

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dei Bruno Almeida de OliveiraRG nº 37380243, data de expedição 11/09/13, Órgão SSP - PB

CPF nº 067.494.194-94, 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 Horácio Nobrega</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Belo Horizonte</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.704-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9660-2901</u>
E-mail	<u>oliveira.brundno.advocacia@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos, PB

Assinatura do Declarante: [Assinatura]

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONFERIR O VALOR DO
CONSUMO E O VALOR DO
PAGAMENTO

MATRÍCULA

67466753

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

FEV/2016

JOSE VALTER P. DA SILVA
RLA SEVERINO SOARES S/N

CENTRO

58701-380

PATOS

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
075.09.260.0279	0	1	0	0	0	67466753
Hidrômetro Y04X025789	Data de Instalação 24/11/2004	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
1377	1381	4	33	15/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M5				
AGO/2015	2	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
SET/2015	3	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
OUT/2015	3	0	COLIFORMES	0 0 0
NOV/2015	3	0	COLIFORMES	91 95 95
DEZ/2015	4	0	CLORO	91 95 95
JAN/2016	4	0	TURBIDEZ	45 80 80
MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: DEZ/2015		

DATA DA LEITURA: 16/02/2016	HORA DA LEITURA: 11:19:07
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 32,78 R\$32,78
047-JUROS DE MORA	R\$0,39
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$0,53

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$3.03 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:

27/02/2016

Total a Pagar:

R\$33,70

v. 15.7 R. -1.0



INDICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

INDICAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)

EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

"MULHER QUE SE AMA, SE CUIDA, OUTUBRO ROSA - CAMPANHA EM PROL DA
DETECCAO PRECOCE DO CANCER DE MAMA"



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67466753	FEV/2016	27/02/2016	R\$33,70

*770000000000-1 33700010826-2 74667530220-0 160000000002-8

DOCUMENTO 2 *T2%*



ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

RG nº 1620 9PS, data de expedição 11/03/1991, Órgão SSP-PB,

CPF nº 728.752.914-9 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 SEBASTIÃO SOARES</u>
Número	<u>614</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>PATOS</u>
Estado	<u>PARNABA</u>
CEP	<u>58703-380</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99930-3948 / 9.9991-0193</u>
E-mail	<u>UANGHARA@LIVE.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

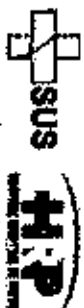
Local e Data: PATOS - PB, 23 ABRIL DE 2016

Assinatura do Declarante:

Jose Valtor Pedro da Silva

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 26054/73 CNPJ: 08.778.268.0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Mãe: MARIA DAS NEVES DA SILVA

Nascimento: 20/10/1967 Idade: 48 Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão: PEDREIRO

Endereço: RUA SEVERINO SOARES

Bairro: MATERNIDADE

Num: Fone: (83)9578-9845

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS: Identidade: 1820985 SSPB

CPF: Reg. Nasc:

Data / Hora: 4/12/2015 19:17:12 Recepcionista: Thais

Ficha Número: 104401

PESO: 70,6 30355,8234,8066 TEMP: 14009

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Substância e quantidade

CARÁTER DO ATENDIMENTO

ARUANA SEGUROS
05 MAI 2016

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

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

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNOSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	3	0	9	0	1	2	0
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Associados - Contribuição

Dr. Marcelo Alves

CRM - PB 7381

Médico / Cmm / Cas

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE - 2563 - 700-0036-8098-2707

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Off

ASS. REVISOR TÉCNICO - Gêrmino

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - I

DOCUMENTO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ROSE VALTER PEDRO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 1620985 e inscrito no CPF/MF sob o nº 928752914-91, residente e domiciliado na RUA SEBASTIÃO SOARES, 111, CENTRO, Cidade PAROIS, Estado PARANÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

DOCUMENTO 3 "T396"

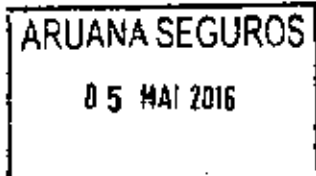


Rose Valtter Pedro da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PAROIS-PR, 14 DE ABRIL DE 2016

Local e data





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 15ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 PLANTÃO CENTRALIZADO - PATOS/PB



Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 -
 Tel./Fax: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrência desta Delegacia, encontrei uma Ocorrência Policial Nº 1330/16 cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos VINTE TRÊS (23) dias do mês de MARÇO do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES, compareceu o (a) Sr.(a) JOSE VALTER PEDRO DA SILVA, brasileiro(a), RG 1620985 SSP/PB, CPF 728.752.914-91, nascido em 20/10/1967, natural de Santa Terezinha/PB, Filho(a) de Inácio Pedro de Souza e Maria das Neves da Silva, Residente na Rua Severino Soares, s/n, Jd. Guanabara, Patos/PB, tel. (83) 99836.9179, a fim de prestar a seguinte ocorrência:

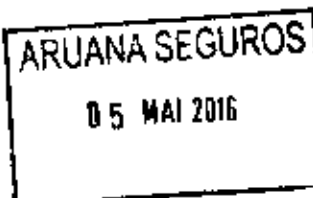
QUE, na data 04/12/2015, por volta das 19:00 horas, conduzia sua moto de marca/modelo HONDA/CG 150 FAN ESDI, placa OFD-8043/PB, Cód. Renavam 0100125668-6, licenciada em nome do notificante, quando no bairro Bivar Olinto, nesta cidade, foi abalroado por um veículo que avançou o cruzamento indevidamente; Que, não foi possível identificar o referido veículo, porque o mesmo se evadiu do local; Que foi socorrido por terceiros e levado para o Hospital Regional de Patos.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. 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).

Noticiante: Jose Valter Pedro da Silva

Patos/PB, 23 de março de 2016

Ana Maria da C. Leandro
 Agente de Investigação Pol. Civil.
 MT 138.428-7



**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): Jose Valter Pedro da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Severino Soares, S/N
Centro Patos PB CEP: 58701-380
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 1620985
Data local do exame: [25/05/2016] Pombal [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 PRESENÇA DE CICATRIZ NORMOTRÓFICA EM FACE ANTERIOR DA CLAVÍCULA ESQUERDA, COM NODULAÇÃO ENDURECIDA EM EXTREMIDADE DISTAL COM CREPTAÇÕES GROSSEIRAS A MOBILIDADE DO OMBRO. DOR E LIMITE MODERADO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

- 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.

NO MOMENTO INFORMA DOR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. NEGA USO DE MEDICAÇÃO ATUAL.

Data da alta: 04/03/2016

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS. REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Complicações: NDN

- 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.

LIMITE MODERADO DA ADM DO OMBRO ESQUERDO.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Lado 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 - assinalar 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.

EXAMINADO INFORMA PASSADO DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA AOS 15 ANOS DE IDADE, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO. BEM COMO ACIDENTE DE TRÂNSITO EM 2014 COM TRAUMA EM MÃO ESQUERDA.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Rosana B. Duarte de Paiva
Dr.ª Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 4183-PB/CREMEPE 19914
CPF: 587.738.514-34

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2016

Carta nº: 9150867

A/C: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160286148 ASL-0871101/16
Vítima: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001563-6

Conta: 000000004345-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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 DPVAT

Nº DO SINISTRO ASL 081101/16

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, Jose Uniter Pedro da Silva,PORTADOR(A) DO RG Nº 1620985 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 11 / 03 / 1991 ECPF 728752934-9 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Advogado

E RENDA MENSAL DE R\$ Acuso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Uniter Pedro da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos 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 Lotéticas 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 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) 1563-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0004345-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, 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.

Paros - PB, 13 de Abril

de 2016.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Jose Uniter Pedro da Silva

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.

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016



ARUANA SEGUROS
05 MAI 2016

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2016

Carta nº: 9078335

A/C: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160286148 ASL-0871101/16
Vítima: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2016

Carta nº: 9065876

A/C: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Sinistro: 3160286148 ASL-0871101/16
Vitima: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA
Data Acidente: 04/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/05/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000004345-1

Nr. Autenticação

BRDESCO3005201605000000000023701563000000004345168750 PAGO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE LAUREN PEDRO M SILVA
 brasileiro, estado civil _____, profissão _____
 portador do CPF 728.752.934-8 e RG 1620 985
 residente e domiciliada RUA SEVERINO SOARES, S/N
 Bairro Centrão, na cidade de PATOS-PB, CEP.: 58401-380.

OUTORGADO: DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o n.º 18.817, com Escritório Profissional situado na Rua Horácio Nóbrega, s/n, Posto Viola, sala 03 – Centro – Patos – PB. CEP 58.700-020.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



PATOS-PB, PB 13 / ABR / 2016.



JOSE LAUREN PEDRO M SILVA

Outorgante

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016


DINAMÉRICO WANDERLEY
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Av. José de Almeida - 100 - Centro
 52.000-000 - Patos - PB

Av. Epitácio Pessoa, 124 - Centro
 52.000-000 - Patos - PB
 Tel: (83) 3421-2735
 Fax: (83) 3421-6020

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimca(s) de:.....
 JOSE VALTER PERRO DA SILVA.....
 12016-006537JEPOL:R\$ 18,49 EMPENHO:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 0,25
 Ex. test. da verdade. Patos-PB 23/03/2016 11:02:
 ZILTEANZA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
 SELLO DIGITAL: ADM1235-RLDE
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DOCUMENTO 6 "T6%"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011754418940
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 010012566816 0150400006278 2015
 00/00000000

JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

72875291491 PLACA OFD8043/PB

NOVO PB 9C2RC168UER529088

PAS/MOTOCLICL RAI APIT COMBUSTÍVEL
 ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 - 2014

CAP/POT/CL 2 E/149 /GI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA PAGO EM 16/03/2015 VENC. COTA ÚNICA
 FAIXA LEVA PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIÁRIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
 16/03/2015

A.F. ADM. DE CONC. NACIÓN HONDA LTDA /
 OBSERVAÇÕES

PATOS PB LOCAL DATA
 16/03/2015

36838 38857

ARUANA SEGUROS
 05 MAI 2016

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160286148

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 04/12/2015

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME PRESENÇA DE CICATRIZ NORMOTRÓFICA EM FACE ANTERIOR DA CLAVÍCULA ESQUERDA, COM NODULAÇÃO ENDURECIDA EM EXTREMIDADE DISTAL COM CREPTAÇÕES GROSSEIRAS A MOBILIDADE DO OMBRO. DOR E LIMITE MODERADO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/05/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

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

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 11381687

UNO OBLIGATORIO
IDENTIFICACAO CIVIL DATA TORNADO OBRIGACAO
LEGIS
(Art. 13 da Lei nº 8.967/94)

ASSINATURA DO PORTADOR

CRISTIANE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome
JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Filiado
VALDENON FERREIRA DE OLIVEIRA
MARIA DO SOCORRO DANTAS QUEIROGA

Residência
JOÃO PESSOA-PB

RG
2680243 - SSP-PB

DATA DE NASCIMENTO
18/07/1984

CPF
047.494.194-94

DATA DE EXERCÍCIO
03/11/2013

PROFESSOR DE DIREITO E FISCAL
NÃO

COORDENADOR GERAL DA OAB PARAIBA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO
18817

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome
JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Nº de Inscrição
728752914-91

Data de Nascimento
26/10/67



Registro 620985 MAR 1991

GERAL

Nome JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

INACIO Pedro de Silva

Endereço
Rua das Neves da Silva
Santa Terezinha PB

Naturalidade
Nº de Nascimento 2240-115-345 IV

DOCUMENTO 5 "T506"



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PARAIBA

GOVERNADOR DO ESTADO

SECRETARIO DE FINANÇAS

INSTITUTO DE LICITAÇÃO

DEPARTAMENTO DE LICITAÇÃO

Jose V. Silva

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016

Número 22.114

Serie 00008



Portador Direto



Jose Valle Pedro de Vali
ASSINATURA DO PORTADOR

CARTÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jose Valle Pedro de Vali
Loc. Nasc. São Paulo, Sergipe
Est. Paraíba Data 08.10.16
Filiação Maria Pedro de Souza
e Otavio dos Santos
Silva
Est. Civil Solteiro Doc. Nº 22114
Fis. 134 Liv. A-11 Reg. Civil 00008

Outro doc
Situação Militar: Doc. Cert. de Obed. Militar
Nº 886482 Origina Nº CSM Est. 12
Naturalizado Dec. Nº Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
Doc. Ident. Nº Exp. em
Estado
Obs.
Data Emissão 14.08.88 DRT
Assinatura do Funcionário

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268/002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 26

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: JOSE VALTER PEDRO DA SILVA

Mae: MARIA DAS NEVES DA SILVA

Nascimento: 20/10/1967 Idade: 48 Cor: PARDA Sexo: M

Profissão: PEDREIRO

Endereço: RUA SEVERINO SOARES

Bairro: MATERNIDADE

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS: 1620985 SSPPB

CPF: 706.80351.8939.8066

Data / Hora: 4/12/2015 18:17:12

Recepcionista: Thaís

Ficha Número: 104401

PESO: 70.6 80351,8939,8066 TEMP: 14008

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Seu filho e sua

CARÁTER 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 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2016

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Fratura de calcâneo

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO

☐ INTERNACÃO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	3	0	3	0	9	0	1	2	0
2.										
3.										

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbos

Dr. Marcelo Alves

CRM - PB 7381

Médico / Cfm / Cns

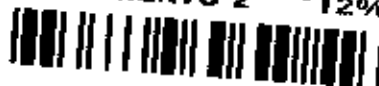
TEOFILHO GREGÓRIO DE ANDRADE - 2663 - 700-4035-8099-2707

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



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 JOSE BRUNO QUARANTA BEOCUM portador(a) do

RG nº 2680 243, expedido por SJP-PB, em

11/09/2018, CPF/CNPJ nº 047.494.194-94,

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

VALTER PEREIRA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INUNDAÇÃO

da vítima JOSE VALTER PEREIRA DA SILVA, e conforme

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Reufo

Documentos comprobatórios: OAB/PB

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ARUANA SEGUROS

05 MAI 2018