

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8544873

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661
Vitima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA
Data Acidente: 17/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

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



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8702379

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661
Vitima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA
Data Acidente: 17/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9576734

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661 ASL-0061150/16
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA
Data Acidente: 17/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2016

Carta nº: 9659810

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661 ASL-0061150/16
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA
Data Acidente: 17/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000005783-5**

Conta: **000002086-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



ÇÃO 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, CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.797.340EXPEDIDO POR SSD3/PBEM 30/09/09 ECPF 099238314-50 /CNPJ 0000000000-0000-00PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA. 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, com validade de 90 dias, com comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site 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 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5783 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0002086-9

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.

ITAPORANGA, 21 de JANEIRO de 2016.

LOCAL E DATA

claudiana de fonte guabiraba

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Crédito-Débito
Crediário

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



5067 2777 4670 8109

5067

09/19

VALIDO ATÉ

5783 5

AGÊNCIA DIG

0002086 9

CONTA

01

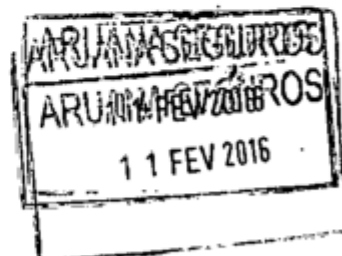
DIG VIA

00

TIPO

elo

CLAUDIANA DE F GUABIRABA



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/09/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05783-5

CONTA: 000000002086-9

Nr. Autenticação

BRABESCO0209201605000000000023705783000000002086168750 PAGO



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 017 /2016

Natureza da ocorrência: Acidente de Transito

Data do fato: 17 / Dezembro / 2015

HORAS: 9:30min

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante / Vítima:

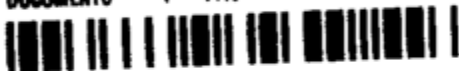
CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA, natural de Conceição/PB, Solteira, Agricultora, nascida no dia 13.09.1990, filha de José Guabiraba Moreira e Maria José de F. Moreira, RG 3.797.340/PB e CPF Nº 099.238.314-50, residente no Sítio Poço do Cachorro s/, área rural ' de Santana de Mangueira/PB.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residencia, sentido de Santana de Mangueira/PB, pilotando a moto HONDA/NXR150 BROS ES, cor' Vermelha, ano mod. 2012, placa OFD5067/PB e chassi 9C2KD0550CRO17437 em nome de JOSELIA DE FONTE GUABIRABA e ap' passar pelo Sítio Picos ' Municipio de Santana de Mangueira/PB, em uma curva a condutora perdeu o controle da moto, caindo ambas do solo, sendo a notificante socorrida por familiares para o Hospital de Itaporanga/PB e em seguida removida para o Hospital Regional de Patos/PB. Em tempo: A notificante ' viajava no carona da mencionada motocicleta, conduzida por sua irmã - Josélia de Fonte Guabiraba(proprietária da moto).

DOCUMENTO 1 "T1M"



04 FEV 2016

Itaporanga, 09 / Jan /2016.

x Claudiana de Fonte Guabiraba

Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escritório de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Claudiana de Fonte Gualiraba, portador da carteira de identidade nº 3.797.340 e inscrito no CPF/MF sob o nº 099.238.314-50, residente e domiciliado na Sítio Lago do Cachorro, S/N, área rural, Cidade Montana de Mangueira Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

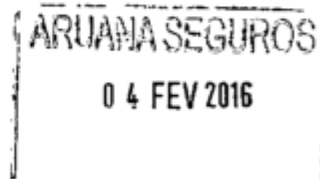
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *T2*



X Claudiana de Fonte Gualiraba

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Itaperanga/PB, 21/01/2016

Local e data



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Hospital Distrital de Itaporanga
PARA: Hospital Regional de Peps
ENCAMINHO: Cloncham de forja Guabiruba IDADE: 25a SEXO: F
RESIDENTE: Lito Rio de Cochano
MUNICÍPIO: Garfuna de Marquena UF: PB
PA _____ MM/HG _____ TEMP _____ °C PESO _____ KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente chega dos m. outro exposto,
cirúrgico, não exposto e glicose perigosa por
trauma. Relata acidente em motocicleta.
Nega outros sintomas e perda de consciência.
Exame: EOB, apical, apical, apical, apical, apical, apical.
Ex. AP: normal. Ex. Cloncham: normal.
Radiografia Cervical C1 = normal.
Radiografia Antero E. AP = Fratura clavícula E.
Radiografia Mão E. - Telha E. AP/P: Normal.
H2 = Fratura clavícula E.
Cloncham S.R.L. 500 ml EV; 1/2 Telha 400 mg + AP EV;
D. Instilação do Antio E. G. 500 mg + AP EV;
20 TRAUMATOLOGIA
17, 22, 2015 HORA: 09:50

Dr. Taciano Diniz
Médico
CRM-PB 8156

ARUANA SEGUROS

LEANDRO ALVES DE CARVALHO PINTO

CRM-PB 8908

DOCUMENTO 1 "T196"



LAUDO MÉDICO SOBRE AVALIAÇÃO DE PACIENTE APÓS ACIDENTE DE TRANSITO.

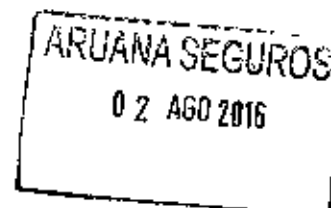
A PACIENTE CLAUDIANA DA FONTE GUABIRABA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 17/12/2015.

A MESMA FOI REMOVIDA AO HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA, ONDE FOI AVALIADA E EXAMINADA, ONDE FOI DIAGNOSTICADA UMA FRATURA EM CLAVÍCULA ESQUERDA.

FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE FOI ATENDIDA PELO SERVIÇO DE ORTOPEDIA, E FOI REALIZADO TRATAMENTO INCRUENTO, COM IMOBILIZAÇÃO EM 8 POR 45 DIAS.

NO MOMENTO APRESENTA DEFORMIDADE LEVE EM CLAVICULA ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO E REFERE DOR NO MESMO. REFERE TAMBÉM DOR EM JOELHO ESQUERDO E REFERE INSTABILIDADE DO MESMO.

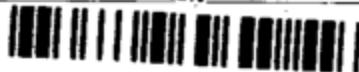
ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA A PARTIR DESTA DATA.



LEANDRO PINTO

CRM-PB 8908

29/04/2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Claudiana de F. GualirabaRG nº 3.797.340, data de expedição 30/09/09, Órgão SSDS/PB.

CPF nº 099.238.314-50, 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>Estio Lago do Cachorro</u>
Número	<u>310</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Área rural</u>
Cidade	<u>Santana de Mangueira</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58.985-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996978811</u>
E-mail	<u>edilsondpvatpb@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaperanga, 21/01/2016.

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

Assinatura do Declarante: Claudiana de F. Gualiraba

GABRIEL MEDEIROS DE LIMA
SIT POÇO DO CACHORRO, S/N - ÁREA RURAL
SANTANA DE MANQUERA/PB CEP: 5895000 (AQ: 181)

Class/Subcl: RURAL/AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICA
Póximo: 8-184-557-1040
Nº medidor: 00000487387

Referência: Dez/2015
Emissão: 11/12/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53007-1-080
CNPJ 09 036 110/0001-40 - Ins. Est. 18 015 823-40

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 423 678
Código para Dúvida Automática: 00018731719

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

73x8 derb 5115 54dB c40e e2c0 1725 0089.

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1073171-9

Canal de contato

Dez/2015

Apresentação

11/12/2015

Data prevista da próxima leitura

12/01/2016

CPF/CNPJ/RANI

9188504415

Faturas em atraso

18/08/2015	45,18
19/05/2015	14,00

Anterior

Cálculo de consumo

Data	Leitura	Data	Leitura	Consumo	Dias
12/11/15	4085	11/12/15	4125	30	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Custo de Disponibilidade	30	0,28272	8,78
Adic. G. Vermelha			1,35
Subsídio			3,78
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (ISENTO)			
PIS			0,23
COFINS			1,05
JUROS DE MORA 11/2015			0,04
MULTA 11/2015			0,21
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS			
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2015			0,02
Devolução Subsídio			-3,78

Histórico de Consumo (kWh)

Nov/15	30
Out/15	88
Set/15	81
Ago/15	58
Jul/15	47
Jun/15	110
Mai/15	41
Abr/15	0
Mar/15	118
Fev/15	225
Jan/15	104
Dez/14	30

Média dos últimos meses
74 kWh

VENCIMENTO

18/12/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,73

Indicadores de Qualidade 2015 - Paraíba

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,80	
DIC TRIMESTRAL	25,52	
DIC ANUAL	51,05	
FIC MENSAL	8,00	
FIC TRIMESTRAL	15,94	
FIC ANUAL	31,88	
CMSC	8,99	
DCSR	18,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	4,84	29,08
Compra de Energia	7,42	47,00
Serviço de Transmissão	0,26	2,32
Encargos Setoriais	1,47	8,49
Impostos, Direitos e Encargos	1,53	9,66
Outros Serviços	0,07	0,45
Total	15,49	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição (R\$ 10/2015) R\$ 10,26

ATENÇÃO

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DEBITOS ANTERIORES", já reavizados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Subvenção DEC 7 89/11/13 R\$ 3,78
- Cliente não permitiu o acesso à medição
- Faturamento mínimo da fase - Art. 87 da Res. 414 - ANEEL
- Item ICMS

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Não definido

Resultados terapêuticos: Não definido

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	\$0.00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

CRM do médico: 52-90632-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 1 *T1%*



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIA, 59 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58750000 (AG: 1541)

Energisa

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Retiro: 7 - 154 - 25 - 2780
Nº medidor: 00008205001

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-220, Km 25 - Cristóvão Rodentier - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08 095 183/0001-40. Ins. Est. 16 015 823-0

Referência: Jan / 2016
Emissão: 13/01/2016

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 463 058
Código para Dúvida Automática: 00000270134

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

RESERVADO AO FISCO

90d3 08a3 54ae 8d69 752e b37c 8b60 5258

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 6/27663-4

Jan / 2016

Canal de contato

Não deixe água parada. Tome cuidado com dengue, Zika e Chikungunya.

Apresentação

13/01/2016

Data prevista da
próxima leitura

12/02/2016

CPF / CNPJ / RANI

3724 708403

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 14/12/15	Leitura: 9185	Data: 13/01/16	Leitura: 9200	30
			15	

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 09/01/2016 PAGAS
OBRIGATORIAMENTE

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	15	0,41817	27,18
Adic. B. Vermelho			2,91
IMPOSTOS E ENCARGOS			

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Total			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do

RG nº 5.652.161, expedido por SSPI/PE, em

30/04/96, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09,

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

de Fonte Gualirala do sinistro de DPVAT da natureza invalides

da vítima Claudiana de Fonte Gualirala, e conforme

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

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 880,00

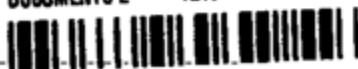
Documentos comprobatórios: RG e CPF.

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DOCUMENTO 2 *T2%*



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NA PROJEÇÃO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. REDUÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. RESTRIÇÃO COM SOBRECARGAS.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA À TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS). RECEBEU ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2016

Conduta mantida:

Observações: APRESENTOU FICHA DE ENCAMINHAMENTO EMITIDO NO HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ GOMES DA SILVA (ITAPORANGA-PB), DATADO DE 17/12/2015, POR CRM PB 8156, DESCREVENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, BEM COMO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO (PATOS-PB), EMITIDO NA MESMA DATA.

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

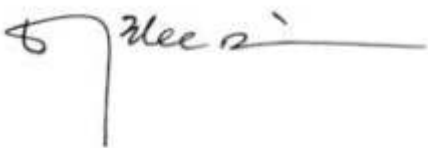
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josélia de Fonte Gualiraba
RG nº 3.687.643, data da expedição 01/08/2008, Órgão
portador do CPF nº 091.252.694-70 com domicílio na cidade
de Santana de Mangueira no Estado de Paraná, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) Sítio Lago do Cachorro, nº SN
complemento área rural declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Claudiana de Fonte Gualiraba, cujo o
condutor era Josélia de Fonte Gualiraba.

Veículo: moto

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ES

Ano: 2012

Placa: OFD 50 67/PB

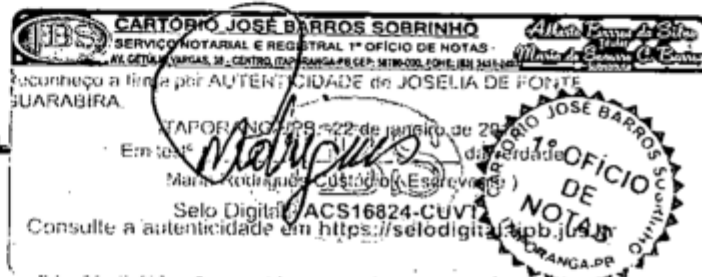
Chassi: 9C2K DD55DCR017437

Data do Acidente: 17/12/2015.

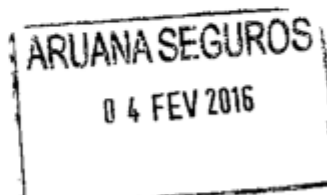
Local e Data: Itaporanga/PB, 22/01/2016.

X Josélia de Fonte Gualiraba

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA** Sinistro: **3160088661** Data: **17/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PACO DO CACHORRO, SN - ZONA RURAL - Santana de Mangueira - PB - CEP 58985-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3797340**

Data local do exame: [**31/08/2016**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. . VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NA PROJEÇÃO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. REDUÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. RESTRIÇÃO COM SOBRECARGAS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA À TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS). RECEBEU ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

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

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

APRESENTOU FICHA DE ENCAMINHAMENTO EMITIDO NO HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ GOMES DA SILVA (ITAPORANGA-PB), DATADO DE 17/12/2015, POR CRM PB 8156, DESCREVENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, BEM COMO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO (PATOS-PB), EMITIDO NA MESMA DATA.

*Ono Pesa :
7a acompanhante.*

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 12/12/15 HORA: ____:____h

1. USUÁRIO:

Clauziana de Anta Guabiruba

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Embaralhamento da cabeça e do HRP.

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

Há 12

4. ALERGIAS:

() SIM
☒ NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:

() SIM
☒ NÃO

6. DOENÇA PREEXISTENTE:

() SIM
☒ NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	irpm	%	x mmHg	mg/Dl



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO	AMARELO	VERDE (1)	VERDE (2)	AZUL
Sem acompanhante * Setor Crítico **	1 acompanhante	Sem acompanhante * Sem visita	1 acompanhante	Agendamento em UBS

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

ENFERMEIRO/CARIMBO

[Assinatura]

* Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).

** Setor com alta demanda de procedimentos invasivos onde são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle do fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito.

Rx04 / Rx05 / Rx06 / Rx07



SUS



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (UPS):

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

CÓDIGO DA UNIDADE: 2241204

CNTU: 09.778.268/0018-99

ENDEREÇO: AV. OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO

BAIRRO: CENTRO

CEP: 58.780-000

MUNICÍPIO: ITAPORANGA

ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE:

NOME:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

DATA DO NASCIMENTO:

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

DOCUMENTO:

CEP:

ESTADO:

CNS:

DATA DO ATENDIMENTO:

RACIA/COR:

SEXO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Radiografia Torácica

Radiografia Abdominal

Radiografia Mãos e Antebraços

Radiografia do Crânio

Radiografia do Pescoço

Radiografia do Tórax

Radiografia do Abdômen

Radiografia do Lombar

Radiografia do Sacro

Radiografia do Pélvis

Radiografia do Quadril

Radiografia do Joelho

Radiografia do Tornozelo

Radiografia do Pé

Radiografia do Ombro

Radiografia do Cotovelo

Radiografia do Antebraço

PROFISSIONAL:

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU PÓLEGAR DIREITO:

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO:

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO:

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.797.340 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/2009

NOME CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

FILIAÇÃO JOSÉ GUABIRABA MOREIRA
MARIA JOSÉ DE FONTE MOREIRA

NATURALIDADE CONCEIÇÃO-PB DATA DE NASCIMENTO 13/09/1990

DOC. ORIGEM NASC. N.º 6957 PLS. 109 LIV. A-08

CARTÓRIO MANAIRA-PB

CPF 099.238.314-50

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL DI/P.83

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

FOTOGRAFIA

ASSINATURA

claudiana de fonte Guabiraba

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

099.238.314-50

CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

13/09/1990

REALSERVICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

DEZ/2008

CORREIOS

www.correios.com.br

DOCUMENTO 6

T6%

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

DOCUMENTO 3 "T3%"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 VALOR EM TOCO O TERRITÓRIO NACIONAL 678638355	NOME EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
	DOC. EXTENSOR / ORG. EMISSOR / UF 5652161 SED PE
	CPF 039.247.064-09
	DATA NASCIMENTO 13/04/1978
	FUNÇÃO ADELSON DOS SANTOS ODETE RODRIGUES DA SILVA
PRODUTO PLASTIFICAR 678638355	PERMISSÃO ACC CRT. PRE. AB
	Nº REGISTRO 04119219971
	VALIDADE 21/05/2017
	1ª EMISSÃO 14/06/2007
	OBSERVAÇÕES sem observações
PRODUTO PLASTIFICAR 678638355	ASSINATURA DO TITULAR
	LOCAL GUERÁ FALMADA - PE
	DATA EMISSÃO 18/01/2013
	ASSINATURA DO DETRAN
	64716449137 PE051555816
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

ARUANA SEGUROS
04 FEV 2016



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB			
Nº 012235848798			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA		COD RENAVAM	
1 0047757899-3		2015210004709-8	
EXERCICIO		2015	
JOSELIA DE FONTE GUBIRABA			
CNPJ		PLACA	
09125269470		QED5067/PB	
PLACA ANT/VF		CHASSI	
NOVO PB		9C2KD0550CR017437	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB	
HONDA/NXR150 BROS ES		2012	
ANO MOD		2012	
CAP/OT/CIL		CATEGORIA	
2 P/149 /CI		PARTIC	
COR PREDOMINANTE		VERMELHA	
COTA UNICA		VENC COTA UNICA	
IPVA PAGO EM		13/10/2015	
PARCELAMENTO/COTAS		2º	
PRELIM TACADO (R\$)		NOF (R\$)	
*****		*****	
SEGURO		P A G O	
OBSERVACOES		DATA DE PAGAMENTO	
SEM RESERVA DE DOMINIO		14/09/2015	
SANTANA DE MANGUEIRA - PB		DATA	
14001		27/10/2015	
31054			

PB Nº 012235848798				BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA					
www.dpvatsegurodotransito.com.br					
SAC DPVAT 0800 022 1204					
EXERCICIO					
2015					
DATA EMISSAO					
27/10/2015					
CNPJ					
09125269470					
PLACA					
QED5067/PB					
RENAVAM					
00477578993					
MARCA/MODELO					
HONDA/NXR150 BROS ES					
ANO FAB					
2012					
CHASSI					
9C2KD0550CR017437					
PRÊMIO TARIFÁRIO					
FMS (R\$)					

DENATRAM (R\$)					

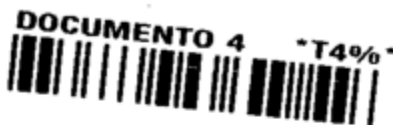
CUSTO DO SEGURO (R\$)					

CUSTO DO BILHETE (R\$)					

IDF (R\$)					

TOTAL A SER RICO SEGURO (R\$)					
P A G O					
PAGAMENTO					
PARCELADO					
DATA DE QUITACAO					
14/09/2015					
COTA UNICA					
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					
CNPJ 00.240.600/0001-04					
www.seguradoralider.com.br					
31054-1211428-20151027					
AGO-2015					

04 FEV 2016



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Claudiana de F. Fonte Guabiraba
Nacionalidade: Brasileira Estado civil: Solteira
Profissão: Agricultora
Identidade: 3.797.340 CPF: 099.238.314-50
Endereço: Sítio Lago do Cachorro, S/N, Santana de Mangueira/PB.

OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Casado
Profissão: Autônomo
Identidade: 5.652.161 CPF: 039.247.064-09
Endereço: R. Manoel Pereira Caiana, 58, Itaporanga/PB.

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, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Itaporanga/PB, 22/ Janeiro / 2016.

LOCAL E DATA:

ARIANA SEGUROS
04 FEV 2016

X Claudiana de F. Fonte Guabiraba

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

