



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO E DA SEGURANÇA SOCIAL  
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE AREIA  
RUA AURÉLIO DE FIGUEIREDO, 1030 - JUSSARA - AREIA/PB - 583970-00

OCORRÊNCIA Nº.: 109/2017


**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrência Policial deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº. 109 registrada em 10/03/2017, que a passo a transcrever na íntegra: Aos 10/03/2017, nesta cidade de Areia, Estado da Paraíba, no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AREIA-PB, quando encontrava-se presente o(a) Bel(a) SYMONE ROSEMBERG LACET, Delegado(a) de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:59:17 horas, compareceu o Sr(a) JAELOSON SIRINO DE OLIVEIRA, nascido(a) em 03/05/1995, filho(a) de JOSENILDO ALVES DE OLIVEIRA e ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA, nacionalidade BRASILEIRO(A), natural de REMÍGIO, SOLTEIRO(A), escolaridade MÉDIO COMPLETO, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade nº. 3.940.083, expedido pela SSP-PB, com CPF 109.858.644-19, residente a(ao) RUA JOAQUIM VITÓRIO TORRES Nº169, CENTRO, na cidade de REMÍGIO-PB, telefone 83996060454.

**Declarou que:**

*Que na data do dia 15 de novembro de 2016 vinha trafegando em um automóvel, na poltrona do "carona", sentido cidade de Areia a cidade de Remígio pela PB 079, quando o motorista perdeu o controle do carro e capotou o mesmo; Que no acidente o declarante sofreu uma pancada na cabeça, outra no braço além de escoriações pelo corpo; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande; Que o automóvel que o declarante vinha era uma Caminhonete aberta MMC/L200 OUTDOOR, ano/modelo: 2011/2011, de cor preta, PLACA: OFF 2809/PB, CHASSI: 93XPKNK740BCB76158, CODIGO RENAVAM: 00384224741, tendo como proprietário ANTÔNIO ABIMAR BURITI JUNIOR;. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de ter lido e achado conforme, expresse a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.*

**AREIA/PB, 10 de março de 2017**

  
JAELOSON SIRINO DE OLIVEIRA  
Declarante

  
CLÊNIO DA SILVA SANTOS- AD HOC  
Escrivão





## Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU

REMÍGIO, PB.  
16 de fevereiro de 2017

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o SAMU 192 Regional – Remígio - PB, Prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente Jaelson Sirino de Oliveira, com ID: 1411254; vítima de acidente de trânsito, no dia 15 de novembro de 2016, aproximadamente às 13h00minh, sendo encaminhado para o Hospital de Trauma Campina Grande-pb.

  
ISAAC EMANOEL DIAS FERREIRA  
Coordenador do SAMU  
CPF: 082683904-50  
Coren- PB: 267661



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA		Nº 012710950814	
1	00384224741	2016	
NOME ANTONIO ABIMAR BURITI JUNIOR			
CPF / CNPJ 03550428430		PLACA OFF2809	
PLACA ANT. UF NOVO/PB		CHASSI 93XPNK740BCB76158	
ESPÉCIE / TIPO ESP/CAMINHONETE/ABER/CC.D		COMBUSTÍVEL DIESEL	
MARCA / MODELO MMC/L200 OUTDOOR		ANO FAB. / ANO MOD. 2011 / 2011	
CAP. / POT. / CIL. 05E/1.08T/141CV		CATEGORIA PARTIC	
COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 28/07/2016		VENIC. COTA ÚNICA 1ª *****	
FAIXA I PVA A *****		PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IOF (R\$) *****	
PRÊMIO TOTAL (R\$) *****		DATA DE PAGAMENTO 28/07/2016	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO			
2 EIXOS			
LOCAL CAMPINA GRANDE-PB		DATA 08/08/2016	
40665		204381	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS FÍSICOS E QUINTA COLUNA AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 012710950814 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO / DATA EMISSÃO 2016 / 08/08/2016	
VIA	PLACA
1	OFF2809
RENAVAM	MARCA / MODELO
00384224741	MMC/L200 OUTDOOR
ANO FAB.	DC 1985
2011	10
CHASSI 93XPNK740BCB76158	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$)	DETTRAN (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)
COTA ÚNICA	PARCELADO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.808/0001-04 <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>	



Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA - 08/09/2020 16:46:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816463402700000032588840>

Número do documento: 20090816463402700000032588840





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, JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3940.083 EXPEDIDO POR SS DS EM 03 / 02 / 2011 E

CPF 109858644-19 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 937 ( \*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1668 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00023522-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

Jaelson Sirino de Oliveira  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



## Declaração do Proprietário do Veículo

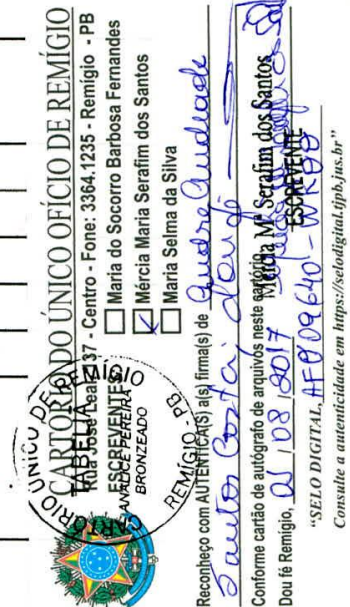
Eu, Antonio ABIMAR BURITI JUNIOR,  
 RG nº 2551705, data de expedição 15/07/2016,  
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 035504284-30,  
 com Domicílio na cidade de Remigio, no Estado  
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Teófilo Dias,  
 nº 65, complemento, CASA, declaro, sob as  
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
 data do acidente ocorrido com a vítima  
JARLSON SIRINO DE OLIVEIRA, cujo o condutor  
 era André Amador de S. B. R.

Veículo.....: CAMINHONETE / ASER / CC-D  
 Ano.....: 2011/2011  
 Modelo.....: MMC / 4200 OUTDOOR / DIESEL / PRETA  
 Placa.....: OFF 2809  
 Chassi.....: 93XPNK740BCB76158  
 Data do acidente.: 15/11/2016

Local e data: \_\_\_\_\_

X Antonio Abimar, Buriti Junior  
 Assinatura do Declarante Proprietário  
**(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)**

X André Amador de S. B. R.  
 Assinatura do **CONDUTOR** (quando a vítima for carona)  
**(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA,

RG nº 3.940.083, data de expedição 03/02/2011,

Órgão SSD/PB, CPF nº 109.958.644-19, 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 PROJETADA / SOARVIM VITÓRIO</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>REMÍGIO -</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58398-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 996 06 0454</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Jaelson Sirino de Oliveira

Assinatura do Declarante



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JAEZSON SIRINO DE OLIVEIRA  
 DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA 109.858.644-19  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JAEZSON SIRINO DE OLIVEIRA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PROJETADA, S/N. JOAQUIM VITALINO, CENTRO  
 Nº S/N COMPLEMENTO JOAQUIM VITALINO BAIRRO CENTRO  
 CIDADE REMÍCIO UF PB CEP 58398-000  
 E-MAIL JAEZSON.SIRINO4@Gmail.com TELEFONE (83) 996060454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



ANEXO II

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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, \_\_\_\_\_,  
portador (a) do RG Nº \_\_\_\_\_, expedido por \_\_\_\_\_,  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, CPF/CNPJ Nº \_\_\_\_\_, na qualidade de  
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiários(a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ do sinistro de DPVAT da natureza \_\_\_\_\_  
da vítima \_\_\_\_\_,

e conforme determinação da Circular SUSEP Nº 445/12, declaro as informações  
solicitadas:

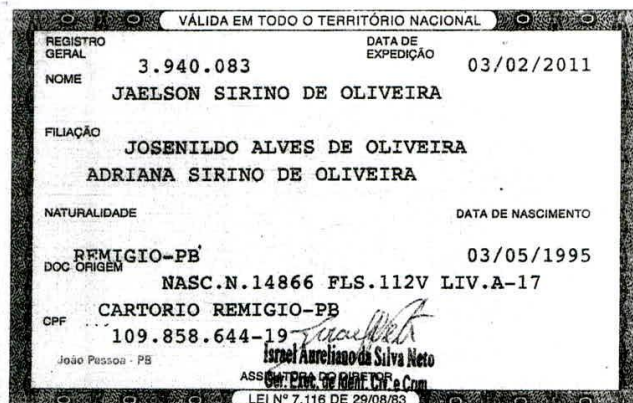
Profissão: \_\_\_\_\_ Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
ASSINATURA – PROCURADOR(A)/ INTERMEDIÁRIO(A)







CARTÓRIO ÚNICO DE REMÍGIO  
ESTADO DA PARAÍBA  
AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução  
do original, dou fé F.m Test? MM 11  
de verdade.

Remigio 11/07/2017

Mércia Mª Scrahm dos Santos  
ESCREVENTE



SELO DIGITAL: AFT4 17026-14C88  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpbjus.br>



ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA  
RUA PROJETADA, S/N JOAQUIM VITORIO - CENTRO  
REMIGIO / PB CEP: 56389000 (AG 71)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO  
Rotametro: 12 - 73 - 285 - 5970  
IP Medidor: 00008130122

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 54071-860  
CNPJ: 09.036.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.925.449  
Código para Débito Automático: 00014048290

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1404825-0**  
Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

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

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura

18/02/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

99068870434  
Ins. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/12/16	5868	18/01/17	5947	

#### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14805	4,47
Consumo - 31 a 100kWh-BR	48	0,25552	12,26
Substituição			19,01
ICMS			12,40
PIS			0,51
COFINS			2,37

#### LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	4,84
JUROS DE MORA 12/2016	0,01
MULTA 12/2016	0,78
Devolução Subsídio	-17,81

#### Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	90
Nov/16	78
Out/16	68
Set/16	80
Ago/16	75
Jul/16	67
Jun/16	82
Mai/16	75
Abr/16	68
Mar/16	68
Fev/16	81
Jan/16	66

Média dos últimos meses: 74

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	48,82	25,00	12,40
PIS	48,82	1,0400	0,51
COFINS	48,82	4,7601	2,37

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

26/01/2017

R\$ 37,62

bd8d.ad25.4024.ad5d.2c84.a640.d926.e3ae.

#### Indicadores de Qualidade 11/2016 - Esperança

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	1,50	Serviço de Dist. da Energisa/PB	8,36	16,87
DIC TRIMESTRAL	12,94		Compra de Energia	7,44	18,78
DIC ANUAL	25,89		Serviço de Transmissão	0,44	1,17
FIC MENSAL	3,42	2,00	Encargos Setoriais	2,50	8,85
FIC TRIMESTRAL	6,85		Impostos Diretos e Encargos	20,89	55,53
FIC ANUAL	13,70		Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	3,80	1,35			
DICRI	12,22				

Valor de EUSD (Ref. 11/2016) R\$0,45

#### ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um valor de R\$17,81









GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO E DA SEGURANÇA SOCIAL  
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE AREIA  
RUA AURÉLIO DE FIGUEIREDO, 1030 - JUSSARA - AREIA/PB - 583970-00

OCORRÊNCIA Nº.: 109/2017

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrência Policial deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº. 109 registrada em 10/03/2017, que a passo a transcrever na íntegra: Aos 10/03/2017, nesta cidade de Areia, Estado da Paraíba, no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AREIA-PB, quando encontrava-se presente o(a) Bel(a) SYMONE ROSEMBERG LACET, Delegado(a) de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:59:17 horas, compareceu o Sr(a) Jaelson Sirino de Oliveira, nascido(a) em 03/05/1995, filho(a) de JOSENILDO ALVES DE OLIVEIRA e ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA, nacionalidade BRASILEIRO(A), natural de REMÍGIO, SOLTEIRO(A), escolaridade MÉDIO COMPLETO, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade nº. 3.940.083, expedido pela SSP-PB, com CPF 109.858.644-19, residente a(ao) RUA JOAQUIM VITÓRIO TORRES Nº169, CENTRO, na cidade de REMÍGIO-PB, telefone 83996060454.

**Declarou que:**

*Que na data do dia 15 de novembro de 2016 vinha trafegando em um automóvel, na poltrona do "carona", sentido cidade de Areia a cidade de Remígio pela PB 079, quando o motorista perdeu o controle do carro e capotou o mesmo; Que no acidente o declarante sofreu uma pancada na cabeça, outra no braço além de escoriações pelo corpo; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande; Que o automóvel que o declarante vinha era uma Caminhonete aberta MMC/L200 OUTDOOR, ano/modelo: 2011/2011, de cor preta, PLACA: OFF 2809/PB, CHASSI: 93XPNK740BCB76158, CODIGO RENAVAL: 00384224741, tendo como proprietário ANTÔNIO ABIMAR BURITI JUNIOR;. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de ter lido e achado conforme, expresse a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.*

**AREIA/PB, 10 de março de 2017**

Jaelson Sirino de Oliveira  
Jaelson SIRINO DE OLIVEIRA  
Declarante

CLÊNIO DA SILVA SANTOS- AD HOC  
Escrivão



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.150



*Jaelson Sirino de Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

3.940.083

03/02/2011

NOME

JAELOSON SIRINO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO

JOSENILDO ALVES DE OLIVEIRA

ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

REMIGIO-PB

03/05/1995

DOC. ORIGEM

NASC.N.14866 FLS.112V LIV.A-17

CARTORIO REMIGIO-PB

CPF

109.858.644-19

João Pessoa - PB

Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA  
RUA PROJETADA, S/N / JOAQUIM VITORIO - CENTRO  
REMIGIO / PB CEP: 58389-000 (AG 71)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680  
Roteiro: 12 - 73 - 285 - 5970 Referência: Jan / 2017 CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0  
Nº medidor: 00008130122 Emissão: 19/01/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.925.449  
Código para Débito Automático: 00014048250

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1404825-0**

Canal de contato

Jan / 2017

Apresentação

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

19/01/2017

Data prevista da próxima leitura

16/02/2017

CPF/CNPJ/RANI

9606870434  
Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/12/16	5969	19/01/17	5947	
			1	78
				29

**Demonstrativo**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,14905	4,47
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	48	0,25552	12,26
Subsídio			17,01
ICMS			12,40
PIS			0,51
COFINS			2,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			4,84
JUROS DE MORA 12/2016			0,01
MULTA 12/2016			0,76
Devolução Subsídio			-17,81

**Histórico de Consumo (kWh)**

Dez/16	80
Nov/16	78
Out/16	86
Set/16	80
Ago/16	75
Jul/16	67
Jun/16	62
Mai/16	78
Abr/16	86
Mar/16	59
Fev/16	81
Jan/16	86

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	49,82	25,00	12,40
PIS	49,82	1,0400	0,51
COFINS	49,82	4,7801	2,37

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses  
74

26/01/2017

R\$ 37,62

bd8d.ad25.4024.ad5d.2c84.a640.d926.e3ae.

**Indicadores de Qualidade 11/2016 - Esperança**

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,47	1,50
DIC TRIMESTRAL	12,94	
DIC ANUAL	25,89	
FIC MENSAL	3,42	2,00
FIC TRIMESTRAL	8,95	
FIC ANUAL	13,70	
DMIC	3,60	1,35
DICRI	12,22	

**ATENÇÃO**

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um valor de R\$17,81

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	8,35	18,87
Compra de Energia	7,44	19,78
Serviço de Transmissão	0,44	1,17
Encargos Setoriais	2,50	6,65
Impostos Diretos e Encargos	20,89	55,53
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>37,52</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 11/2016) R\$9,45



Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA - 08/09/2020 16:46:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816463667800000032588842>

Número do documento: 20090816463667800000032588842



fortuna C. de Oliveira

> orof

Ciprofloxacino

500mg - 14h

Deveser -

de 12h até 12h  
 07 sig.

Marcelle Elias R. de Oliveira

MÉDICA

CRM - 1711 - PB

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: 12/11/16.

O RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA



**GOVERNO DA PARAIBA**

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
 DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ESTADO DA PARAIBA  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO**  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
**PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIAL DE SAÚDE**  
 RUA DR. LUIZ BRONZEADO, S/N  
 CENTRO - REMÍGIO - PB

Jackson Silvio de Oliveira

ATO 012

Jackson Cirino

R<sub>x</sub> *Medicinal*  
 Ibuprofeno 600 — 06cps  
 Tomar 1cp B/Q  
 (3x/dia)

① Ibuprofeno 100mg — 01cp  
 01 cp 12h - 6 dias

*[Handwritten signature]*

MOD. 001

16, 11, 16  
 Data

Alexandre Mariabo  
 CRM - 1711 - PB  
 Médico

Dr. Alexandre Mariabo  
**MÉDICO**  
 CRM - PB 9295

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

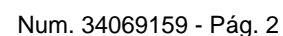
DATA: 16, 11, 16

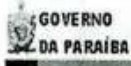
AO RETORNAR AO MÉDICO, TRAZER ESTA RECEITA





1000 10000





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

Paciente: JAEISON CIORINO DE OLIVEIRA

Data do Exame: 15/11/2016

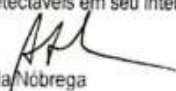
Exame: Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical

**Indicação:** Paciente com politrauma e dor cervical.

**Técnica:** Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento cervical.

**Análise:**

- Eixo cervical preservado.
- Não há sinais de fraturas ou luxações nos corpos vertebrais avaliados.
- Corpos vertebrais de altura e alinhamento posterior preservados.
- Lâminas e pedículos de aspecto normal. Facetas articulares conservadas.
- Discos intervertebrais com forma e densidade habituais.
- Saco dural e seu conteúdo de aspecto normal.
- Canal raqueano de configuração e dimensões normais em todos os segmentos estudados, sem lesões expansivas detectáveis em seu interior.

  
Dr. Arthur José Ventura da Nobrega  
CRM/PB: 6481







SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	JAEISON CIRINO DE OLIVEIRA
DATA DO EXAME:	15/11/2016

#### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

##### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico multifrequencial.

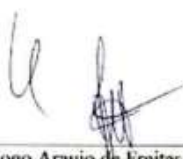
##### ANÁLISE:

**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins ou bexiga identificáveis ao método.

Adicionalmente, observo sinais de nefrolitíase à direita.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas.

  
Dr. Diogo Araujo de Freitas  
Médico Radiologista  
CRM-PB: 7195



Ficha de Acolhimento

21 anos

Nome: <u>Jackson Lourenço de Oliveira</u>	Bairro: <u>Parque</u>
End: _____	Documento de Identificação: _____
Data de Nascimento: _____	Data do Atend.: <u>15-11-16</u> Hora: <u>15:00</u> Documento: _____
Queixa: <u>Capoturno</u>	Acidente de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fâceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória: _____	Frequência cardíaca: _____
Pressão arterial: _____	Temperatura axilar: _____
Dosagem de HGT: _____	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Palida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maça	

Estratificação

MDG 112

*Muga*

- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

SECRETARIA DE SAÚDE  
COORDENADORIA  
DE ENFERMAGEM

*[Assinatura]*

Assinatura e carimbo do profissional







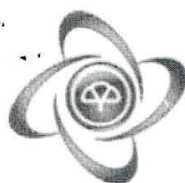
GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE																																					
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL																																					
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO		CNPJ 08-778.268/0001-60																																					
Código da Unidade: 0023671		Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES																																					
Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS		Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25																																					
DADOS DO PACIENTE																																							
PRONTUÁRIO Nº: 1343284																																							
Nome: LAELSON DINIZ DE OLIVEIRA	Sexo: MASCULINO	Documento: SEM DOCUMENTO																																					
Profissão: SOFISTA	Estado: RJ	Cidade: CENTRO																																					
Ente: SEM RESPONSABILIDADE	Município: REMÍCIO	Código do Município: 25-272																																					
Data Atendimento: 15/11/2018	DTA NASCIMENTO: 15/11/1978	QUERXAS: CAROTIDIANO																																					
MECANISMOS DO TRAUMA																																							
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)																																							
		<table border="1"> <tr> <td>1. Abrasão</td> <td>19. Fratura do osso fechado</td> </tr> <tr> <td>2. Amputação</td> <td>20. Fratura do osso aberto</td> </tr> <tr> <td>3. Anel</td> <td>21. Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4. Contusão</td> <td>22. Injeção de medicamento</td> </tr> <tr> <td>5. Crepitação</td> <td>23. Laceração</td> </tr> <tr> <td>6. Dor</td> <td>24. Lesão tendão</td> </tr> <tr> <td>7. Edema</td> <td>25. Luxação</td> </tr> <tr> <td>8. Equivocidade</td> <td>26. Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9. Exatidão</td> <td>27. Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10. Exatidão</td> <td>28. Objeto enfiado</td> </tr> <tr> <td>11. Exatidão</td> <td>29. Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12. F. Área branca</td> <td>30. Paralisia</td> </tr> <tr> <td>13. F. Área de fogo</td> <td>31. Paralisia</td> </tr> <tr> <td>14. F. Contusão</td> <td>32. Paralisia</td> </tr> <tr> <td>15. F. Contusão</td> <td>33. Paralisia</td> </tr> <tr> <td>16. F. Contusão</td> <td>34. Paralisia</td> </tr> <tr> <td>17. F. Contusão</td> <td>35. Paralisia</td> </tr> <tr> <td>18. F. Contusão</td> <td>36. Paralisia</td> </tr> </table>		1. Abrasão	19. Fratura do osso fechado	2. Amputação	20. Fratura do osso aberto	3. Anel	21. Hematoma	4. Contusão	22. Injeção de medicamento	5. Crepitação	23. Laceração	6. Dor	24. Lesão tendão	7. Edema	25. Luxação	8. Equivocidade	26. Mordedura	9. Exatidão	27. Movimento torácico paradoxal	10. Exatidão	28. Objeto enfiado	11. Exatidão	29. Otorragia	12. F. Área branca	30. Paralisia	13. F. Área de fogo	31. Paralisia	14. F. Contusão	32. Paralisia	15. F. Contusão	33. Paralisia	16. F. Contusão	34. Paralisia	17. F. Contusão	35. Paralisia	18. F. Contusão	36. Paralisia
1. Abrasão	19. Fratura do osso fechado																																						
2. Amputação	20. Fratura do osso aberto																																						
3. Anel	21. Hematoma																																						
4. Contusão	22. Injeção de medicamento																																						
5. Crepitação	23. Laceração																																						
6. Dor	24. Lesão tendão																																						
7. Edema	25. Luxação																																						
8. Equivocidade	26. Mordedura																																						
9. Exatidão	27. Movimento torácico paradoxal																																						
10. Exatidão	28. Objeto enfiado																																						
11. Exatidão	29. Otorragia																																						
12. F. Área branca	30. Paralisia																																						
13. F. Área de fogo	31. Paralisia																																						
14. F. Contusão	32. Paralisia																																						
15. F. Contusão	33. Paralisia																																						
16. F. Contusão	34. Paralisia																																						
17. F. Contusão	35. Paralisia																																						
18. F. Contusão	36. Paralisia																																						
OBS:																																							
QUERXAS: Resposta corporal local 0 Grau: 0 1º grau: 0 2º grau: 0 3º grau: 0																																							
DIAGNÓSTICO / CID: Pol. traumática																																							
EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS																																							
Vital com Batimento de 70 batimentos por minuto, PA 120/80, FC 70, T 36,6, S 92, R 12, SatO2 98%.																																							
ALERGIA: Nenhum																																							
MEDICAMENTOS: Nenhum																																							
PATOLOGIAS:																																							
EXAME FÍSICO:																																							
PUPILAS: ( ) Fotorreagentes ( ) Anisocóricas ( ) Anisocóricas ( )																																							
Glasgow: 15 PA 120/80 HGT 92 SatO2 98																																							
TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 15/11/18																																							
EXAMES SOLICITADOS:																																							
( ) Laboratório ( ) Ultrassonografia																																							
( ) Gaseometria arterial ( ) Radiografia																																							
( ) Tomografia Computadorizada																																							
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:																																							
Especialista: 36 1m Dia 1/1																																							
Especialista: 36 1m Dia 1/1																																							
MÉDICO SOLICITANTE:																																							
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:																																							
PRESCRIÇÕES E CONDUZAS:																																							
1. SRL - 2000 - 0 - OK 15:15 h																																							
2. T. 1000 - 0 - OK 15:15 h																																							
3. T. 1000 - 0 - OK 15:15 h																																							
4. S. 1000 - 0 - OK 15:15 h																																							
5. T. 1000 - 0 - OK 15:15 h																																							
6. T. 1000 - 0 - OK 15:15 h																																							
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO																																							



39

35





**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo <input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		Atendente <b>ADRIANA LACERDA NOGUEIRA</b>	
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência <b>SUCURSAL CAMPINA GRANDE</b>	
Nome do Requerente <b>EDUARDO LIMA DA SILVA</b>		Nome da Vítima <b>JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA</b>	CPF da Vítima <b>10985864419</b>
Documentos Complementares			
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador		<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador	
Morte <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito ( <b>Cópia autenticada</b> ) <input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada ( <b>Cópia autenticada</b> ) <input checked="" type="checkbox"/> Autorização de Pagamento <input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS <input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed. <input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores <input type="checkbox"/> Alvará Judicial		Inválidez Permanente <input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva <b>Cópia autenticada</b> Outros Doctos. Entregues e Observações <b>Declaração de ausência de laudo do IML</b>	
		DAMS <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico <input type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) <input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



0124858

**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

### Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 02/08/2017



Assinado eletronicamente por: TATIANE DE ARAUJO SILVA - 08/09/2020 16:46:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816464247000000032588846>  
 Número do documento: 20090816464247000000032588846

Num. 34069162 - Pág. 1





(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

**SINISTRO 3170437551 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JAELOSON SIRINO DE OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624**BENEFICIÁRIO** JAELOSON SIRINO DE OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 10985864419**Posição em 13-09-2017 15:38:19**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Pendente	EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO

## ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

## PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.940.083 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/02/2011

NOME JAELSON SIRINO DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOSENEILDO ALVES DE OLIVEIRA  
ADRIANA SIRINO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO 03/05/1995

REMIGIO-PB DOG ORIGEM NASC.N. 14966 PLS. 112V LIV.A-17

CPF CARTORIO REMIGIO-PB 109.858.644-19

ASS. Israel Ameliano da Silva Neto

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P.150

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Jaelson Sirino de Oliveira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CAITEIRA DE IDENTIDADE



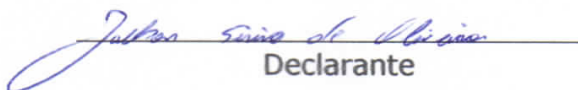
### DECLARAÇÃO DE POBREZA

**DECLARANTE: JELSON SIRINO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.940.083 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 109.858.644-19, residente e domiciliado na Rua Joaquim Vitorio, nº 169, Remígio/PB, fone (83) 996565578.

DECLARO com base no Artigo 98 do Novo CPC, que: "sou pobre perante a Lei, e não dispondo de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família."

DECLARO, ainda, ser conhecedora das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeita caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Remígio, 31 de agosto de 2020.

  
Declarante





**INSTRUMENTO PARTICULAR DE  
MANDATO JUDICIAL**

**MANDANTE:** **JAEISON SIRINO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.940.083 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 109.858.644-19, residente e domiciliado na Rua Joaquim Vitorio, nº 169, Remígio/PB, fone (83) 996565578.

**MANDATÁRIO:** **EDUARDO DE LIMA NASCIMENTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 17.980, **TATIANE DE ARAÚJO SILVA LIMA**, brasileira, casada, advogada, inscrita regularmente nos quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba, sob o nº 26.259 com escritório profissional na Rua Bento Vitorio, nº 123, Centro, Remígio/PB, CEP: 58398-000, onde receberá as comunicações dos atos processuais.

**OUTORGA:** Poderes para o **FORO** em geral, aqueles especificados no art. 105 do Código de Processo Civil, para fé dos seus graus atuar em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito, as competentes ações ou a defende-lo nas adversas, seguindo uma e outras até final decisão, usando recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber, dar quitação, agindo conjuntamente, podendo substabelecerem no presente mandato, com ou sem reservas de poderes.

Remígio, 06 de Setembro de 2020.

  
**MANDANTE**





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**Vara Única de Remígio**

0800638-07.2020.8.15.0551

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro a AJG.

Em observância às medidas preventivas de contágio à COVID-19 (CORONAVÍRUS), deixo de designar a audiência prevista no artigo 334 do CPC, sem prejuízo da oportuna solução consensual do conflito.

1) Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 183, NCPC, devendo advertir-se, ainda, que caso considere possível conciliar, deve a resposta conter tal informação, para análise quanto a necessidade de designação de audiência.

2) Uma vez juntada contestação, intime-se a parte autora, via patrono, para apresentar impugnação à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias.

3) Decorrido o prazo, com ou sem impugnação, intem-se as partes para especificarem as provas que pretendem produzir, de forma objetiva e fundamentada, no prazo de 05 (cinco) dias, apontando os pontos contraditórios e controvertidos, sob pena de preclusão, ou requererem o julgamento antecipado da lide.

Cumpra-se.

Remígio, data e assinatura eletrônicas.

Juliana Dantas de Almeida



Juíza de Direito

