

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

Polgar

Larissa Evelyn Araújo Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

09 OUT. 2018

09 OUT. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008772140 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2014

NOME LARISSA ÉVELYN ARAÚJO FERREIRA

FILIAÇÃO KATIA SHIRLEY ARAÚJO FERREIRA

NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE DATA DE NASCIMENTO 14/08/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:35.738 FOLHA:24

LIVRO:A-35 BOA VIAGEM - CE

CPF 074.430.873-90

1 VIA

Adriana de Brito
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 103

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

011.173.614-54

Nome

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Nascimento

12/09/1969



(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

18.756.128 25.Abr.1984

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

RG 045434

mjr

Série - B - 57

126

(INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ARMS (INIEL) TOR DAUT)

09 OUT. 2018

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

CÉDULA DE IDENTIDADE

NACIONALIDADE BRASILEIRA

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Francisco José de Sousa

Maria Socorro Alves de Sousa

Cajazeiras - PB, 12.Set.1969

(INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ARMS (INIEL) TOR DAUT)



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

16:32

Atélio

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 06.778.268/0020-23

ENDEREÇO: TABELÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

NOME: Francinaldo dos Santos **PACIENTE** SEXO: M IDADE: 49

PROFISSÃO: Prescritor DOCUMENTO: _____

ENDEREÇO: Engenheiro Avelar

MUNICÍPIO: Cajazeira ESTADO: Paraíba

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ CNS: _____

DATA DO NASCIMENTO: 12/11/69 DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/18

SSV

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMP: _____

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Relato de história de acidente de motocicleta
na rua de acesso a fazenda de um vizinho
Boqueando, com capacete preso na cintura
quase não houve a queda e quando ocorreu
foi em um atropelamento.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Painel X Torax

RESULTADOS

Rx torax - Infusão de contrastes e drena

08.04.18 - Atua Médico + Otimização
19:20

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Adrenalina 10mg + 100 ml SPO 31. 8/18 horas de uso
2. Diagnóstico de AD, ER, 6/18 horas de uso
3. Diagnóstico de AD, ER, 6/18 horas de uso
4. _____

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 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Diagnóstico de AD, ER, 6/18 horas de uso

DIAGNÓSTICO:

Infusão de contraste

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA

☒ APPLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OBITO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: código / PROCEDIMENTO

- 1-1013101101010101
2-1013101101010101
3-1012101101010101

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S) - carimbo

CNS

Dra. Maria do Carmo
CRM-PA 5300 / CNM-PA 10029

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PEGUEIRO DIREITO

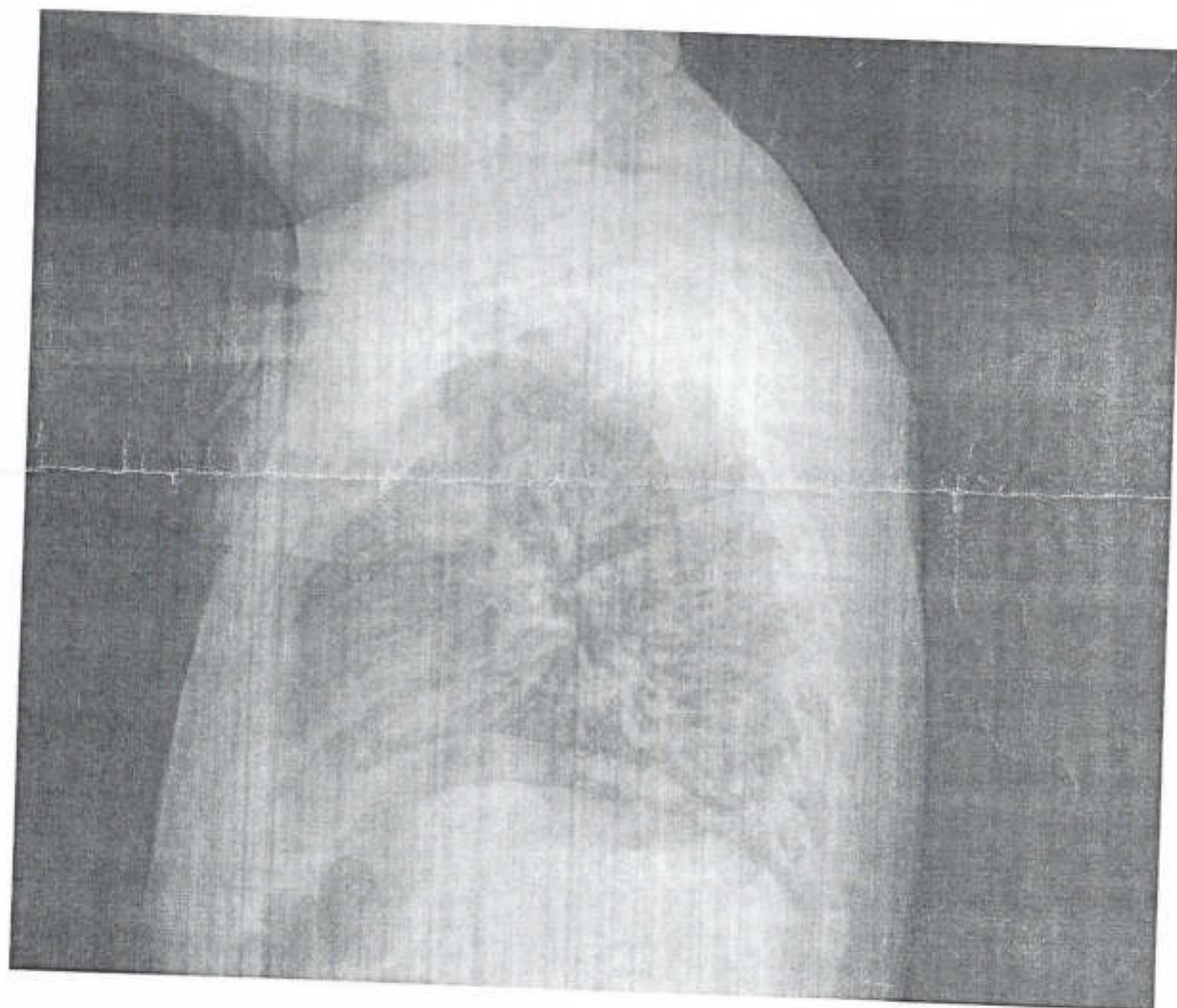
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Not intended for official interpretation.

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA
20100707-01-200
M 9/12/1969
1

Hospital Regional de Cajazeiras
- kV, - mAs
UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:1.9 g:0.65 sb:3.64 eq:-0.32 nr:0.59...
Zoom 105%



09 OUT. 2018

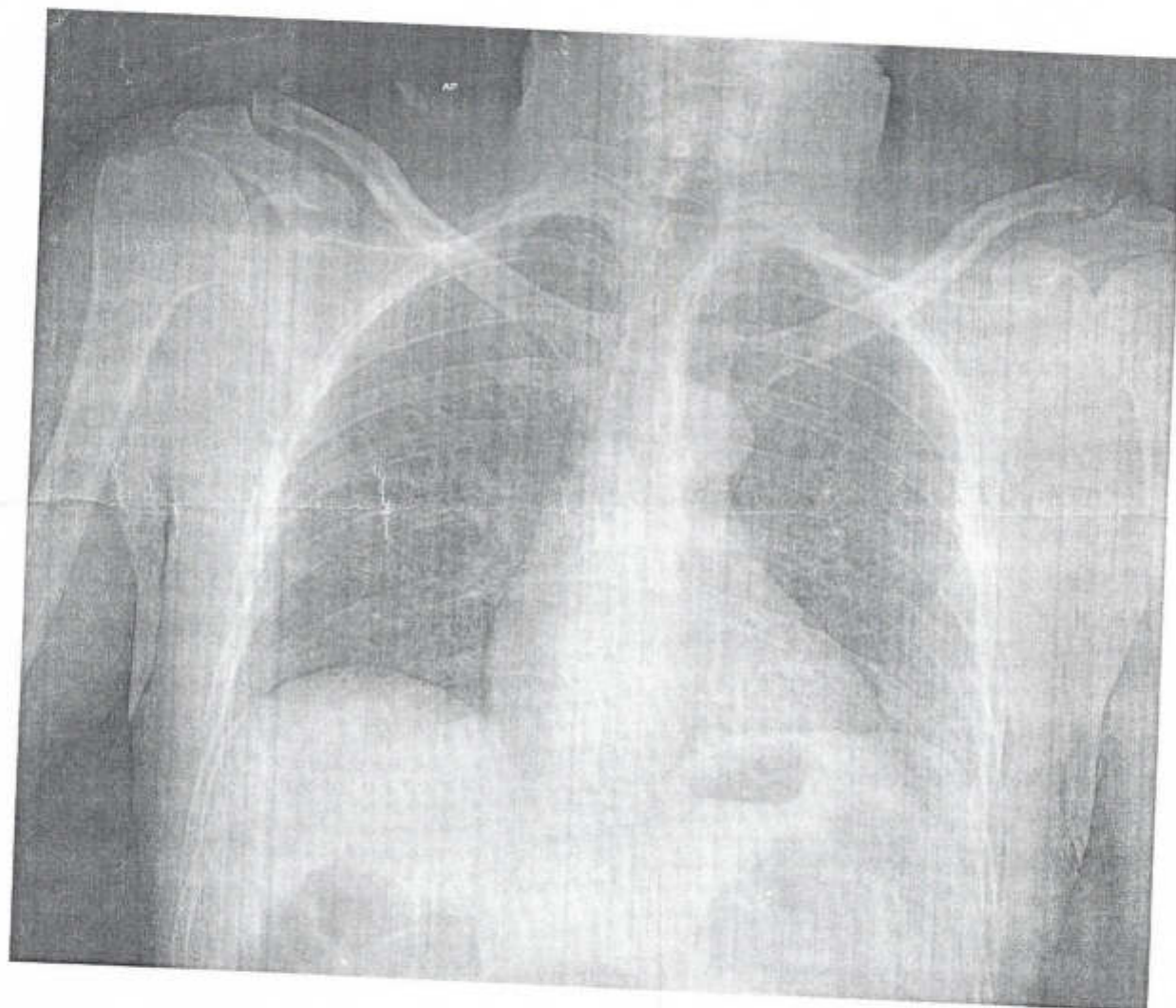
SID mm

7:17 PM
7/7/2018

Not intended for official interpretation.

FRANCIVALDO ALVES DE SOUZA
20180707-01-280
M 9/12/1969
1

Hospital Regional de Cajazeiras
- kV, - mAs
UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1.5 g:0.5 sb:6.01 eq:0.7 nr:0.65 dc:....
Zoom 105%



09 OUT. 2018

09 OUT. 2018

SID mm

7:17 PM
7/11/2018

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jucivan Emidio de Sousa
 portador do RG: 1533981, data de expedição 20 / 05 / 1995
 órgão expedidor SSP / PB, CPF: 047.249.654-610
 com domicílio na cidade de Capangaras, no estado de Pernambuco
 onde resido na Rua Francisco Martins
 número 366, complemento Bela Vista

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, Francinaldo Alves de Sousa
 cujo condutor era Francinaldo Alves de Sousa
 VEÍCULO: PAS/MOTOCICLE
 ANO: 2012
 MODELO: MONDO/NXR 150 BROS ES 2012
 PLACAS: OFN 1775 - PB
 CHASSI: 9C2KDD55DCR598882
 DATA DO ACIDENTE: 07 / 07 / 2018

Capangaras - PB 26/07/2018.
 Local e Data

Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Luana Evelyn Araújo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francinaldo Plus de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.173.614 / 54 do sinistro de DPVAT cobertura clams da Vítima Francinaldo Plus de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.173.614 / 54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua José Rodolfo de Almeida</u>		Número <u>331</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Capazins</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>58900-000</u>
Email <u>veradpvatiza@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83)99813.12.66</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)99415-58.35</u>	

Capazins, 01 de outubro de 2018.
Local e Data

Luana Evelyn Araújo Ferreira
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 012.340.593



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Crisóto Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.185 / 0001-60 Ins. Est. 14.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODRIGALHO DE ALENCAR 339
CAIAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

14/09/2018

CONSUMO

99

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Roteiro: 08-212-140-4720

83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5

VENCIMENTO

21/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 92,65

MATRÍCULA

80691-2018-09-0



09 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laissa Evelyn Araújo Ferreira

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE

CPF nº 074.430.873-90, 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 José Rodolfo de Pincon</u>
Número	<u>331</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capazinas</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813.12.66 / 99415.58.35</u>
E-mail	<u>verasdpatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capazinas-PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Laissa Evelyn Araújo Ferreira

09 OUT. 2018



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS
CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 06.778.268/0020-23
ENDEREÇO: TABELÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N
MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAIBA UF: 25

NOME: Francinaldo dos Santos **PACIENTE** SEXO: M IDADE: 49

PROFISSÃO: Prescritor DOCUMENTO: _____

ENDEREÇO: Engenheiro Avelar

MUNICÍPIO: Cajazeira ESTADO: Paraíba

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ CNS: _____

DATA DO NASCIMENTO: 12/11/69 DATA DO ATENDIMENTO: 07/07/18

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMP: _____

ANAMNESE E XAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Relato de história de acidente de motocicleta
na rua de acesso a fazenda de um vizinho
degradado, com copo de gasolina na mão
esquerda, em movimento quando ocorreu o acidente
causando a lesão.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Painel X Torax

RESULTADOS

Rx torax - Infusão de contrastes e derrame

08.04.18 - Atua Médico + enfermagem.
19:20

16:32

Atua

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. Adrenalina 10mg + 100 ml SPO 31. 8/18 horas de uso
2. Alprazolam 30mg + AD, ER, 6/18 horas, 18/06/18
3. _____
4. _____

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 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

Uso de alprazolam por 12 horas

DIAGNÓSTICO:

Insônia funcional

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ PRESCRITA

☒ APPLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ OBITO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: código / PROCEDIMENTO

- 1-10131011016101011
2-10131011101010111
3-101210141013101117101

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

CNS

Dra. Maria Angélica R. Rocha
CRM-PA 5300 / CNM-PA 10029

CRM

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA
RUA JOSE RODRIGUES COURA, S/N - N. SRA APARECIDA
ENGENHEIRO AVIDOS / PB CEP: 58900000 (AQ: 212)

Emissão: 26/06/2018 Referência: Jun / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICA 8/220, Km25 - Crote Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 15 - 214 - 391 - 3440 Nº medidor: 0006894866

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.065.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 006.903.237
Cod. para Deb. Automático: 8006348214

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018	26/06/2018	26/07/2018	1117361454 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/534821-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/05/18	931	26/06/18	1544	1	113	32

Demonstrativo									
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Aliq.	Imposto(R\$)	Base Calc.	Por(R\$)
				Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Por(R\$)	Por(R\$)	Por(R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,348430	7,48	7,48	27	2,02	7,48	0,07
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,427620	29,93	29,93	27	8,08	29,93	0,27
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	13.000	0,541420	8,33	8,33	27	2,25	8,33	0,07
0601	Adic. B. Amarela			0,13	0,13	27	0,03	0,13	0,00
0601	Adic. B. Vermelha			3,87	3,87	27	1,04	3,87	0,03
0610	Subsídio			29,63	29,63	27	10,70	29,63	0,38
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0804	JUROS DE MORA 05/2018			0,10	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2018			0,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-29,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCl: Código de Classificação do item TOTAL 83,35 89,37 24,12 89,37 0,60 3,70

Média últimos meses (kWh) 101

VENCIMENTO 03/07/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 63,35

Histórico de Consumo (kWh)

134 | 87 | 131 | 107 | 137 | 124 | 100 | 106 | 90 | 97 | 68 | 76
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18

601f.ad1b.b7ac.53de.faa4.7c23.5517.17d8.

Indicadores de Qualidade 4/2018 - Gazeiras				Valor (R\$)		%
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DI MENSAL	11,18	8,95	NOMINAL 220	11,78		18,55
DI TRIMESTRAL	22,32			17,00		28,94
DI ANUAL	44,65		CONTRATADA 220	1,90		2,84
DI MENSAL	7,52	3,00		3,25		5,15
DI TRIMESTRAL	15,04		LIMITE SUPERIOR 231	29,53		48,61
DI ANUAL	31,08			0,00		0,00
DMC	8,08	3,90				
DMC	16,16					
Total				63,35		100,00

Valor de EUSD (Ref. 4/2018) R\$ 3,47

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Estabelecimento, tendo um desconto de R\$29,93.
Ofício - Isenção IP

Faturas em atraso

09 OUT. 2018

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Francinaldo Alves de Souza

CPF da Vítima

011.173.614.54

Data do Acidente

07/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

virasdpvatg@hotmail.com

Telefone (DDD)

(83) 99415.58.35

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Capangas PB 01 de outubro de 2018.

Local e Data

Francinaldo Alves de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº0475/2018 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRÂNSITO.**
Data do fato: 07.07.2018, Horário: 03h30min, aproximadamente.
Data de notícia do fato a Depol: 20.07.2018
SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

DECLARANTE: FRANCISNALDO ALVES DE SOUSA, com 49 anos de idade, nascido(a) em 12.09.1968, casado, pescador, CPF: 011.173.614-54, filho de Francisco José de Sousa e de Maria do Socorro Alves de Sousa, residente no Distrito Engenheiro Ávidos, Cajazeiras/PB, telefone: 3532-0068.

VÍTIMA: O DECLARANTE.

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE informa que na data e horário acima citados o declarante, FRANCISNALDO ALVES DE SOUSA, guiava o veículo HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2012/2012, vermelha, placa: OFH-1775/PB, chassi: 9C2KD0550CR598882, matriculado em nome de JUCIVAN EMIDIO DE SOUSA; QUE trafegava na estrada carroçal do Distrito, quando na ponte de ferro frenou bruscamente ao desviar de outro veículo de condutor não identificado, perdendo o controle, caindo ao chão; QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento; QUE sofreu fraturas em três costelas e as consequências físicas do acidente podem ser acompanhadas nas fichas de atendimento médico-hospitalares; QUE em virtude deste fato a declarante, vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 20 de julho de 2018.

Francisinaldo Alves dos Santos

☐ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Joabson Lins do Santos
Mat. 181.946-1



Joabson L. dos Santos
Agente Polícia Civil
Mat.: 181.946-1

POLEG
AR
DIREI
TO

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

018.173.614-54

Nome completo da vítima:

Francinaldo Alves de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Francinaldo Alves de Sousa

Profissão:

Picador

Endereço:

Rua José Rodrigues Costa

Bairro:

Nossa Senhora Aparecida

Cidade:

Engenheiro Aécio

Estado:

Paraná

CPF:

018.173.614-54

Número:

30

Complemento:

CEP:

58900-000

Tel (DDD):

(83) 99813.12-66

E-mail: Verandavale@hotmail.com

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1053

0

CONTA:

2922007

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Capangas - PB 29/10/2018

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

DOCUMENTO ORIGINAL

08 JAN 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

018.173.614-54

Nome completo da vítima:

Francinaldo Alves de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Francinaldo Alves de Sousa

Profissão:

Picador

Endereço:

Rua José Rodrigues Costa

CPF:

018.173.614-54

Bairro:

Nossa Senhora Aparecida

Cidade:

Engenheiro Aécio

Número:

30

Complemento:

E-mail:

Verandavale@hotmail.com

Estado:

Pernambuco

CEP:

58900-000

Tel (DDD):

(83) 99813.12-66

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1053

0

CONTA:

2922007

7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Capangas - PB 29/10/2018

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

DOCUMENTO ORIGINAL

08 JAN 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180474303

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180474303

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180474303

Vitima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180474303**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13461153



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA
Nº Sinistro: 3180474303
Vitima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA
Data do Acidente: 07/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180474303**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369904/18

Número do Sinistro: 3180474303

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF: 011.173.614-54

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 07/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA : 011.173.614-54

Autorização de pagamento

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369904/18

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF: 011.173.614-54

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 07/07/2018

Titular do CPF: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

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

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA : 011.173.614-54

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/10/2018
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014200046802

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 0049247100-2 00/000000000 2018

Nome: JUCIVAN EMÍDIO DE SOUSA

CNPJ / CPF

04724945460

Placa: OFH1775/PB

Placa ANT / UF: NOVO PB Chassi: 9C2KDD0550CR598882

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP / POT / CL: 2 P/149 / CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000

VENÇ. COTA ÚNICA: 1º VENÇ. COTAS: 3º

FAIXA I PVA: 0

PARCELAMENTO / COTAS: 2º

VENÇ. COTAS: 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00 (R\$) 00/00/0000 (R\$) DATA DE PAGAMENTO: 18/06/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

CAJAZEIRAS - PB LOCAL

DATA: 19/06/2018

39454



15628

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

PB Nº 014200046802 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 04724945460

CNPJ / CPF

Placa: OFH1775/PB

RENAVAM: 00492471002

MARCA / MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB: 2012

CHASSI: 9C2KDD0550CR598882

PREMIO TARIFARIO

DETRAN (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DETRAN (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO: PARCELADO

SEGURO

DETRAN (R\$)

DATA DE QUITAÇÃO: 18/06/2018

15628-1404221-20180619

CNPJ 08.248.608/0001-04

MAR/2018

09 OUT. 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francinaldo Alves de Sousa
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 18.756.128
CPF: 011.173.614-54
Profissão: Pescador
Endereço: Rua José Rodrigues Costa, SN, N. Sra. Aracê, Engenheiro Aécio - PB.

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO, CAJAZEIRAS- 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 CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto seguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

Francinaldo Alves de Sousa

Cajazeiras, 26 de julho de 2018.

Francinaldo Alves de Sousa

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018