



Número: **0805087-06.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **03/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIZELIA DANTAS CARNEIRO (AUTOR)		ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO) ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37630099	09/12/2020 14:18	2771946_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 236.922.604-82	Nome completo da vítima Gizélia Dantas Carneiro
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gizélia Dantas Carneiro		CPF titular da conta 236.922.604-82	Profissão Aposentada
Endereço Rua Luiz Araújo Nobrega		Número 45	Complemento Casa
Bairro JD Eldorado III - Guanabara	Cidade Patos	Estado PB	CEP 587600-00
Email emmanoela@hotmail.com.br		Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome UNICRED NRO 748	
AGÊNCIA NRO. 2211 D/V 0 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 2306 D/V 0 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. 2211 D/V 0 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 2306 D/V 0 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Patos, PB, 26 de Março de 2018
Local e Data

X Gizélia Dantas Carneiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 236.922.604-82	Nome completo da vítima Gizélia Dantas Carneiro
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gizélia Dantas Carneiro	CPF titular da conta 236.922.604-82	Profissão Aposentada
Endereço Rua Luiz Araújo Nobrega	Número 45	Complemento Casa
Bairro JD Eldorado III - Guanabara	Cidade Patos	Estado PB
Email emmanoela@hotmail.com.br	CEP 587600-00	Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9630-1658 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome UNICRED NRO 748 AGÊNCIA NRO 2211 D/V 2306 D/V 0 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		

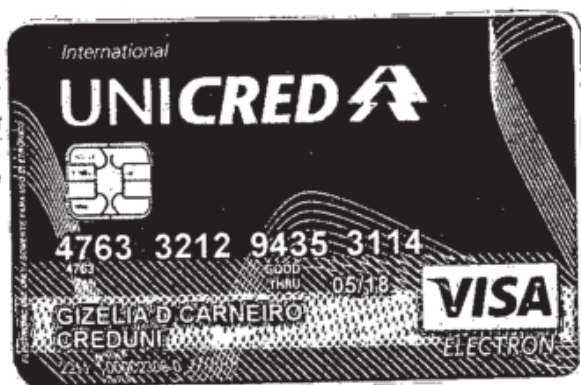
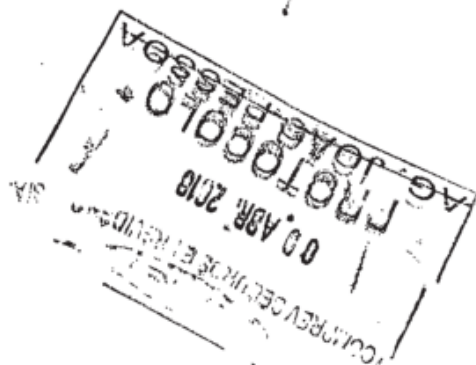
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Patos, PB, 26 de Março de 2018
Local e Data

X Gizélia Dantas Carneiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO METROPOLITANO (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BAT 002/2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS	Posto/Graduação: 3º SGT PM				
HORÁRIOS: Aclonamento 07hs35min	Chegada No Local 07hs50min	Horário Do Sinistro 07hs30min	Bairro MATERNIDADE	Município PATOS	UF PB	
Local do Acidente (Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia) RUA VEREADOR APOLÔNIO GONÇALVES DE LIMA						
Data Da Ocorrência 06/01/2018	Dia Da Semana SÁBADO	C/S Vítima - QT COM/01	Natureza Do Acidente DERRAPAGEM	Tipo De Pavimento PARALELEPÍPEDO	Condições Da Via SECA	Tempo BOM
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 (UM)		Controle De Tráfego No Local SINALIZAÇÃO INEXISTENTE				

CONDUTOR 01 (C1)

Nome CARLOS ALBERTO LEITE CARNEIRO						
Sexo M	Nascimento 17/12/1957	RG 439662 SSP/PB	Registro CNH Nº 01303820934	UF PB	CPF 161.968.484-53	
Endereço RUA LUIZ ARAÚJO NÓBREGA, 145, MATERNIDADE, PATOS-PB						
1ª Habilitação 10/09/1988	Categoria AD	UF PB	Ex. Med./Dia NAO	Data Vencimento 08/06/2015	Usava Cinto —	Usava Capacete SIM
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO			Destino do Condutor PERMANECER NO LOCAL			

VEÍCULO 01 (V1)

Marca HONDA / BIZ 100 KS	Espécie PASSAGEIRO / MOTONETA	Placa OFY-1905	Categoria PARTICULAR	Município PATOS	U.F. PB
Nome do Proprietário GIZELIA DANTAS CARNEIRO					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 9641469407	Renavan 00536406260	Data de Emissão 15/05/2013		
Defeitos —					

VERSÃO DO CONDUTOR 01 (C1)

QUE SEGUIA NA VIA "A" (RUA VEREADOR APOLÔNIO GONÇALVES DE LIMA) NO SENTIDO NORTE / SUL: QUE TRAFEGAVA EM VELOCIDADE MODERADA; QUE EM DETERMINADO TRECHO DA VIA "A" O PAVIMENTO EM PARALELEPÍPEDO ESTAVA SOLTO, QUANDO NÃO CONSEGUIU DESVIAR DE UMA PEDRA VINDO A DERRAPAR E CAIR: QUE TENTOU DESVIAR DA PEDRA, PORÉM SEM ÊXITO;

VÍTIMA 01

Nome GIZELIA DANTAS CARNEIRO	Sexo F	Nascimento 10/01/1955
Endereço RUA LUIZ ARAÚJO NÓBREGA, 145, MATERNIDADE, PATOS-PB		
Viajara no Veículo Nº 01		Usava Capacete SIM
Condição da Vítima: () Condutor (X) Passageira () Pedestre		Conduzida Para HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

BPTRAN / 4º CP TRAN

Cópia Conforme Original

Data: 10/01/2018

20 PM



DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
Patos - PB
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 22/03/2018 13:26:39
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
[2018-009519] EMOL:R\$ 2,37 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AGP18572-3737
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

EM BRANCO



CONSTATADO

CONDUTOR 01 (C1) HABILITADO PARA A CONDUÇÃO DO RESPECTIVO VEÍCULO, POREM COM A CNH VENCIDA A MAIS DE TRINTA DIAS;

CONDUTOR 01 (C1) SEM SINAIS DE ALTERAÇÃO PSICOMOTORA CONFORME RESOLUÇÃO 432/2013 DO CONTRAN; VEÍCULO COM DOCUMENTAÇÃO IRREGULAR;

NÃO HOUVE TESTEMUNHAS DO ACIDENTE;

A VIA "A" (RUA VEREADOR APOLÔNIO GONÇALVES DE LIMA) É DE PAVIMENTO EM PARALELEPÍPEDO NO LOCAL DO ACIDENTE, SEM SINALIZAÇÃO, DE NÍVEL ALINHADO PARA O VEÍCULO 01 (V1), DE PEQUENO FLUXO DE VEÍCULOS E DE BOA LARGURA, DE SENTIDO DUPLO DE CIRCULAÇÃO;

FORAM CONSTATADAS PEDRAS DE PARALELEPÍPEDO SOLTAS NO LOCAL DO ACIDENTE

RELATÓRIO DE AVARIAS EM ANEXO CONFORME RESOLUÇÃO 544/2015, BEM COMO FOTOS ACOMPANHANDO;

PATOS-PB, 06/01/2018

Alexandre Medeiros dos Santos

3º SGT QPC Mat. 520.440-2 – ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS
Responsável p/ Levantamento – Assinatura / Carimbo

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

R. FERNÃO PESSOA, 174 - Centro
CEP 08780-020 - Patos - Paraíba
TEL: (33) 3421-4725
FAX: (33) 3421-4028

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 22/03/2018 13:26:39
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
[2018-009514] EMOL:R\$ 2,37 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0
SELO DIGITAL: AGP18567-XBX9
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

ISS:R\$



BPTRAN / 4º CP TRAN
Cópia Conforme Original

Data: 10/01/2018

Suelio Moreira Torres
SMPM

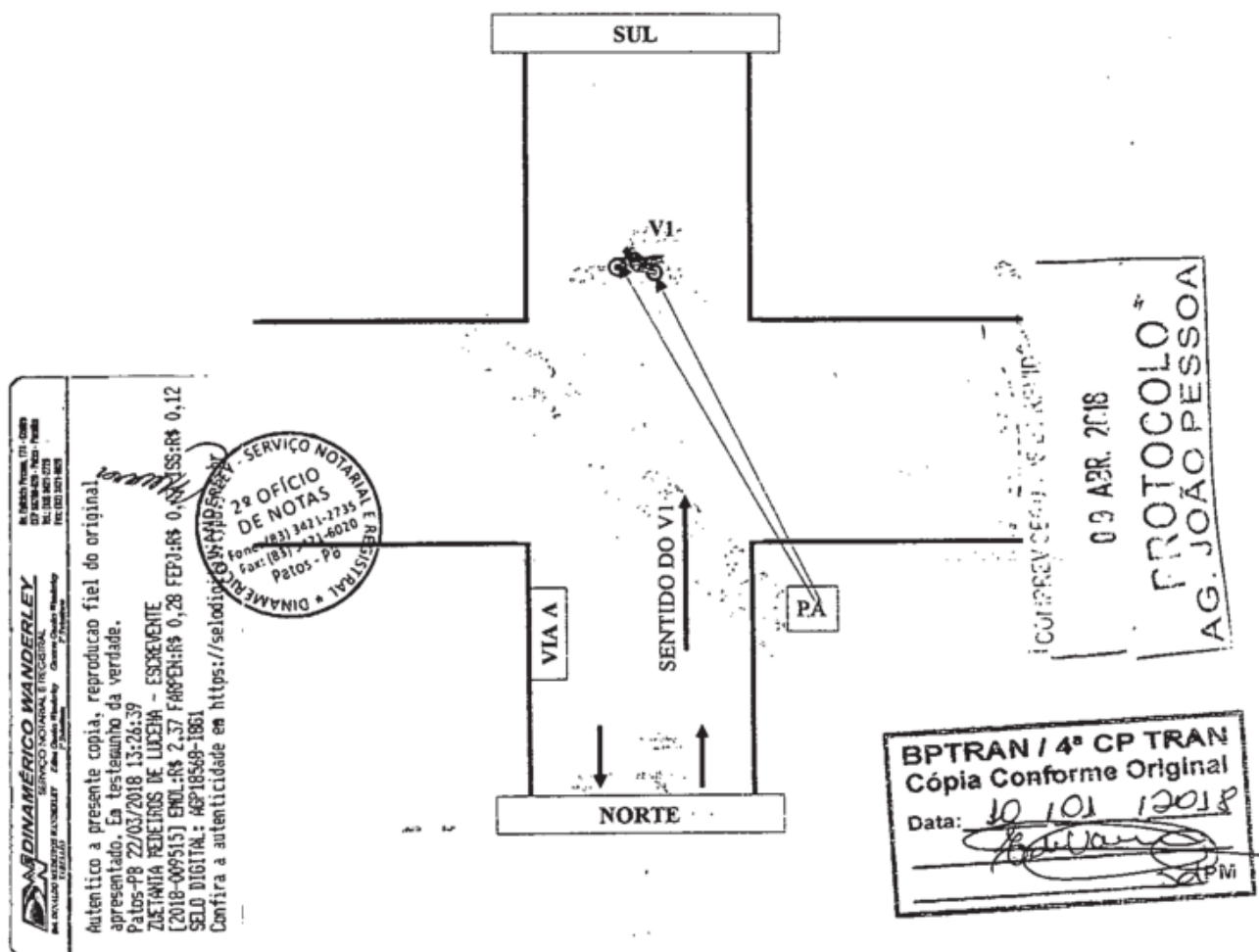
09 ABR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



EM BRANCO



CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº	002/2018
AMARRAÇÕES	
VIA "A" - Rua Vereador Apolônio Gonçalves: 07,00m	
PR (Ponto de Referência): Inexistente	
PA (Ponto de Amarração): Poste da Energisa	
V1 (Veículo 01) Roda Dianteira: 14,20 e Roda Traseira: 13,90 metros para (PA)	



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

A V A R I A S RELACIONADAS NO RELATÓRIO DE AVARIAS EM ANEXO	
VI	3º SGT QPC Mat. 520.440-2- ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS
	Responsável p/ Levantamento - Assinatura / Carimbo



EM BRANCO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS - BOAT Nº 002/2018

DANOS NO VEÍCULO 01 (V1)

Marca/Modelo
HONDA / BIZ 100 KS

Placa
OFY-1905/PB

Responsável pelo Preenchimento
3º SGT ALEXANDRE MEDEIROS DOS SANTOS

Data
06/01/2018

MOTOCICLETAS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação			
Item	Nome da peça	Sim	Não	NA	Item		Sim	Não	NA	
01	Garfo dianteiro		X		05	Chassi		X		
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X		
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (tríciclos)		X		
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA)					00

Observações: Veículo classificado com dano de PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas de 0

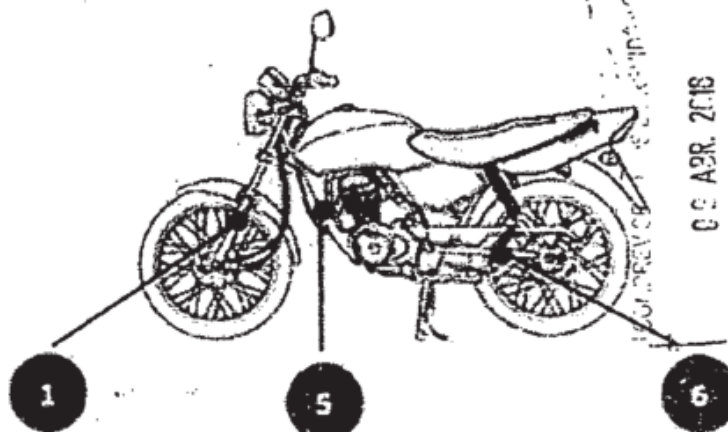
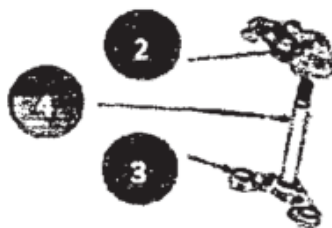
DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4

DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4

DANO DE GRANDE MONTA



02 ABR. 2018

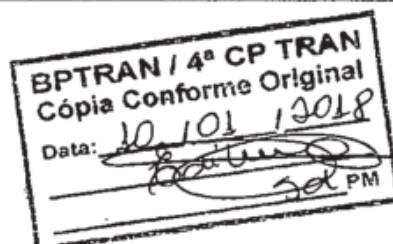
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Patos - PB

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos - PB 22/03/2018 13:26:39
ZULEYTA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
[2018-009516] ENL-RS 2.37 FAPEN-RS 0.42 FRS-RS 0.12
SELO DIGITAL: AP18569-RS37
Confira a autenticidade em: <https://www.dinamerico.com.br>



Alexandre Medeiros dos Santos
Assinatura do Responsável Pelo Levantamento



EM BRANCO

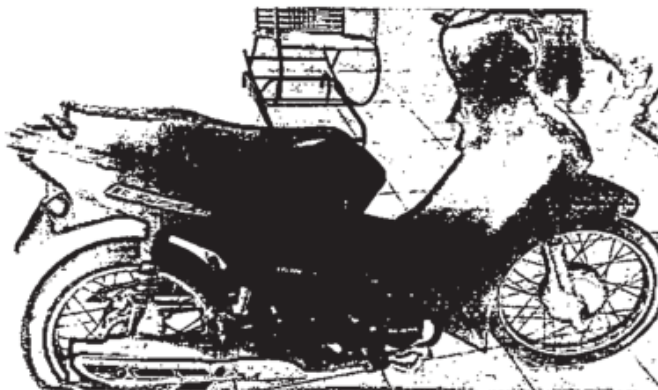




POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO METROPOLITANO (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



FOTOS V1 - BOAT 002/2018



CC APR. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E DE NOTAS
Patos - PB

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E DE NOTAS
Patos - PB

Autentico a presente cópia, reproduzindo fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos - PB 22/03/2018 13:26:39
ZUEINIA MEIRELES DE LUXEMBA - ESCRIVENTE
[2018-009517] EML:R\$ 2,37 FASEN:R\$ 0,28 FEE:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: APT18570-4RIU
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

BPTRAN / 4º CP TRAN
Cópia Conforme Original
Data: 10/01/2018
SOPM

Renk Udo de L
Responsável Pelo Levantamento



EM BRANCO



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Gizélia Dantas Carneiro CPF da Vítima 236.922.604-82 Data do Acidente 06/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <u>emmanoela@hotmail.com.br</u>	Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Patos-PB, 26 de Março de 2018
Local e Data

Gizélia Dantas Carneiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: USB-03

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>16/04/2018</u>	Ocorrência n°: <u>61010</u>	Paciente / Usuário: <u>Isidoro Dantas Aguiar</u>	Idade: <u>62</u>	Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem.
Local da Ocorrência: <u>Assimilado em casa</u>	Bairro: <u>Watermudas</u>	Médico Regulador: _____		
Apelo no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ TROTE ☐ Outro				
QTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R.P. RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ 90 mm Hg
P.A.: 120/90 FC: FR TEMP.: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2: 92 SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

feito pinçamento da artéria radial com guante rígido com o
paciente consciente e orientado no tempo

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

paciente consciente e orientado no tempo
e espaço, sem dor de cabeça de modo que
seu estado melhorou com 11/15 e 11/15
no G+H e remolado p/ HRP



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM):

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDAGÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

09 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MEDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): *João Paulo* COREN: *166322-PR* MAT.: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: *Hamilton*



GIZELIA DANTAS CARNEIRO
RUA LUIZ ARAUJO NOBREGA, 145 / JD FENEAÇÃO II - GUANABARA
PATOS / PB CEP: 58700000 (A/G: 118)



Emissão: 11/12/2017 Referência: Dez / 2017 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1 230, Km 25 - Córrego Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
Roteiro 4 - 118 - 145 - 1540 Nº medidor: 00000781009 CNPJ 09.095.182/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.259.263
CPF para Dth Automática: 0000127049

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	11/12/2017	09/01/2018	23692260482

UC (Unidade Consumidora): 5/127504-9

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender
Nunca empine peças perto dos fios da rede elétrica e não as retire, caso fiquem presas na rede. Evite de usar fios metálicos para empinar peças. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
09/11/17	11/12/17	85253	276	32
Demonstrativo				
OCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. Icms(IPI) Sntz Calc. Pot(IPI) Outros(IPI)
0801	Consumo em kWh	276,000	0,722390	199,38 182,38 27 53,83 189,38 1,81 7,42
0801	Adic. B. Vermecha	17,38	17,38 27 4,89	17,38 0,14 0,85
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	17,58	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 234,44 218,78 58,82 218,78 1,78 8,07

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
259	09/01/2018	R\$ 234,44

Histórico de Consumo (kWh)											
242	194	236	254	236	218	258	260	237	294	318	282
Nov/17	Out/17	Sep/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AO FISCO
cf13.b06b.dc81.83d0.c9f4.8239.b777.5232.

Indicadores de Qualidade 10/2017-Juz18			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DMC MENSAL	5,78	0,00	Serviços de Dist. de Energia/PB	59,55	22,94
DMC TRIMESTRAL	11,56	0,00	Compra de Energia	71,81	30,63
DMC ANUAL	23,12	0,00	Serviço de Transmissão	2,22	0,95
FIC MENSAL	3,25	0,00	Encargos Setoriais	14,94	6,38
FIC TRIMESTRAL	6,12	0,00	Impostos Operat. e Encargos	88,02	37,56
FIC ANUAL	12,45	0,00	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,57	0,00	Total	234,44	100,00
DMC	12,22	0,00			

Valor de USD (R\$, 10/2017) R\$ 51,42

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PROTOCOLADO
03 ABR. 2018
G. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gizélia Dantas de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 236.922.604/82 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gizélia Dantas Carneiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 236.922.604/82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
RUA TITICO GOMES		405	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
BELA VISTA	PATOS	PARAIBA	58706-460
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
emmanoela@hotmail.com.br	(83) 3421-8003	(83) 9 9655-9484	

Patos, PB, 26 de Março de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE		MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		PROTOCOLO	
CNPJ: 08.778.268.0023/76		012 284 20	
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO		CARACTER DO ATENDIMENTO	
ENDERECO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N		01 - ELETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA ☐	
CIDADE: PATOS		03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ☐	
ESTADO: PARAIBA		04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐	
Atendim.: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)		05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS ☐	
Class. Risco: VERDE		PROCEDIMENTO Descrição	
Origem: VIA PUBLICA			
Paciente: GISELIA DANTAS CARNEIRO			
Nome Social:			
Filiação I:			
Nascimento: 10/1/1955		Diagnóstico	
Cor: PARDA		CID-10	
Gênero: HOMEM CIS			
APOSENTADO(A)			
Endereco: LUIZ ARAUJO NOBREGA			
Bairro: JARDIM REDENAÇÃO			
Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808			
CNS:			
CPF:			
Data / Hora: 6/1/2018 08:22:54			
Recepcionista: ALANE			
Ficha Número: 237282			
PESO: PA: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
TEMP: 105622			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)			
RESULTADOS			
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo		ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo	
Francisca		Francisca	

ENCAMINHAMENTO	
MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
1. PRESCRITA	OBSERVAÇÃO
2. APLICADA	OUTRO HOSPITAL
	RESIDÊNCIA
	ÓBITO
	INTERNACÃO
	OUTROS
1- 03	03 02 1 20
2-	
3-	

Ass. dos Profissionais Assistenciais carimbos

Francisca SONALLY MELO SANTOS - 7184 - 125667-8912-3456

Médico / Crm / Cns

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direito





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



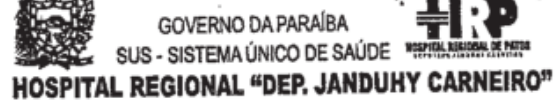
REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Suelio P. Torres</u>	
DA CLÍNICA <u>C. J. Sobrinho</u>	ENFERMARIA <u>LEITO</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Licença médica</u> (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>Dr. Antonio Segundo Neto</u> CRM 4891
PARECER: <u>Dr. Suelio P. Torres</u> <u>após 7 dias</u> <u>completos, isento de</u> <u>medicamentos</u> <u>em: 07/12/2020</u> <u>assinado</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>Dr. Sando Berto S. Berto</u> Ocupação: <u>Med. Cir.</u> CRM: <u>4891</u>

09 ABR. 2016
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA







612211 DINTH
campanas sobre
quede de unto
no di 06/01/18 -
quede Frum
A LITUM
Cipudo.
Flora A Frum
excavator consoli-
dade
16/02/18

Stênio Guy W. Araújo
CRM 1325 - CEP 223145
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CNS 206790107710000

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3421-2235 - Patos - PB.

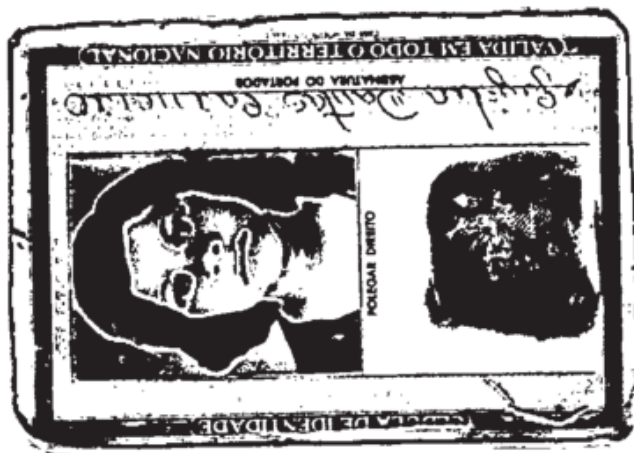
COMPRÉSENTE E RECONHECE

03 ABR. 2018

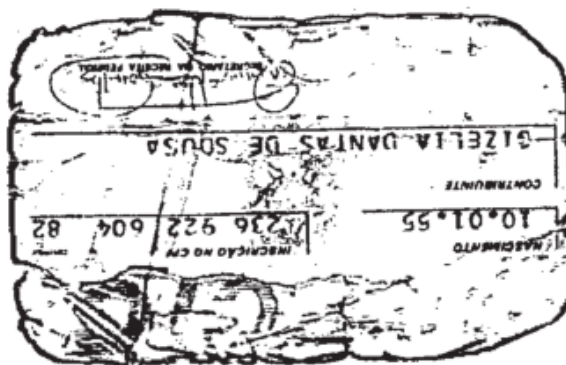
PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





COMPREV CECUJUS ET ALIUD
03 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURL

02R44

EMMANOELA SATURNINA P. V. DE SOUZA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÃO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE
INTERDIÇÕES E TUTELAS
FORÇA COM VIGÊNCIA INDEFINIDA
MUNICÍPIO E FOMARCA DE TABIRA
ESTADO DE PERNAMBUCO
EMMANOELA SOARES DE SOUZA LEMARIZ MACIELADO - TITULAR
MATELMA SOARES DO NASCIMENTO - SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIDÃO que, sob o nº 1.796, de 13º, de Livro B-7, do Registro do
Casamento Civil, verificamos constar que em 17 de dezembro de 1997, foi realizado o
Casamento de UGAS (GOSSE DE ARAÚJO) + EMMANOELA SATURNINA
PEREIRA VASCONCELOS FIP SOUZA. Casado perante o Dr. Benício Duarte da Costa
Oliveira, Juiz de Direito, Substituto no exercício desta Comarca e as testemunhas
constantes do livro.

ILE: solteiro, natural de Tabira - PE, nascido em 10 de outubro de 1975,
casamento, residente neste estado, filho de JOÃO BATISTA DE ARAÚJO, de
residência ignorada e de EMMANUELA MARIA DE QUEIROZ, residente neste estado.

ELA, divorciada, natural de Tabira - PE, nascida em 10 de outubro de 1975,
solteira de nascimento, residente neste estado, filha de ANTONIO XAVIER DE SOUZA +
de MARIA ANIELA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA, residente neste estado.

Para os efeitos legais se dispensam a que se refere o art. 1.345, § 1º, II, do
Código Civil Brasileiro.

A certidão após o Casamento passou a ser: EMMANOELA SATURNINA
PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAÚJO.

OBSERVAÇÃO: Casamento feito sob o Registro do Casamento Perante de Deus.
O REFERIDO E VERDADE E IN-QUE-
VÁLIDO SOMENTE COM O SIS O DE AUTENTICIDADE E FINALIZAÇÃO

TABIRA (PE), 17 DE DEZEMBRO DE 1997

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975

CARTEIRA ECONOMICA FEDERAL

VTU DO TRABALHADOR

120.8.04.45.B

Nome do trabalhador L MANOELA SATURNINA PEREIRA

Nome de mãe L MANOELA PEREIRA V SOUZA

Data de nascimento 28/10/75

CPF 010694822004 PE

Código profissional 104-1433-B

Endereço do agente L BORRA 145

Código 145

Data de emissão 17/03/1997

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO 28/10/1975

INSCRIÇÃO 0481 3125 0833

ZONA 050

SEÇÃO 0030

MUNICÍPIO / UF TABIRA/PE

DATA DE EMISSÃO 15/05/2013

JUIZ ELEITORAL

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO

03 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE DEFESA DO TRABALHADOR E PROTEÇÃO SOCIAL
CARTEIRA DE TRABALHO E PROTEÇÃO SOCIAL

106946 00005

EMMANOELA S. P. de Souza

ASSINATURA DO PORTADOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

9641469407

PRT 20130400011974-3

1 00536406260 00/00000000 2013

GIZELIA DANTAS CARNEIRO

23692260482

OFY1905/PB

NOVO PB 9C2HC1410DR003156

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/BIZ 100 KS

2012 2013

2 F/97 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 14/05/2013

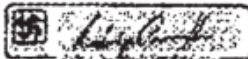
0

***** SEGURO DE A.G.O 14/05/2013

A.F BANCO HONDA S.A

PATOS-PB

36838



15/05/2013

36838

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE ALEIPIRENTAL OU POR SUA CARGA A PESSOAS
(TRATAMENTO DA CUIA) SEGURO DPVAT

PB Nº 9641469407

BILHETE DE SEGURO DPVAT

GIZELIA DANTAS CARNEIRO

EXTRATO

23692260482

OFY1905/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2013-15/05/2013

PB Nº 9641469407

GIZELIA DANTAS CARNEIRO

PLACA

1 23692260482

OFY1905/PB

00536406260

HONDA/BIZ 100 KS

2012 9

9C2HC1410DR003156

SEGURO

P.A.G.O.

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 02.248.608/0001-04
36838-1354267-20130515

02 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Gizélia Dantas Carneiro
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
Profissão: Aposentada
Identidade: 445.781 CPF: 236.922.604-82
Endereço: Rua Luiz Araújo Nobrega, 145 / JD Redenção III - Guanabara
Patos - PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP:
58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Gizélia Dantas Carneiro

Patos - PB, 15 / Março / 2018
Local e data

Gizélia Dantas Carneiro
Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
GIZELIA DANTAS CARNEIRO
Em test. da verdade. Patos-PB 15/03/2018 08:56:41
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
[2018-005655] EMOL: R\$ 29,48 FARPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,50 ISS: R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGP73585-G51E
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

