

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180472525

Vitima: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180472525**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13461896



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180472525

Vitima: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180472525**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472525 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JODILSON FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 30/07/2018.

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

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 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

309345374-57

Nome completo da vítima

Jadilson Fernandes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jadilson Fernandes da Silva		CPF titular da conta 309345374-57	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Geraldo		Número S/N	Complemento
Bairro Alto Rural	Cidade Alegre Nova	Estado PB	CEP 58325000
Email		Telefone (DDD) 83/986027750	

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.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 OUT. 2018

PROTOCOLO
AGILIZAÇÃO PESSOAL

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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA NRO. 3834	D/V 8	CONTA NRO. 20070	D/V 0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NFO
AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	D/V
(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.

Alegre Nova PB, 28 de 08 de 2018

Local e Data

Jadilson Fernandes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/09/2018 AUTO-ATENDIMENTO 08.07.45
381403814 001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

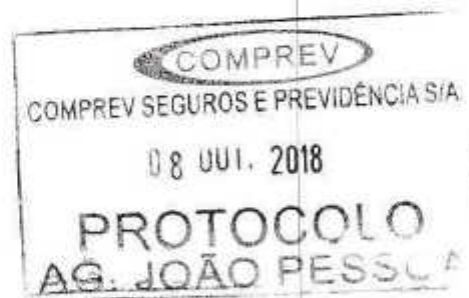
AGENCIA: 3814-8 CONTA: 17.379-7
CLIENTE: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FAVORECIDO

AGENCIA: 3814-8 CONTA: 20.070-0 VAR: 51
CLIENTE: JODILSON FERNANDES SILVA
VALOR: 0,10

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ALAGOA
CENTRO - ALAGOA NOVA -



Ocorrência Nº 000360/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000360/18 registrada em 28/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de ALAGOA NOVA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE ALAGOA NOVA, quando encontrava-se presente a Bela. MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 14:16 horas, compareceu o Sr. JODILSON FERNANDES DA SILVA, com 35 anos de idade, filho de SEVERINO FERNANDES DA SILVA e SEVERINA MARIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA NOVA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3661186, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10914517457, residindo à rua SITIO GERALDO (PROXIMO AO MERCADINHO DE VADELISON), bairro ZONA RARAL, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

QUE no dia 30/07/2018 por volta das 14h00mim estava trafegando com sua motocicleta de marca HONDA/ CG 125 TITAN, ANO 1999, COR VERMELHA, PLACA MNR 1762/ PB, CHASSI 9C2JC2500XR126655, REGISTRADA EM NOME DE EDINALDO FIRMINO DE LIVEIRA saindo de Alagoa Nova - PB em caminho do Sitio Geraldo onde reside; QUE nesse deslocamento perdeu o controle do veículo e caiu ao solo; QUE o acidente aconteceu na PB - 097, mas precisamente proximo do local conhecido como engenho no Sitio Geraldo de Alagoa Nova - PB; QUE na queda deslocou a clavícula direita e sofreu alguma escoriações pelo corpo; QUE foi procurar atendimentos medicos no dia seguinte as 14h00mim; QUE passou 08 (oito) dias internado no Hospital de Trauma em na Cidade de Campina Grande - PB; QUE passou por um procedimento cirurgico e colocou uma peça de platina, possivelmente para reparar o osso que foi danificado na queda. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

ALAGOA NOVA, Terça-feira, 28 de Agosto de 2018

Jodilson Fernandes da Silva

JODILSON FERNANDES DA SILVA

Declarante

Thiago Brandão

THIAGO BRANDÃO

Escrivão



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

Joilson Fernandes da Silva

CPF da Vítima

009.145.174-52

Data do Acidente

30/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

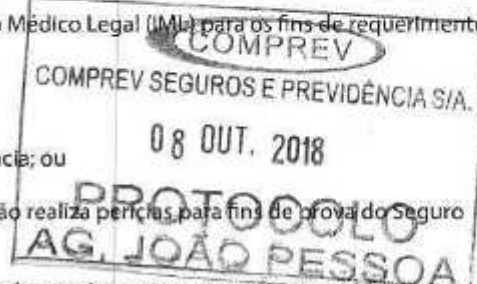
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Alagoa Nova-PB, 28 de 08 de 2018

Local e Data

Joilson Fernandes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EDEILTON TEIXEIRA DOS SANTOS
SIT GERALDO, S/N - ÁREA RURAL
ALACOA NOVA - PB CEP: 58125-000 (AQ 71)

Emissão: 29/05/2018 Referência: Mai/2018
Classificação: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 17 - 77 - 665 - 1800 Nº medidor: 30008726227

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 26 - Círculo Residencial - João Pessoa/PB - CEP 68071-680
CNPJ: 09.086.100/0001-40 Inscrição Estadual: 16.015.923-0

Nela Fiscal/Costa de Energia Elétrica Nº007 326 728
Cód. para 99h. Automático: 90017619080

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

Conta referente a: **Apresentação** Data prevista da próxima leitura: **CPF/CNPJ/RANI**
Mai / 2018 29/05/2018 28/06/2018 26220074858
insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1741906-0**

Canal de contato

Baixar o aplicativo Energisa GH em qualquer smartphone ou tablet.
Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade,
informações sobre taxa de energia e diversos outros serviços.
Tudo sem precisar sair de casa. Eficientemente e aproveitando essas
facilidades.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/04/18	1145	29/05/18	1204	1	59	32
Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc.	Alug.	Imposto
0501	Consumo em kWh	59,000	0,369622	21,18	0,00	0,00
0501	Adic. 5 Amarela		0,66	0,66	0,00	0,00
0510	Subsídio		9,07	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0904	JUROS DE MORA 02/2018		0,44	0,00	0,00	0,00
0904	JUROS DE MORA 03/2018		0,16	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 02/2018		0,43	0,00	0,00	0,00
0905	MULTA 03/2018		0,36	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2018		0,23	0,00	0,00	0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018		0,08	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio		-8,76	0,00	0,00	0,00

CCI Cálculo de Classificação do Item TOTAL 23,72 0,00 0,00 30,79 0,18 0,00

Média últimos meses (kWh)
55

VENCIMENTO
06/06/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 23,72

Histórico de Consumo (kWh)

50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
Mai-17	Jun-17	Jul-17	Ago-17	Sep-17	Out-17	Nov-17	Dez-17	Jan-18	Fev-18	Mar-18

769d.47cd.e0d2.a8ee.150c.a941.00f6.f1d8

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CK MENOR	23,59	0,00	NOMINAL 220
CK ANUAL	47,78		
FC MENOR	7,87	0,00	CONTRATADA
FC ANUAL	15,84		
FC MENOR	31,28		LIMITE INFERIOR 203
FC ANUAL	6,59	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
DMC	18,80		
DMC	18,80		

Determinação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	7,06	33,12
Compra de Energia	9,71	40,94
Serviço de Transmissão	1,21	5,10
Encargos Setoriais	2,18	9,19
Impostos Diretos e Encargos	2,78	11,84
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	23,72	100,00

Valor de ELSE (Ref 3/2018) R\$9,84

ATENÇÃO
- REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso a(s) taxa(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 13/06/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da dívida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se houver atraso na entrega da unidade consumidora.

Seturas em atraso
R\$17,78 16,77

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JUL. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
 LDC ENIGSHO OLHO D'ÁGUA, 65 / LOTEAMENTO REJANELMA - OLHO D'ÁGUA
 ALAGOANOVA - PB CEP: 55125000 (AG-71)
 Emissão: 13/09/2018 Referência: Ago/2018
 Classe/Suporte: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL, MONOFASICO 3/230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 55111-111
 Retorno: 5 - 77 - 910 - 9400 1ª medição: 0001711510 CNPJ: 08.043.163/0001-40 Ins. Sit. 18.012.833-0

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 CNPJ: 08.043.163/0001-40 Ins. Sit. 18.012.833-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 10.526.587
 Cód. para Dto. Automático: 00017321514

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAND
 Ago / 2018 13/08/2018 11/09/2018 936.105.648-5

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/07/18	2713	13/08/18	2822	1	105	32

Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Debito (R\$)
		Tributos Total (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Pto. Calcado (R\$)	(1,0345%) (R\$ 36,955%)
0801	Consumo em kWh	105,000	0,739000	77,60	77,60 27	20,96	77,60 0,84 3,87
0801	Ado. B. Vermeço			1,84	7,84 27	2,11	7,84 0,00 0,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0907	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			2,03	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 87,44 85,44 23,02 85,44 0,02 4,23

Média últimos meses (kWh) 99
VENCIMENTO 11/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 87,44

Histórico de Consumo (kWh)

88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112
 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

c70e.341c.30ed.f78a.8e61.bd30.b3c1.4d96.

Indicadores de Qualidade

9/2018-Ates

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC TENSÃO	12,34	0,00	NOMINAL 220
DC TRIPLEXIAL	25,89		
DC ANUAL	25,89		CONTRATADA UNITE INFERIOR 203
DC TENSÃO	2,43	0,00	
DC TRIPLEXIAL	6,97		UNITE SUPERIOR 281
DC ANUAL	13,95		
DC TENSÃO	3,90	0,00	
DC ANUAL	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	18,98	22,74
Compra de Energia	28,78	32,88
Serviço de Transmissão	3,05	3,49
Encargos Setoriais	3,51	4,00
Impostos Diretos e Encargos	36,24	41,59
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	87,44	100,00

Valor do BJSB (R\$ 6/2018) R\$ 29,95

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(m) em tempo hábil, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 28/09/2018. Conforme Resolução 474 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Faturas em atraso
 Jun/18 91,56

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
 08 JUL 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA

Retorno: 5 - 77 - 910 - 9400
 Matrícula: 1732151-2018-08-7

VENCIMENTO 11/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 87,44

83610000000-6 87440054000-9 17321512018-4 08700077019-5



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Israel de Souza Farias inscrito (a) no CPF/CNPJ 082917124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jedilson Fernandes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 309345374 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Jedilson Fernandes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 309345374 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ 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 <u>Loc. Engenho Velho Lagoa/Colônia de Pesca Lins.</u>		Número <u>65</u>	Complemento
Bairro <u>Velho Lagoa</u>	Cidade <u>Alagoinha Nova</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>58325000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 981167741</u> <u>(83) 996318671</u>

Alagoinha Nova - PE, 28 de 03 de 2018
Local e Data

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edinaldo Firmino de Oliveira,
RG nº 3296173, data de expedição 29/12/04,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 072306194-98, com
domicílio na cidade de Aleoa Nova, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Geraldo - Área Rural, nº 5/N,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jonilson Fernandes da Silva, cujo o condutor era
Jonilson Fernandes da Silva.

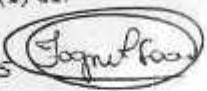
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/KG 325 TITAN
Ano: 1999/1999
Placa: MNR 5762/PB
Chassi: SC2JC2500XR326655
Data do Acidente: 31/03/2018
Local e Data: Aleoa Nova - PB - 27/07/2018

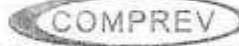
Edinaldo Firmino de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"** *Antonio Marcos Bezerra de Melo*
R. Clemente Lobo, 121 - Centro - Aleoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3285-1265
TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
EDINALDO FIRMINO DE OLIVEIRA
Dou fé. Aleoa Nova/PB - 27/07/2018
Escritor: FAGNER RODRIGUES SOARES
Selo Digital: AHG80470-UHSE
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,48 Farpen R\$0,28 MP R\$0,15 Fepj R\$1,74



 **COMPREV**
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLÓGICA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	João Dilson Fernandes da Silva		
End:	Sítio Grande Alagoinha		
Data de Nascimento:	11/82	Documento de Identificação:	COMPREV
Queixa:	Acidente		
Data do Atendimento:	31.03.18	Hora:	11:00
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Documento de Referência:	08 OUT. 2018

de risco

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(☒) Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	(☒) Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca	Frequência cardíaca:	
		Temperatura axilar:	
		Mucosas:	(☒) Normocorada () Pálida

Estratificação

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

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

Mahayna Carvalho Sá

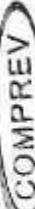
COREN-PB 509719-ENF

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 OUT. 2018

Enfermaria

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Paciente	Prontuário	Ala	Data	Hora	Leito
Joselson Fernandes da Silva		Enfermaria			02
Data					
04/04/18	MARINHA				
	Atendimento Mãe-Ostentaria				
	Paciente admitido com diagnóstico médico de fratura de 3/3			08:43	Foi realizado exames físico - teste de Romberg;
	Distança de equilíbrio, paciente apresenta dificuldade de manter o equilíbrio.				- Alongamento de MSE;
	Paciente com mobilização de tipo enfraquecimento do tronco.				- Exercício de Flexão de tronco (3XS);
	Mãe e filha. Apresenta dor no local da fratura de 3/3.				- Exercício de rotatória lateral (3XS);
	Paciente com internação na sala EVA de Portinari 6.				- 1º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
	Com o tratamento apresentado no dia 04 da Mãe e filha				- 2º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
	nos membros inferiores de MSE (Flexão - extensão/abdução				- 3º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
	adução/abdução/rotação, exercícios de fortalecimento				- 4º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
	em prone no MSE, exercício de fortalecimento, fortalecimento				- 5º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
	flexores de MSE utilizando manguito de				- 6º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
	uso de manguito de manguito				- 7º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 8º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 9º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 10º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 11º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 12º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 13º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 14º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 15º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 16º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 17º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 18º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 19º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 20º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 21º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 22º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 23º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 24º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 25º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 26º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 27º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 28º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 29º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 30º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 31º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 32º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 33º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 34º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 35º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 36º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 37º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 38º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 39º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 40º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 41º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 42º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 43º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 44º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 45º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 46º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 47º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 48º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 49º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 50º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 51º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 52º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 53º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 54º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 55º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 56º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 57º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 58º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 59º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 60º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 61º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 62º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 63º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 64º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 65º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 66º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 67º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 68º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 69º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 70º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 71º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 72º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 73º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 74º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 75º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 76º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 77º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 78º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 79º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 80º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 81º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 82º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 83º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 84º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 85º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 86º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 87º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 88º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 89º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 90º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 91º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 92º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 93º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 94º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 95º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 96º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 97º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 98º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 99º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);
					- 100º estágio de Abdômen Horizontal de Dorsal (3S);

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]



Nome do Paciente <i>Jefferson Fides da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Jefferson</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Felipe</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura 1/3 distal clavícula D</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 pulso</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>3</i>			
Acidente Durante a Operação <i>N</i>			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1 - Paciente em D.O.H., sob efeito anestésico
2 - Anestesia e Antimigração
3 - Alceat campos mten: D
4 - incisão na clavícula D + disseção por Planes
5 - Redução completa fratura
6 - passagem de 2 fios K PI manter redução
7 - Lavagem FO
8 - Sutura por Planes
9 - Curativo

Dr. Jefferson Wilson L. A. Rocha
Ortopedia Traumatologia
CRM-PA 00071, R.O. PA 10166

ORTOP I
LENO IV 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALA ORTOPÉDICA

FX 1\3 LAT CLAVICULA D

Paciente	Joelma Fernandes, 35
----------	----------------------

LEIOW-2

Convênio

01

Le

[illegible]

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

08 OCT. 2018

PROTOCOLLO

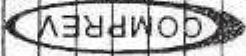
AG. JOÃO PESSOA

Diagnóstico

Ex V3 distal clorada D

LEITO 10-2

Paciente	460456789	Alojamento	Leito	Convênio	02
460456789					

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1- DIETA LIVRE			
2- JELCO SALINIZADO	SUSPENSO		
3- OMIEPRAZOL 40 MG VO EM JEIUM	120mg VO	06/12/2008	BEG, estavel, sem intercorrências
4- DIPIRONA 1g VO 6/6H			
5- FISIO MOTORA			CD-VRM
6- SSVV+CCGG			1
7- NAUSEDRON 1FA + AD IV 8/8H	SUSPENSO		
8- TYLEX 1CP VO 12/12H			
	Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907		Dr. Euler Fabricio A. Cruz MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907
			 COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A 08 OUT. 2008 PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA

Diagnóstico

Fx $\frac{1}{3}$ distal de clavicula D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Adilson Fernandes do Siqueira, 35	Alojamento	Leito	10	Convênio	08
----------	-----------------------------------	------------	-------	----	----------	----

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1 Dado livre 2 Anadol 350mg VO 1212h 3 Dipirona 1g VO 616h 4 Diclofenaco de sódio 50mg VO 1212h 5 SSUV + C66	07h 12h 12h 12h 12h	DIN: 3° BEG, exteñel, sem intercorrências CO: VPM
	1 6		Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9507

Dr. Euler Fabián A. Cruz
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9967

AG. JOAO PESSOA
PROTOCOLO
08 OUT. 2018
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

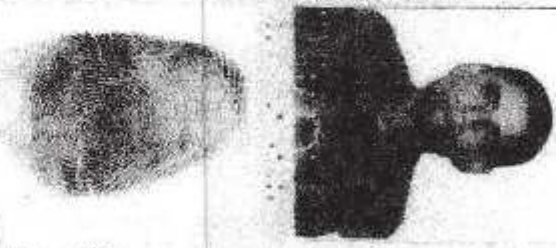
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fracture 2/3 distal clavicle (2)

Paciente	Adilson			Alojamento	Leito	Convênio
	Enfermidade de filis.					

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
31/03/18	1) Dific. Oral Livre 2) Jato subarizado 3) Dific. a 01 FA + AD EV 6/6hs. 4) TIL-HL 40mg 01FA + AD EV 12/12hs. 5) Omeprazol 40mg 01FA + AD EV 12/12hs. 6) SSV + CCGG	18	Paciente vítima de queda de moto com trauma no ombro direito com dor e desconforto.
01/04	Data livre Jato Dipirona 500mg 01 FA + AD EV 01/6h Volaren 75mg 01 FA EM 12/12h - SV SSV + CCGG	07 07 12 18:00	Dr. José Roberto Gomes Otorrinolaringologista CRM 53.511 / 001 PE 2143 12.5.18-32 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 08 JUL. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA BEG internaf afel Oct. VPM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Jodilson Fernandes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 3.661.186
NOME JODILSON FERNANDES DA SILVA
DATA DE
EXPIRAÇÃO 27/05/2008

FILIAÇÃO SEVERINO FERNANDES DA SILVA
SEVERINA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB
DATA DE NASCIMENTO 10/11/1982

DOC. ORIGIN NASC.N.11889 FLS.256 LIV.A-12
CARTÓRIO ALAGOA NOVA-PB

CPF
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.112 DE 22/06/85



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

109.145.174-57

Nome

JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nascimento

10/11/1982

CÓDIGO DE CONTROLE
D5B0.3622.A320.43EB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:06:37 do dia 18/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472525 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JODILSON FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 30/07/2018.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor

Identidade: 3.661.186 CPF: 109.145.174-57 Endereço: Sítio Geraldo, S/N – Area Rural, ALAGOA NOVA – PB . CEP: 58125.000

OUTORGADO:

Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão : ADVOGADO

Identidade: 3406239 SSP/PB CPF: 08291712409

Endereço: LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, 65 – OLHO DAGUA – ALAGOA NOVA – PB. CEP: 58125000

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, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, 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

JODILSON FERNANDES DA SILVA

ALAGOA NOVA – PB 28/08/2018

Local e data

Jodilson Fernandes da Silva
Assinatura do Outorgante

CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA" Antonio Marcos Rezende de Melo
R. Osmestre Leite, 121 - Centro - Alagoa Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (33) 3365-1066 TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JODILSON FERNANDES DA SILVA
Dou fé. Alagoa Nova/PB - 28/08/2018
Escritor: ANTONIO GERALDO DE ARAÚJO NETO
Selo Digital: AHK61496-2B4E
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,48 Farpen R\$0,26 MP R\$0,15 Papj R\$1,74

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO "ALÍPIO BEZERRA"
ALAGOA NOVA-PB.
Antonio Geraldo de A. Neto
ESCREVENTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368771/18

Vítima: JODILSON FERNANDES DA SILVA

CPF: 109.145.174-57

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 30/07/2018

Titular do CPF: JODILSON FERNANDES
DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JODILSON FERNANDES DA SILVA : 109.145.174-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/10/2018
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA