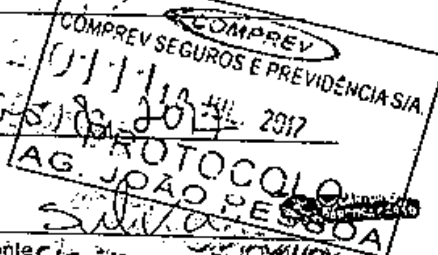
Apá Buena-PB 24 de Maio de 2017

Local e data

Marilide da Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



CÓPIA



**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): **ROBERCIO MARCOS DA SILVA** Sinistro: **3170452163** Data: **05/11/2016**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, CASA - GUALTERINA - Água Branca - PB - CEP 58748-000**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] 2755767
Data local do exame: [**13/10/2017**] **Patos** [**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)
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA . AO EXAME VITIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+), LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ROTAÇÃO EXTERNA E DA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO EM 20°, ATROFIA MUSCULAR RELATIVA, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO HEMI J POR UM PERÍODO DE 60 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.

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

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção 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

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente

decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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.

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11522860

A/C: MARILEIDE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170452163 ASL-0315882/17
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
Data Acidente: 05/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01635/01636 - carta_01



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2017

Carta nº: 11753538

A/C: MARILEIDE DA SILVA

Sinistro: 3170452163 ASL-0315882/17
Vítima: ROBERCIO MARCOS DA SILVA
Data Acidente: 05/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Pag. 00799/00800 - carta_02





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu Marilade da Silva
PORTADOR (A) DO RG Nº 2.355.364 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 24/04/2000
CPF/CNPJ Nº 012.101.789.89 PROFISSÃO Agricultora
E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 0,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA
Roberto Marcos da Silva
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal
- Conta tipo FACIL, operação 023 da CEF (Conta 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 da proposta de abertura da conta como documento comprobatório de 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 dos segurados DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito).
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS) A
Nº 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 BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 178-172-0

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.

Aqua Branca - PB, 29/ Junho / 2017 LOCAL E DATA
Marilade da Silva ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.dpvatseguradordalider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 28/06/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0043 PATOS OPER: 013 CONTA: 178.172-0
PERIODO: 28062017 ATE: 28062017 CPF: 042.101.784-89
NOME: MARILEIDE DA SILVA VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	A X A	V A L O R	S A L D O
----------	--------	-----------	-------	-----------	-----------

SALDO EM 27/06/2017 R\$

F1 AJUDA
F3 RETORNAR

F4 SALDO POR DATA LIMITE
F6 EXTRATO ANTERIOR

F7 VOLTAR PAG.
F8 AVANCAR PAG.

TEF3442C
F12 FINALIZAR

COMPREV

PREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

10 JUL 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Date: 28/06/2017 Time: 14:04:50





Seguradora

LIDER

Sociedade Anônima de Seguros DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu Marilude da SilvaPORTADOR (A) DO RG Nº 2.355.767 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 27/04/2000CPF/CNPJ No. 042.101.789-89 PROFISSÃO AgricultoraE RENDA MENSAL DE R\$ Ricco (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMARoberto Marcos da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp 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 LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 como documento comprobatório de 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 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 BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 178.172-0

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.

Aguá Branca - PB 29/Junho/2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 o plano de seguro previsto 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 0800-022126.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:45:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111454452400000037120116>

Número do documento: 21020111454452400000037120116

Num. 38937762 - Pág. 44

Page: 1 Document Name: untitled

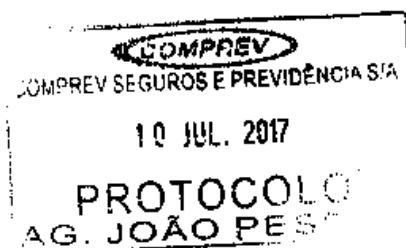
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 28/06/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0043 PATOS OPER: 013 CONTA: 178.172-0
PERIODO: 28062017 ATE: 28062017 CPF: 042.101.784-89
NOME: MARILEIDE DA SILVA VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. TEF3442C
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR



Date: 28/06/2017 Time: 14:04:50





Seguradora

LÍDER**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

Eu Marielude da Silva PORTADOR (A) DO RG Nº 3.355.467 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 23/04/2000
 CPF/CNPJ Nº 012.101.789.89 PROFISSÃO Agricultora
 E RENDA MENSAL DE R\$ 14,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
 REFERENTE À INDENIZAÇÃO REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA
Roberto Marcos da Silva AUTORIZO A
 SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 como documento comprobatório de 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 SISOPVAT 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 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 BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 178.172-0

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.

Aquidauana, PB - 29/06/2017
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JUL 2017

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.600,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade da lesão), 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.dpvatsegurodotransil.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

PROTOCOLADO
 AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:45:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111454452400000037120116>

Número do documento: 21020111454452400000037120116

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 28/06/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0043 PATOS OPER: 013 CONTAS: 178/172-0
PERIODO: 28062017, ATE: 28062017 CPF: 042.101.784-89
NOME: MARILEIDE DA SILVA VLR.BLO.JUD: 09:01:37

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

F1 AJUDA F4 SALDO EM 27/06/2017 R\$ TEF3442C
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F7 VOLTAR PAG.
F8 AVANÇAR PAG. F12 FINALIZAR

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA

10 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESS

CÓPIA

Date: 28/06/2017 Time: 14:04:50





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL
16ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DE ÁGUA BRANCA/PB

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRENCIA



CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 113/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 12 dias do mês DEZEMBRO de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o Del. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta das 11h32min, compareceu o senhor: MARILEIDE DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultora, nascido aos 30/05/1982, filho de Amadeu Avelino da Silva e Maria Leuda da Silva, residente no Sítio Mereco, zona rural de Água Branca/PB. Notificando QUE: que no dia 05/11/2016 por volta das 15h30min, seguia guiando uma moto e que seu filho Robercio Marcos da Silva seguia na garupa da moto, que seguiam sentido Sítio Mereco para a cidade de Água Branca, quando já na entrada do Barro Vermelho ao passar por uma lombada a declarante perdeu o controle da moto e caíram, que a declarante o Robercio foram socorridos pela ambulância e levados para o Hospital de Água Branca, que a declarante sofreu apenas arranhões, que seu filho Robercio Marcos sofreu vários arranhões pelo corpo, quebrou a clavícula, e machucou o dedo do pé direito, que Robercio recebeu os primeiros socorros no Hospital de Água Branca e em seguida foi transferido para o Hospital Regional de Patos onde foi atendido e liberado em seguida, a moto que a declarante guiava era uma HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO FAB/MOD 2014, PLACA OFD 8813/PB, CHASSI 9C2KD0550ER318759, EM NOME DE MARILEIDE DA SILVA. QUE a declarante não possui Carteira Nacional de Habilitação. 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 1 (um) a 5 (cinco) anos).

NOTIFICANTE:

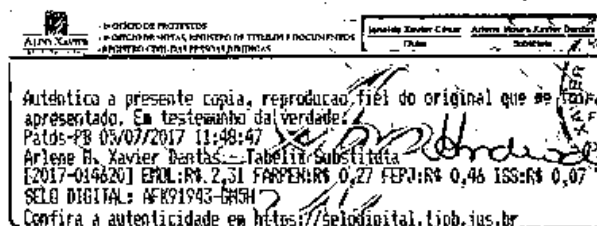
Marileide da Silva

ÁGUA BRANCA/PB, 12 de dezembro de 2016.



ISABELLA CRISTINA SOARES GOMES
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO
Mat. 168.558

DELEGACIA
DE
ÁGUA BRANCA-PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEG. E DA DEFESA SOCIAL
16ª-DELEGACIA-REGIONAL-DE-POLÍCIA-CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ÁGUA BRANCA/PB

Boletim de ocorrência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

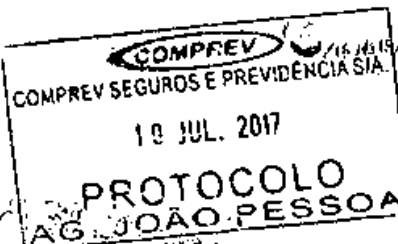


CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o registro nº 113/2016, cujo teor passa a transcrever na íntegra. Aos 12 dias do mês DEZEMBRO de 2016, nesta Delegacia de Polícia, onde se encontrava presente o Del. EDMILSON DOS SANTOS AIRES NETO, por volta das 11h32min, compareceu o senhor: MARILEIDE DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultora, nascido aos 30/05/1982, filho de Amadeu Avelino da Silva e Maria Leuda da Silva, residente no Sítio Mereco, zona rural de Água Branca/PB. Notificando QUE: que no dia 05/11/2016 por volta das 15h30min, seguia guiando uma moto e que seu filho Robercio Marcos da Silva seguia na garupa da moto, que seguiam sentido Sítio Mereco para a cidade de Água Branca, quando já na entrada do Barro Vermelho ao passar por uma lombada a declarante perdeu o controle da moto e caíram, que a declarante e o Robercio foram socorridos pela ambulância e levados para o Hospital de Água Branca, que a declarante sofreu apenas arranhões, que seu filho Robercio Marcos sofreu vários arranhões pelo corpo, quebrou a clavícula e machucou o dedo do pé direito, que Robercio recebeu os primeiros socorros no Hospital de Água Branca e em seguida foi transferido para o Hospital Regional de Patos onde foi atendido e liberado em seguida, a moto que a declarante guiava era uma HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO FAB/MOD 2014, PLACA OFD 8813/PB, CHASSI 9C2KD0550ER318759, EM NOME DE MARILEIDE DA SILVA. QUE a declarante não possui Carteira Nacional de Habilitação. - 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 1(um) a 5 (cinco) anos).

NOTIFICANTE: Marileide da Silva

ÁGUA BRANCA/PB, 12 de dezembro de 2016.



DELEGACIA
DE
ÁGUA BRANCA-PB

ABRILABELLA CRISTINA SOARES GOMES
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO

Autêntico a presente cópia, reprodução fiel do original que se apresentou. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 05/07/2017 11:48:47
Arlene N. Xavier Dantas - Tabelião Substituta
[2017-014620] EPOL:R4 2,31 FAPENHM 0,27 FEPO:R4 0,46 ISS:R4 0,07
SELO DIGITAL: AFR91943-GH34
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CÓPIA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA D



Eu, Marileide da Silva
portador(a) da carteira de identidade nº 2.755.767, e inscrito(a) no CPF/MF
sob o nº 042.101.784-89, residente e domiciliado(a) na
Rua Princesa D. Guastina, Cidade Água Branca
Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) 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;

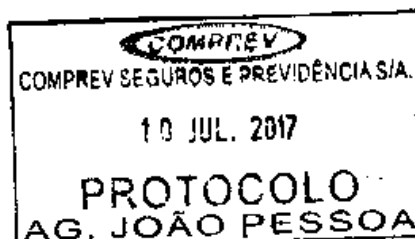
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a
cobertura de IPA causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta
declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do
laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as
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.

- Marileide da Silva

Assinatura do(a) declarante
conforme documento de identificação

Água Branca-PB; 29/ Junho/2017



Certidão de nascimento



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Cartório Barbosa César

Baltazar Barbosa César – Oficial
Maria Ivoneide Gonçalves Cesar –
Escrevente Encarregada
Rua Major Inocêncio nº 56- centro
CEP- 58748-000- Fone (0⁸³) 431-1117

NASCIMENTO Nº 13131

CERTIFICO QUE, às fls. 032v, do livro A-13 de Registro de Nascimento, foi feito o assento de nascimento **Robercio Marcos da Silva**, nasceu no dia **um (01) de dezembro (12) de dois mil e três (2003)**, às 15:30 horas, em **AGUA BRANCA - PB**, do sexo masculino, Filho de **Angelo Marcos da Silva e Marileide da Silva**, agricultores.

São avós paternos **José Antonio da Silva e Maria José da Silva** e maternos **Amadeu Avelino da Silva e Maria Leuda da Silva**.

Foi declarante: o pai. Serviram de testemunhas as constantes no termo.

Observação: Registro feito gratuitamente.

O referido é verdade e dou fé.

COMPREV
COMPREV SEGUROS A PREVIDENCIA S/A

10 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AGUA BRANCA - PB, 11 de dezembro de 2003.

Barbosa Cesar
Serviço Notarial e Registral

Baltazar Barbosa Cesar
- TITULAR

M^a Ivoneide Gonçalves Cesar
- ESCRIVENTA ENCARGADA -
CEP. 58748-000 AGUA BRANCA-PB.





AGUA BRANCA PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAUDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE

NOME: Roberto Marcos da Silva
SEXO: M DATA NASCIMENTO: 01/12/03 IDADE: 12 ANOS
PROFISSÃO: Estudante CPF: _____
ENDEREÇO: St. Meneco
CIDADE: Água Branca PB CENS: 898002317579863

RAÇA/COR

☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - PRETA ☐ 3 - PARDA
☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 7 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente trazido pela mãe com relato de
queda da mãe, com presença de dor em
região clavicular (E).
Ao exame ver e estar em clavícula (E).
Estimulou a dor pelo corpo.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
Rua José Pedro Firmino, s/n - Centro, Água Branca - PB
CNPES: 2605430 CNPJ: 10.502.869/0001-98
DATA/ATENDIMENTO: 06/11/2017 TURNO: _____ FOLHA: _____

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Difenidramina 25mg/ml: 1 amp, 1m, agere.
2. Diphenone 500mg/ml: 1 amp + 1ml no ev, auto.
3. Imobilização
4. Encaminhado ao serviço de referência.

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☒ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO
☐ 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL E PREVIDÊNCIA SIA

Fratura da clavícula. 11-11-2017 CID-10

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA
☐ NÃO APLICADA

ENCAMINHAMENTO
ENCAMINHADO PARA
RESIDÊNCIA
INTERMUNICÍPIO
BUTRHO HOSPITAL
ATENDIMENTO
RESIDÊNCIA

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

1- 03040600161
2- _____
3- _____

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

Dr. Adriano Siqueira

CNS CRM-PB 10523 CBO CRM

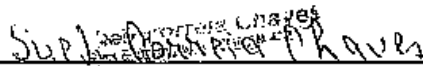
ASS. DO PACIENTE, ANOT. ENFERMEIRO OU FISCAL DE SAÚDE

X Roberto Marcos da Silva

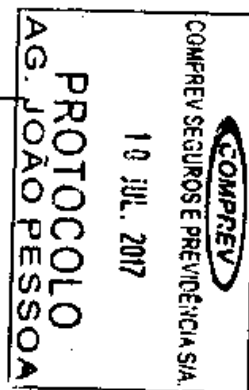
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que
ROBÉRCIO MARCOS DA SILVA, vítima de acidente de
trânsito no dia 05 de novembro de 2016, foi socorrido
pela ambulância do Município de Água Branca trazido
para o Hospital M^a QUITÉRIA DE OLIVEIRA e no dia
seguinte foi transferido para o HOSPITAL REGIONAL
DE PATOS.

Água Branca, 13 de junho de 2017.



SUELI CORREIA CHAVES
Diretora Administrativa



SUS
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

ÁGUA BRANCA PB
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS
HOSPITAL MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA
Rua José Pedro Firmino, sn - Centro, Água Branca - PB
CNPES: 2605430 CNPJ: 10.502.869/0001-98
DATA/ATENDIMENTO: 08/03/2017 TURNO: FOLHA:

PACIENTE

NOME: **Roberto Marcos da Silva**
SEXO: **M** DATA DE NASCIMENTO: **01/12/03** IDADE: **13** ANOS
PROFISSÃO: **Estudante** OF: **---**
ENDEREÇO: **St. Meneco**
CIDADE: **Água Branca PB** CENS: **28800231579863**

RACIA/COR

BRANCA **PRETA** **PARD**
AMARELA **INDIGENA** **SEM INFORMAÇÃO**

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente trazido pela mãe com relato de
queda da moto com presença de dor em
região da nuca.

Do exame físico, observamos:

Exame físico da cabeça e do corpo.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1. Biquinho 25mg/ml, 1 amp, (10), 08/03/17
2. Diplova 500mg/ml, 1 amp + 10ml, 08/03/17
3. Imobilizador
4. Encomendado ao serviço de radiologia

CARACTER DO ATENDIMENTO:

01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO
06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL E PREVIJÊNCIA SIA

Fratura da cervical
ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS (CÓDIGO DO PROCEDIMENTO)

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): CARIMBO
Dr. Adilson Siqueira

CNS **CRM-PB 10523** **CBO** **---** **CRM**

ASS. DO PACIENTE (FAMILIAR, NAVEGANTE OU FARMACÊUTICO)

X Angelo Marcos da Silva

CÓPIA

Comprovação de ato declaratório



HOSPITAL MUNICIPAL

Quitéria Maria de Oliveira

Construído na Administração de José Firmino de Oliveira, 1977-1982

DECLARAÇÃO

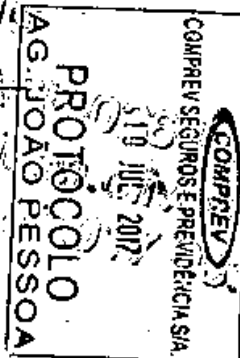
Declaro para os devidos fins que

ROBÉRCIO MARCOS DA SILVA, vítima de acidente de trânsito no dia 05 de novembro de 2016, foi socorrido pela ambulância do Município de Água Branca trazido para o Hospital M^a QUITÉRIA DE OLIVEIRA e no dia seguinte foi transferido para o HOSPITAL REGIONAL DE PATOS.

Água Branca, 13 de junho de 2017.

SUELI CORREIA CHAVES

Diretora Administrativa



CÓPIA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/10/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILEIDE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000178172-0

Nr. da Autenticação FD957CEC2CEB9A4A



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marileide da Silva
RG nº 2.755.767, data de expedição 27/04/2000 Órgão SSP - PB
CPF nº 042.101.784-89, 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	<u>Rua Projetada</u>
Número	<u>0</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Qualterina</u>
Cidade	<u>Água Branca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58748000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)99635-9484 / (83)99630-1658 / (83)3421-8003</u>
E-mail	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Água Branca - PB; 29 / Junho / 2017.

Assinatura do Declarante: Marileide da Silva





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGUA BRANCA/PB

Processo: 08002723020188150941

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROBERCIO MARCOS DA SILVA** representado por **MARILEIDE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AGUA BRANCA, 28 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:45:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111454611900000037120119>
Número do documento: 21020111454611900000037120119