

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Jose Carlos dos Santos portador da carteira de
identidade nº 03.089.697 e inscrito no CPF/MF sob o nº 090.885.407.89
residente e domiciliado na Av. Mercad. Publico s/n Centro
Cidade Maragogipe Estado PE, 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 reside não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que reside 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.

Jose Carlos dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa PE - 13.12.2018

Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Carlos dos Santos

RG nº 3089077, data de expedição 16/11/03 Orgão SSPB

CPF nº 090.885.404.89 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>mercado Público. Libb de Lame</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Caba</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>maranguape</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>5826-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-98653251</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-ma.

Local e Data: João Pessoa 13-11-2018

Assinatura do Declarante: José Carlos dos Santos

PELRO DO CARMO DUARTE
 MERC PUE, S/N / CALDO DE CANA - CENTRO
 MANAQUEPE / PB CEP: 5820000 (AO 14)
 Emissão: 09/10/2018 Referência: Out/2018
 Cliente: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
 Roteiro: 4 - 14 - 80 - 8143 Nº Medidor: 0025533236



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R. Zito, Km 25 - Cidade Potência - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
 CNPJ: 06.905.120/0001-40 Ins. Est. 15.015.023-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 013 704 422
 Cód. para Ode. Atendimento: 8001188185

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPEI / CNPJ / RANI
Out / 2018	09/10/2018	09/11/2018	020.275.854-73 Ins. Est.:

UC (Unidade Consumidora): **5/1160315-6**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/09/18	Letra 2628	Data 09/10/18	Letra 2852	22
Demonstrativo				
OD Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Outr. Cnts.
0001 Consumo em kWh	773,000	0,0000	773,00	0,00
0001 Adc. S. Vermelho		0,0000	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA		0,0000	0,00	0,00
0001 JUROS DE MORA 08/2018		0,0000	0,00	0,00
0001 MULTA 08/2018		0,0000	0,00	0,00
0001 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018		0,0000	0,00	0,00

Cód. Código de Classificação do Item TOTAL: 221,40 100,00 47,85 100,00 1,20 0,01
VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

159 **17/10/2018 R\$ 221,40**
 Histórico de Consumo (kWh)

206 | 181 | 124 | 121 | 100 | 155 | 157 | 118 | 120 | 181 | 120 | 127
 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO
 c4d1.6acd.1b1e.a4cd.96e1.5345.62ce.c6ae.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo	
	Alíquota	Apurado	Limite de Tolerância (V)	Distribuição	Valor (R\$)
OC MENSA	8,27	0,00	MONITORIAL	220	45,22
OC TRIMESTRAL	12,54				75,70
OC ANUAL	25,08				7,99
FC MENSA	2,61	0,00	CONTRATADA	200	11,91
FC TRIMESTRAL	7,72		INTE SUPERIOR	200	62,72
FC ANUAL	14,45				0,00
DSO	3,11	0,00			221,40
DSO	13,23				100,00

ATENÇÃO

• REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) no fado relacionado(s) por atraso(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 26/10/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento até esta data não elimina a responsabilidade da dívida decorrente do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ao consumidor pagante, esteja na unidade consumidora para cancelamento. Caso contrário, efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, despendido ar esse momento.

• Fatura sujeita à inclusão em dívidas de proteção crédito no caso de inadimplimento.

• Resgate e Títulos - Vigência 29/09/18 (Resolução ANEEL nº 2.425-6/2018) Títulos 15,41% Média Resgate Títulos Vigência 29/09/18 (Res. ANEEL nº 2.425-6/2018) Títulos 15,75% Média

• Letura confirmada

energisa PARÁIBA **VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**
 Roteiro: 4 - 14 - 80 - 8140 **17/10/2018 R\$ 221,40**
 Medidor: 1150315-2018-10-5
 1150315-2018-10-5 11603152018-6 10500014019-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ CARLOS DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO 01/01/85
NOME DA MÃE MARIA DAS NEVES BARBOSA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 781.340
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 14/09/14
HORA DO ATENDIMENTO 19:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO + FERIMENTO NO JOELHO D
CID 10 S 80.0 + S 81.0

AValiação Inicial:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma no joelho D, além de ferimento corto-contuso. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

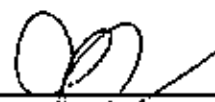
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP
RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

Sem alterações ósseas aos RX. Realizado atendimento, sutura e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 14/09/14
DATA DA EMISSÃO: 17/11/14


Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

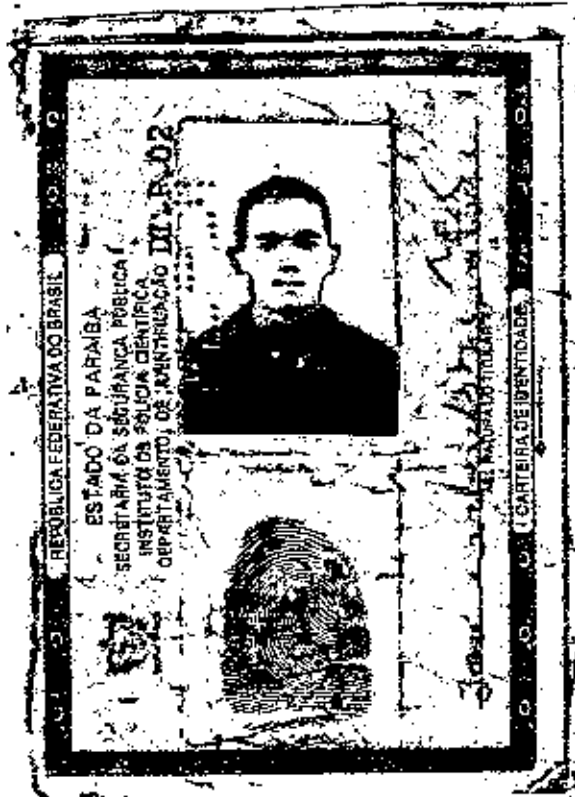
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Número
090.885.404-89

Nome
JOSE CARLOS DOS SANTOS

Nascimento
20/03/1985

[illegible]

Documentos de Identificacao



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

09976 JAN 2003

CERT. N° 17.952.718.29.v..
A.21b. Cart. Montanguape. PB.

Maria das Neves Barbosa dos Santos.
MONT CARLOS DOS SANTOS.

20.01.1985
DATA DE NASCIMENTO

Montanguape, PB.
NASCIMENTO

09976 JAN 2003

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: 000.000.000-00

Assinatura: [assinatura]

Nome: MARIA DAS NEVES BARBOSA DOS SANTOS

Data de Nascimento: 20.01.1985

Lugar de Nascimento: MONTANGUAPE - PB

Carteira de Identificação: 17.952.718.29.v.. A.21b. Cart. Montanguape. PB

Observações:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429938/18

Vítima: JOSE CARLOS DOS SANTOS

CPF: 090.885.404-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/09/2014

Titular do CPF: JOSE CARLOS DOS
SANTOS

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE CARLOS DOS SANTOS : 090.885.404-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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: 28/11/2018
Nome: JOSE CARLOS DOS SANTOS
CPF: 090.885.404-89

JOSE CARLOS DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE CARLOS DOS SANTOS

DATA DO ACIDENTE 14/09/2018 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 09088540485

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSE CARLOS DOS SANTOS
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 09088540485
 E-mail: _____
 Data: 19/11/2018 Assinatura: JOSE CARLOS DOS SANTOS (Assinatura: JOSE CARLOS DOS SANTOS)
 Data: 19/11/2018 Assinatura: JOSE CARLOS DOS SANTOS (Assinatura: JOSE CARLOS DOS SANTOS)

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atendimento 3030001
 Atendente HELENA F. G. SOARES Matrícula 8480371
 Data: 19/11/2018 Assinatura: HELENA F. G. SOARES (Assinatura: HELENA F. G. SOARES)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429938/18

Vítima: JOSE CARLOS DOS SANTOS

CPF: 090.885.404-89

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 14/09/2014

Titular do CPF: JOSE CARLOS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE CARLOS DOS SANTOS : 090.885.404-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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: 28/11/2018
Nome: JOSE CARLOS DOS SANTOS
CPF: 090.885.404-89

JOSE CARLOS DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva



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 ter ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento indenização no banco.

EU, Jose Carlos dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.089.077 EXPEDIDO POR SSPB EM 16-02-03

CPF 090886404-89 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SI-

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Supex 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 pessoais, 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 Funcionário;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 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 SISEDPVAT 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 ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações 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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0244 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 014044-6

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.

Jose Carlos dos Santos 17 de fevereiro de 2018
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

320-542710082-9

16/NOV/2018

HORA DE 12:52:56

LOT: 13.021636-4

TERM: 045621

LOCALIDADE: RAMANGUAPE

AG. VINCULADA: 0044

CONTROLE: 015687253

DEPOSITO EM DINHEIRO

0044 010 00174544-6

JOSE CARLOS DOS SANTOS

VALOR

5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

320-542710082-9

1ª VIA



Boletim de ocorrência



RECEBIDO

22 NOV 2018

Seguradora Líder DPVAT

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone: (83) 3218-5334

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1667/2015

Aos catorze dias do mês de maio do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 18:25h, compareceu o (a) Senhor (a): **JOSÉ CARLOS DOS SANTOS**, brasileiro, natural de Mamanguape/PB, solteiro, com 31 anos de idade, Ajudante de Pedreiro, Alfabetizado, filho de Maria das Neves Barbosa dos Santos, RG. 3.089.077-SSP/PB, residente na Rua Projetada, SN, Quadra 05, Lote 03, Nossa Senhora da Penha II, Mamanguape/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 14/09/14, por volta das 16:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SUNDOWN/WEB 100, cor preta, ano 2007, de placa NT-3742/PB, chassi nº 94J1XFBH78M053503, registrada em nome de Geraldo Trajano Rodrigues, pelas proximidades do viaduto da cidade de Mamanguape/PB, após atingir um veículo, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer contusão e ferimento no joelho direito, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 14 de maio de 2015.

José Carlos dos Santos
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-3

Escrivão