



Número: **0002682-38.2016.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **24/01/2017**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34040067	08/09/2020 09:35	2748072_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2016

Carta nº: 9463887

A/C: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3160190045 ASL-0128282/16
Vítima: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA
Data Acidente: 07/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/09/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01427/01428 - carta_03



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2017

Carta nº 10428593

a/c: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3160190045 ASL-0128282/16
Vitima: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA
Data Acidente: 07/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01201/01202 - carta_16





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, José Gilmar Anderson de Souza Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.233.266 EXPEDIDO POR SSPIPB EM 10/03/2016 E
 CPF (1) (2) (4) (3) (5) (9) (1) (4) (1) (4) / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Gilmar Anderson de Souza Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE 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 Benefício 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 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);
- comprovatório 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.

IMPORTANTES: 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 _____ 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 do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Ag 46 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6034-9

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.

Picuí PB 28 de fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

José Gilmar Anderson de Souza Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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



CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 6101
OUVIDORIA 0800 725 7474

088-420362779-5

28/MAR/2015

HORA DE: 10:13:30

LOT: 13.17590-0

TERM: 042185

LOCALIDADE: PICUI

AG. VINCULADA: 4916

CONTROLE: 797512530

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4916 013 00006634-9

JOSE GILVANDERSON S SILVA

VALOR

05700

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

088-420362779-5

VIA DO CLIENTE

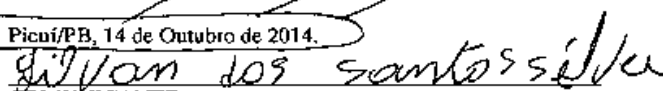
PROTOCOLO
RECEBIDO
12 JUL 2016
JEM REGULADORA



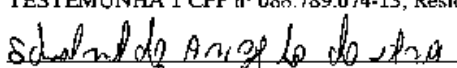
**C E R T I D ã O**Nº Cont.: **064/2014**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 02/2014, nele encontrei as folhas de N.º 064, o Registro n.º 064/2014, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 14 dias do mês de Outubro do ano de 2014, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Bel(ª). Dianni Regina de Barros Silva**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 17h.20min. compareceu: **GILVAN DOS SANTOS SILVA**, brasileiro, casado, pedreiro, natural de Picuí/PB, nascido aos 23/02/1969, filho(a) de Francisca dos Santos Silva, residente na rua Silvino Oliveira de Souza, n.º 249, Bairro Pedro Salustino, Picuí /PB, RG n.º 1551685-SSP-PB e CPF n.º 091.235.224-88; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 7 de Setembro de 2014, por volta das 12:h. e 10 min., encontrava-se em sua residência no Bairro Pedro Salustino, Picuí/PB, quando recebeu uma ligação do hospital Regional de Picuí informando que seu filho havia sofrido um acidente de moto. Que seu filho havia saído de moto pela manhã e por volta das 11:h. 30.m. ia conduzindo uma moto e ao chegar nas proximidades do Bairro Limeira um carro colidiu com a moto que seu filho JOSÉ GILVANDERSON DE SOUZA SILVA, RG N.º 4.231.266-ssp-pb, CPF n.º 124.359.144-74, ia conduzindo uma moto de marca Honda CG 125 Titan, placa KJA-3042-PE, chassi n.º 9C2JC250WWR101470, ano/modelo 1998, cor VERDE, licenciado em nome de Damião Borges de Oliveira; Que devido a colisão seu filho foi encaminhado pelo SAMU para o Hospital Regional de Picuí e em virtude do acidente automobilístico seu filho quebrou três dedos do pé esquerdo, conforme laudos apresentados na delegacia de policia civil local; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.**

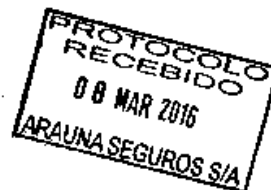
Picuí/PB, 14 de Outubro de 2014.


COMUNICANTE:
JUANICE APARECIDA DANTAS DE AZEVEDO

TESTEMUNHA 1 CPF n.º 088.789.074-13, Residente na rua José Tomas de Medeiros, n.º 90, Bairro Pedro Salustino, Picuí/PB


EDINALDO ÂNGELO DA SILVA

TESTEMUNHA 2 CPF n.º 285.104.488-50, Residente na rua Nilson da Cunha Macedo, n.º S/n.º, Bairro Monte Santo, Picuí/PB.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Gervanderson de Souza Silva, portador da carteira de identidade nº 4.231.266 e inscrito no CPF/MF sob o nº 124.359.144-74, residente e domiciliado na Rua Sílvio Oliveira de Souza, Cidade Picuí, Estado SP, 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:

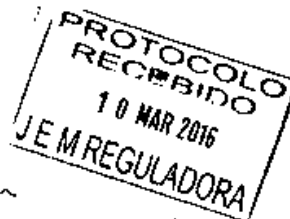
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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.

José Gervanderson de Souza Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação.



Picuí - SP, 28 de Fevereiro de 2016

Local e data





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.famup.com.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.619.660/0001-21

BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192

Picuí/PB, 09 de Setembro de 2014.

DOCUMENTO 2 *T29*



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência **SAMU 192** Picuí/PB, realizou atendimento pré-hospitalar do paciente **JOSÉ GILVANDERSON DE SOUZA SILVA**, 17 anos, portador do RG 4.231.266, vítima de colisão moto/carro, ocorrido no dia 07 de Setembro de 2014, na rua: Juventino Henrique, Bairro: Limeira, Picuí/PB. Paciente encontrava-se consciente, orientado, apresentando corte contuso na região interdigital do pé esquerdo. Encaminhado ao Hospital Regional de Picuí/PB.

Gigliana da Silva Dantas
Coordenadora do SAMU
COEEN/PB 246.006

Gigliana

GIGLIANA DA SILVA DANTAS
Coordenadora SAMU PICUÍ/PB



ALTO DECLARATORIO

Rua: Galdini Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58.187 - 000 - Picuí - PB
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 - e-mail: gmpicui.sat.splena@uol.com.br





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Gilvanderison de Souza Silva
 RG nº 4.233.266, data de expedição 10/03/2014, Órgão
SSP/PB, CPF nº 124.355.144-74, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Gilvino Oliveira de Souza</u>
Número	<u>243</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Padua Salustiano</u>
Cidade	<u>Picui</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.187-000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picui PB, 28 de Fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: José Gilvanderison de Souza Silva



NORMELITA PEREIRA DE SOUZA SILVA
RUA SILVIO OLIVEIRA DE SOUZA, 249 - PEDRO SALUSTINO
RICU / PB CEP: 58187000 (40-00)

energisa

Class/Subst: RESIDENCIAL / BARRA RENDIA MONOFÁSICO
Roteiro: 6 - 80 - 516 - 3370
Nº medidor: 00000589872

Referência: Jul/2014
Emissão: 17/07/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.955.143/0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: NFD 810.817
Código para OMB: Arquivo: 0908071338

ver 2.5978.52 de 005 de 4730.75 a 1.788 t-

5/501833-8

Jul/2014

17/07/2014

15/08/2014

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
• O início do sistema de bandeiras tarifárias foi adotado para o ano de 2015. A bandeira verde não implica cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando adotadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de JULHO vigorará a BANDA VERMELHA, a qual implicará R\$0,00 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br.

3308927497
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 15/07/2014 PAGAS.
OBRIGADO!

Data	Letra	Data	Letra		
15/06/14	15878	17/07/14	15194	1	216
					21
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13		
Consumo em kWh	70	0,17821	12,48		
Consumo em kWh	118	0,28882	34,18		
IMPOSTOS E ENCARGOS					
PIS			0,35		
COFINS			1,63		
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			4,85		
JUROS DE MORA 06/2014			0,35		
MULTA 06/2014			1,25		
ICMS (Base de Cálculo R\$ 67,79) Alíquota 77,00%			25,05		

Jun/14	183
Ma/14	216
Abr/14	212
Mar/14	225
Fev/14	207
Jan/14	218
Dez/13	188
Nov/13	175
Out/13	180
Set/13	166
Ago/13	182
Jul/13	183

Média dos últimos meses
198 kWh

24/07/2014

R\$ 80,23

5/2014 - Pico

DC MENSAL	8,50	0,00	
DC TRIMESTRAL	12,94		
DC ANUAL	25,89		
PC ANUAL	3,30	0,00	
PC TRIMESTRAL	8,80		
PC ANUAL	13,20		
OPC	3,80	0,00	
OPC	12,22		

MONOMAL
CONTRATADA
LIMITE INFERIOR
LIMITE SUPERIOR

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PD	22,85	28,50
Custo de Energia	18,11	24,57
Serviço de Transmissão	1,40	1,74
Encargos Bateria	2,79	3,49
Impostos, Derram e Encargos	22,28	41,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,23	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(R\$ 0,57/2014) R\$ 28,83

PROTOCOLO
RECEBIDO
10 MAR 2016
EM REGULADOR



Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe, Iguatema - PE. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

01742179,9

DEMONTE
NÍLO TRIGUEIRO DANTAS
ENDEREÇO
RUA ROLDÃO Z DE MACEDO, 145
SALVADOR

028.001.0020.0304

JK	PIGUE	59187-000
RESPONSÁVEL	SITUAÇÃO LÍQUIDA	SITUAÇÃO BRUTA

17421789	UGADA	POTENCIA	1	RESERVA	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICO
----------	-------	----------	---	---------	-----------	------------	---------

LITRATURA
 LITRATURA ANTERIOR
 CONSUMO DO MÊS (m³)
 DATA DA LITRATURA
 DIAS DE CONSUMO
 CONDIÇÃO DA LITRATURA
 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO
 ANORMALIDADE DA LITRATURA
 ANORMALIDADE DE CONSUMO
 DATA DA PRÓXIMA LITRATURA

351
351
10
23/11/2015
24
REALIZADA
REAL

- 1142 2245

PARÂMETRO	VALOR MEDIO	DEVIACÃO PA
TEMPERATURA		\$ 5,8 30^{\circ}\text{C}\$
PH		\$ 6,8 \pm 0,5\$
ODR		\$ 0,01 10^6\$
CHORO		\$ 0,003 10^6\$
CO. PROTEÍNAS		\$ 0,0001 10^6\$

JUN 17
JUL 14
AGO 8
SET 11
OUT 11
NOV 8
DEC 12

Matrícula	AC96017737
Data inscricao	08/07/2010
Modalidade	AG
Localizacao	EXTERNO
Concedido	3 MP34

ALL	25.91
PERCENTAGE OF	
CONSUMERS IN AREA	25.91

TOTAL A FEES:

26,93

Dez/2015

30/12/2015

PARA SUA CONVENIÊNCIA PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO

*** Conta em Débito Automático a ser debitada no dia do vencimento
Banco: BANCO DO BRASIL S/A Agência: 2441

Banco: BANCO DO BRASIL S.A.

Agência: 2441

P-295

Dez/2015

MILO TRIGUEIRO DANTAS

01742179.9

022 25 4.0020.0304

25.93

30/12/2015

PROTOCOLO
RECIBIDO
12 JUL 2016
UEM REGULADORA



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, 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 **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**

2ª via, expedido por SSP/PB, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

João Gilvanderison de Souza Silva
do sinistro de DPVAT da natureza modulável
da vítima João Gilvanderison de Souza Silva

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65
PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2757710
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
 END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15, BAIRRO MONTE SA
 MUNICIPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA
 Raza/Cor: BARBA

Idade: 17 anos
 Sexo: M
 Data de Nascimento: 23/12/1996
 Meses de idade: 17
 Dias de idade: 25

Profissão: AGRICULTOR
 Documento: 4231266

Endereço: RUA SILVINO DE OLIVEIRA SOUZA
 Bairro: CENTRO

Município/CEP/UF: PICUI - PA - 68167000 - 251140
 Telefone para contato: (83) 3624-1524
 Data e Hora: 07/09/2014 12:12:08
 CNIS: 160460875040000

Peso: 70 kg
 PA: 1,70 m
 SSV: 1504608

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

PROTÓCOLO RECEBIDO
 10 MAR 2016
 SEM REGULADORA

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

EPICRISTA: HRP

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARACTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELEIVO
- ☐ 02 - URGENCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRALIEO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNOSTICO:

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA

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

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): (CARIMBOS)

CBO

CRM

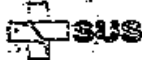
ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

909L 9 0101000000

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CIES

275

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jose R. Anderson de Souza Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

74181

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1604608355020000

6 - DATA DE NASCIMENTO

23/12/1966

7 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

8 - RACIA DO

Parda

9 - NOME DA MÃE

Wolancha Pereira de Souza

10 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD () Nº DO TEL.

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO)

Rua: Juliana de Oliveira Souza

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

15 - Cód. EZE MUNICÍPIO

251140

16 - UF

PB

17 - CEP

55187-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor no abdômen no
lado esquerdo

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dor no abdômen

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Dor no abdômen

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Dor no abdômen

22 - CID 10 PRINCIPAL

K60.0

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INVESTIGAR

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

)CNS ()CPF

30 - Nº DO DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/01/2016

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - Cód. DA SEGURADORA

38 - Nº DO BOLETO

39 - SÉRIE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - Cód. DA EMPRESA

41 - Cód. DA SÉRIE

42 - Cód.

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAÍTO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREENDEDOR

() AUTÔNOMO

() COOPERADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ASSINATURA

45 - Cód. CBO DO AUTORIZADOR

46 - DOCUMENTO

() CPF
AUTORIZADOR

47 - Nº DO DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Hospital Regional de Picui
Atesto conforme o original.Picui, 08/09/2014
Arquivo MédicoLima de Melo
administrativo



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jose R. Benedito da Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

21151

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10086072-5

6 - DATA DE NASCIMENTO

23/12/1966

7 - SEXO

Masculino

8 - RAÇA/COR

Pardo

9 - NOME DA RUA

Waldemar da Silva

10 - TELEFONE DE CONTATO

(067) 3111-1111

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Jose R. Benedito da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

(067) 3111-1111

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Waldemar da Silva, nº 10, Jd. São João, Picuí, SP

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picuí

15 - CDS, EXCE MUNICÍPIO

001190

16 - UF

SP

17 - CEP

13.111-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença crônica, com quadro de insuficiência cardíaca, com sintomas de dispnéia, edema de membros inferiores, fadiga, tosse, etc.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença crônica, com quadro de insuficiência cardíaca, com sintomas de dispnéia, edema de membros inferiores, fadiga, tosse, etc.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames realizados: Hemograma, perfil lipídico, perfil glicêmico, etc.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca

22 - CID 10 PRINCIPAL

I50.9

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

I50.9

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

I50.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Insuficiência cardíaca

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

000000

27 - CLÍNICA

Sim

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Sim

29 - DOCUMENTO

Sim

30 - Nº DO DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

000000

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Suelio Moreira Torres

32 - DATA DE SOLICITAÇÃO

08/09/2014

33 - ASSINATURA E CARGO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

000000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

000000

38 - Nº DO BÔNUS

000000

39 - SEXO

Masculino

40 - CNPJ DA EMPRESA

000000

41 - CDE DA EMPRESA

000000

42 - CDE

000000

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Sim

() EMPREGADO

() EMPREENHADOR

() AUTÔNOMO

() DESALINHADO

() APOSENTADO

() NÃO SEQUER

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Suelio Moreira Torres

45 - CDS, EXCE MUNICÍPIO

001190

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

000000

47 - DOCUMENTO

Sim

48 - Nº DO DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

000000

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

08/09/2014

50 - ASSINATURA E CARGO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

000000

Hospital Regional de Picuí
Atesto conforme o original.
Picuí, 08/09/2014.
Arquivo Médico e Administrativo





GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ - FELIPE TIAGO GOMES
CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS CADASTRO DO PACIENTE INTERNO

Nº do Registro: 1.181 Nome do Paciente: Jose C. Lianckerson de Souza
Data de Nascimento: 3/12/96 Sexo: M (☒ F) Nº do Cartão do SUS: 166460875048000
Data da internação: 07/09/13 Origem do Paciente: Instituição de Saúde () Comunidade (☒)

JUSTIFICATIVA

Diagnóstico da Internação: _____ Fatores de Risco: _____
Início: / / Término: / /

ANTIMICROBIANOS

Antibióticos	Início	2. dia	3. Dia	4. Dia	5. Dia	6. Dia	7. Dia	Suspensão
Ampicilina 1g								
Benzilpenicilina								
Cloranfenicol 1g								
Cefalotina 1g								
Ceftriaxona 1g								
Ciprofloxacino 400mg EV								
Gentamicina 40 mg IM/EV								
Gentamicina 80 mg IM/EV								
Lincomicina 600 mg IM/EV								
Levofloxacino 500 mg								
Metronidazol 500mg EV								
Oxacilina 500 mg								

CONTROLE DIÁRIO (FARMÁCIA)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) Termo de Cooperação 37/2006-
OPAS/OMS e Portaria 2616/1996 do (MS) Ministério da Saúde/Brasil.

Médico Prescritor





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 18 - Maria Santa
CEP: 58.187-000 - Tel (33) 3371-2354/2390
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-00

Nº AIH

Nº de Ordem

Nº de Reg. 77.181

Nº de Docum. 42.91266

FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Nome: José Celso Romão da Silva		
Data do Nasc. 23/12/96	Sexo: Masc. ☐ Femin. ☐	
Idade: 17	Fone:	
Endereço: R. Silvino da Oliveira Souza		
Bairro: Centro	Cidade: Picuí	
Profissão: Viganteiro		
Entrada: 07/05/13	Alta: 1/1	Óbito: 1/1
Estado Civil: Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Outros ☐		
Pai:		
Mãe: Wanielita Pereira de Sousa		
Responsável: Wanielita Pereira de Sousa		
Médico Assistente:		
Diag. Definitivo:		
Tratamento:		





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58.187-000 Fones: (33) 3371-2584 / 2090
Picuí PB - CNPJ: 08.778.268/0001-80

Nº APM _____
Nº de Ordem _____
Nº de Reg. 71.183
Nº do Docum. 4231266

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Jose Eulanderson de Souza Silva
Responsável: Wasmelik Pereira de Souza
Pai: _____
Mãe: Wasmelik Pereira de Souza
Prof: Assistente Data Nasc.: 23.12.96 Idade: 13
Endereço: Rua: Silvino de Oliveira Souto Nº 229
Bairro: Antes Cidade: Picuí Est. Civil: _____

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em 07/09/14 Alta em 11/11/14 Óbito em _____

Arquivista: _____

Médico Assessor: _____





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
Hospital Regional do Pícul Felipe Tiago

TERMOS DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado Jean B. Viana de Sousa Filho
Pessoa responsável pelo doente Uso de medicamentos sem prescrição médica
Dá plena autorização aos médicos do Hospital Regional do Pícul que o
Assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, 07 de Setembro de 2014

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
Pessoa responsável pelo doente _____
Reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
Pessoa responsável pelo doente _____
Certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
Pessoa responsável pelo doente _____
Reconhece que o mesmo está em condições de acordo e declara pelo presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução da alta médica hospitalar.

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





Hospitals Regional de Ficat "Fidel Tadeo Gomez"

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Frei Ailunderson vt. Sargento Silva IDADE: 17

SERVIÇO: _____ ENF.: _____ LEITO: _____

[illegible]



GOVERNO
DA PARÁ

Hospital Regional de Píed "Felipe Tiago Gomes"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: João Alexandre de Souza Silva IDADE: 17
SERVIÇO: Internação ENF: 207 LETTO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
09/14	14:40h	Paciente admitido neste setor, chegada de maca, do setor de observação, para fazer o exame do antepé e a retirada do curativo de ferida. Após limpeza e medicação. Segue aos cuidados da enfermagem. PA = 140 x 50 mmHg.	Maria da Guia C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.071
09/14	14:40h	Paciente admitido neste setor, chegada de maca, do setor de observação, para fazer o exame do antepé e a retirada do curativo de ferida. Após limpeza e medicação. Segue aos cuidados da enfermagem. PA = 130 x 50 mmHg.	Maria da Guia C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.071
09/14	5:00h	Paciente admitido neste setor, chegada de maca, do setor de observação, para fazer o exame do antepé e a retirada do curativo de ferida. Após limpeza e medicação. Segue aos cuidados da enfermagem. PA = 140 x 50 mmHg.	Maria da Guia C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.071





GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ - FELIPE TIAGO GOMES
CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS CADASTRO DO PACIENTE INTERNO

Nº do Registro: 41.183 Nome do Paciente: João Carlos de Jesus
Data do Nascimento: 3/12/94 Sexo: M (☒) F (☐) Nº do Cartão do SUS: 3660815040000
Data da internação: 01/09/19 Origem do Paciente: Instituição de Saúde (☐) Comunidade (☒)

JUSTIFICATIVA

Diagnóstico da Internação: _____ Fatores de Risco: _____
Início: / / Término: / /

ANTIMICROBIANOS

Antibióticos	Início	2. dia	3. Dia	4. Dia	5. Dia	6. Dia	7. Dia	Suspensão
Ampicilina 1g								
Benzilpenicilina								
Cloranfenicol 1g								
Cefalotina 1g								
Ceftriaxona 1g								
Ciprofloxacino 400mg EV								
Gentamicina 40 mg IM/EV								
Gentamicina 80 mg IM/EV								
Lincomicina 600 mg IM/EV								
Levofloxacino 500 mg								
Metronidazol 500mg EV								
Oxacilina 500 mg								

CONTROLE DIÁRIO (FARMÁCIA)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) Termo de Cooperação 37/2006-
OPAS/OMS e Portaria 2616/1996 do (MS) Ministério da Saúde/Brasil.

Médico Prescritor

Sector da Farmácia





Hospital Regional de Foz de Iguaçu "Felipe Tasso Gomes"

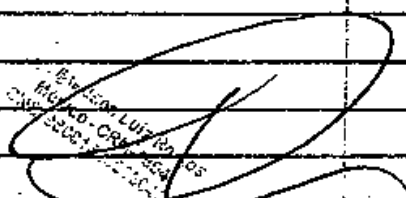
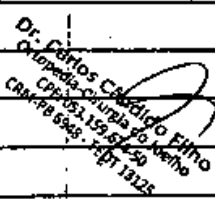


Sistema Único de Saúde

EVOLUÇÃO

Nome: José A. Llancho et Frause Silva Idade: 17 Reg: 41-181

Serviço: limpeza Diagnóstico: _____ Local: 2901

Data	Evolução
	PROCA DA ORTOPEDIA
	
08/09/19	Profunidade de antiptese - 4º e 5º MTT e - FRAT. 2º PDE.
	Cond. proptoricas + Linp Alta
	 Dr. Carlos Cássio Filho Ortopedia e Cirurgia do Membro Superior CRM-SP 139.512-50 CRM-PR 6889 - RPT 13125





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felipe Tiago Gomes"

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE:	ENF.	LEITO
José C. L. de Sousa Silva	207	01
DATA: 09/08/2020		ASSINATURA
Paciente admitido no Hospital Regional de Picuí em 08/08/2020, com diagnóstico de fratura de fêmur direito. Foi submetido a cirurgia de fixação com placa e parafusos. Evolução satisfatória. Alta hospitalar em 09/08/2020.		
08.08.2020 - Paciente segue internado. Aguarda avaliação do médico ortopedista. AOS cuidados da enfermagem.		
09.08.2020 - Paciente avaliado pelo ortopedista e qual prescreveu mobilização do membro e limpeza seguida de ALTA HOSPITALAR.		



IDENTIDADE

960-4

SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA DE VALARDEJA CONTIGORRE

ASSINATURA DO TITULAR

Jose Gilvander de Souza Silva

REPÚBLICA DE VALARDEJA CONTIGORRE



0451.5011111111111

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.231.266

DATA DE EXPEDIENTE 10/03/2014

NOME JOSÉ GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

FLACIO GILVAN DOS SANTOS SILVA
NORIELITA PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE

PICUI-PB

DOC ORGEM NAC N. 17563 FLS. 249 LIV. A 18

CARTÓRIO PICUI PB

DATA DE NASCIMENTO 23/12/1996

124.359.144-74

Jose Gilvander de Souza Silva

ASSINATURA DO TITULAR

VITIMA

Ministério da Fazenda

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 124.359.144-74

Nome JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

Nascimento 23/12/1996

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLADO
RECEBIDO
10 MAR 2016
JEM REGULADOR

CÓDIGO DE CONTROLE

D5DF.DF50.9949.D7DB

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

www.receita.fazenda.gov.br

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



 SEGURADORA LÍDER		86890000002-3 92010924860-2 80006925076-7 55902111517-8			
ÓRGÃO RECEBEDOR SEGURADORA LÍDER		CÓDIGO CORRETOR SUSEP		PARCELA ÚNICA	VENCIMENTO 05/03/2015
PLACA KJA3042	RENAVAM 692507655	CHASSI 9C2JC250VWR101470	TRANSMISSÃO 11/07/2016	CÓDIGO SEGURO 8	AGÊNCIA/CÓDIGO 0000 / 0000000000
PROPRIETÁRIO 00898273412 DAMIAO BORGES DE OLIVEIRA					NÓSSO NÚMERO 000692507655902111517
DISCRIMINAÇÃO DOS DÉBITOS SEGURO OBRIGATORIO 2015 292,01					PRÊMIO LÍQUIDO 290,90
DOCUMENTO 6 *T696* 					ISO F(2%) 1,11
					PRÊMIO TOTAL 292,01
					MORA MULTA 0,00
					OUTROS ACRESCIMOS 0,00
OBSERVAÇÕES PAGÁVEL NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRICAS (COMPENSAÇÃO ONLINE PARA TODOS OS DÉBITOS); BRADESCO e SANTANDER (ONLINE, *EXCETO DPVAT); ITAÚ (ONLINE, *EXCETO DPVAT E IPVA). *TRÊS DIAS ÚTEIS SR. CAIXA, NÃO RECEBER VALORES PARCIAIS E NEM APÓS 31/07/2016					VALOR COBRADO 292,01
ATENÇÃO: As coberturas, documentos necessários para o pedido de indenização e outras informações importantes a respeito do Seguro Obrigatório DPVAT podem ser consultadas no Certificado de Licenciamento Anual - CLA (antigo CRLV) - Lei Estadual nº 14.346 / 2011.					
INTERNET					USUÁRIO

 SEGURO OBRIGATÓRIO		86890000002-3 92010924860-2 80006925076-7 55902111517-8			
ÓRGÃO RECEBEDOR SEGURADORA LÍDER		CÓDIGO CORRETOR SUSEP		PARCELA ÚNICA	VENCIMENTO 05/03/2015
PLACA KJA3042	RENAVAM 692507655	CHASSI 9C2JC250VWR101470	TRANSMISSÃO 11/07/2016	CÓDIGO SEGURO 8	AGÊNCIA/CÓDIGO 0000 / 0000000000
PROPRIETÁRIO 00898273412 DAMIAO BORGES DE OLIVEIRA					NÓSSO NÚMERO 000692507655902111517
DISCRIMINAÇÃO DOS DÉBITOS SEGURO OBRIGATORIO 2015 292,01					PRÊMIO LÍQUIDO 290,90
DOCUMENTO 6 *T696* 					ISO F(2%) 1,11
					PRÊMIO TOTAL 292,01
					MORA MULTA 0,00
					OUTROS ACRESCIMOS 0,00
OBSERVAÇÕES PAGÁVEL NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRICAS (COMPENSAÇÃO ONLINE PARA TODOS OS DÉBITOS); BRADESCO e SANTANDER (ONLINE, *EXCETO DPVAT); ITAÚ (ONLINE, *EXCETO DPVAT E IPVA). *TRÊS DIAS ÚTEIS SR. CAIXA, NÃO RECEBER VALORES PARCIAIS E NEM APÓS 31/07/2016					VALOR COBRADO 292,01
ATENÇÃO: As coberturas, documentos necessários para o pedido de indenização e outras informações importantes a respeito do Seguro Obrigatório DPVAT podem ser consultadas no Certificado de Licenciamento Anual - CLA (antigo CRLV) - Lei Estadual nº 14.346 / 2011.					
INTERNET					USUÁRIO





DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSEIRO DE VEICULO

Eu, JOSE GILVANDERSON DE SOUSA SILVA, RG: 4.231.266, CPF: 124-359-144-74, residente e domiciliado na RUA SILVINO OLIVEIRA DE SOUSA, Cidade de PICUI, no Estado do PB

venho por meio deste, informar que sofri um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo informar tendo em vista que o mesmo esta em local incerto, razão pela qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados de veículo conduzido por mim.

Nome do proprietário: DAMIÃO BORGES DE OLIVEIRA

Ano: 1998

Placa: KJA-3042-PE

Chassi: 9G2E2S0WWR301470

Data do acidente: 07/09/2014



Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local/Data Picui - PB, 23 de março de 2016



JOSE GILVANDERSON DE SOUSA SILVA



Assinatura

DOCUMENTO 4 "T4"



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE GILVANDERSON DE SOUSA SILVA
brasileiro(a), SOLTEIRO, ESCRIVANTE
portador(a) do RG nº. 4.233-266 expedido por SSP/PB em
10/03/2014 e do CPF nº. 124.359-344-74, residente na (o)
RUA: SILVINO OLIVEIRA DE SOUSA Nº 249
município de PICUI - PB, CEP 58.187-000

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a
OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.689.825
SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão
Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.:
(83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes
para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 23 de março de 2016



Jose Gilvanderison de Sousa Silva
outorgante

