

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2017

Carta nº: 10683720

A/C: LUIZ JACINTO ALVES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170149047 ASL-0098802/17

Vítima: LUIZ JACINTO ALVES

Data Acidente: 06/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

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!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2017

Carta nº: 10694155

A/C: LUIZ JACINTO ALVES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170149047 ASL-0098802/17

Vitima: LUIZ JACINTO ALVES

Data Acidente: 06/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

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 **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2017

Carta nº: 10985443

A/C: LUIZ JACINTO ALVES

Sinistro: 3170149047 ASL-0098802/17
Vítima: LUIZ JACINTO ALVES
Data Acidente: 06/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

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.seguradoralider.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, 22 de Junho de 2017

Carta nº: 11188737

A/C: LUIZ JACINTO ALVES

Sinistro: 3170149047 ASL-0098802/17
Vítima: LUIZ JACINTO ALVES
Data Acidente: 06/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

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.seguradoralider.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, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11313164

A/C: LUIZ JACINTO ALVES

Sinistro: 3170149047 ASL-0098802/17
Vítima: LUIZ JACINTO ALVES
Data Acidente: 06/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

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: LUIZ JACINTO ALVES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 0000085237-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau leve 37.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37.5% de 50%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170149047 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ JACINTO ALVES**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO ALAGAMAR nº 0 - AREA RURAL - SANTA RITA/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2214095 - SSP**
Data local do exame: **29/06/2017 JOAO PESSOA/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)

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA EPIDURAL TEMPORAL POSTERIOR DIREITO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CIRURGICAMENTE COM DRENAGEM DE HEMATOMA E QUE EVOLUIU COM DÉFICIT AUDITIVO SEVERO EM OUVIDO DIREITO COMPROVADO POR AUDIOMETRIA E PERCEBIDO DURANTE A ENTREVISTA DA PERÍCIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ 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.

DÉFICIT AUDITIVO SEVERO E OUVIDO DIREITO

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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)

OUVIDO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 29/06/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



Assinatura do perito Examinador - CRM

DOCUMENTO 1 *T19*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

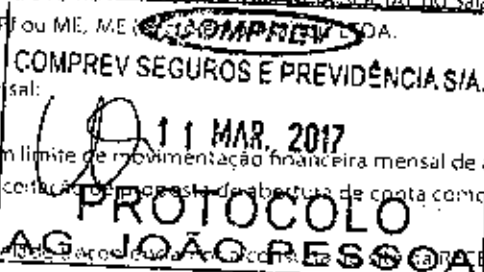
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LUIZ JACINTO ALVES
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.214.095-29 VIA EXPEDIDO POR SSDS/PR EM 16/01/17 E
CPF 025502354572 /CNPI 00000000000000000000 PROFISSÃO RECUSOU-SE
E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSOS NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUIZ JACINTO ALVES, 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 ou EMPRESA ou S/A;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a certidão de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (acesse www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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 _____ Vº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N.º da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

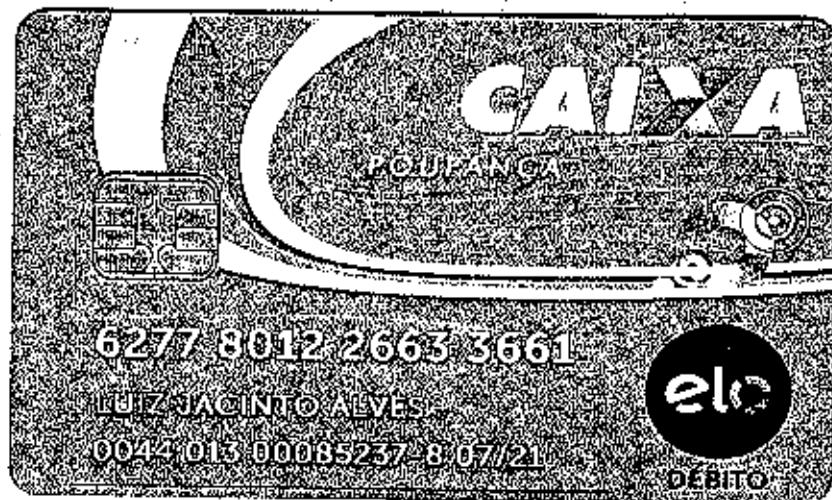
Nº do BANCO 104 N.º da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N.º da CONTA (com dígito, se existir) 00085237-8

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 QUILO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 14 de FEVEREIRO de 2017 + Luiz Jacinto Alves
LOCAL E DATA 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 a 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.





DOCUMENTO 1 *T1%*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº **008 / 2016**

Ocorrência nº. **2219/2016**

Aos DOZE dias de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ludecy Frelre Ayres Barbosa, aí, por volta 09h:37min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

LUIZ JACINTO ALVES, conhecido por _____, Identidade nº 2214095-SSP/PB, CPF nº _____, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: trabalhador rural, filho(a) de João Inácio Alves E De Maria Pedro Jacinto, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 24/12/1978 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Alagamar, Zona Rural De Mamanguape/Pb, tendo como ponto de referência: _____, na cidade de _____, fone(s) para contato: (83) 99320-8113.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) **NATUREZA DO FATO:** ACIDENTE DE TRANSITO

2) **DATA DO FATO:** 06/08/2016, sábado;

3) **HORÁRIO:** 05h:0min;

4) **LOCAL:** ESTRADA VICINAL SÍTIO ALAGAMAR, ZONA RURAL DE MAMANGUAPE/PB.

5) **DESCRIÇÃO DO VEÍCULO FURTADO/ROUBADO:**

TIPO: _____; **MARCA:** _____; **MODELO:** _____; **PLACA:** _____;

CHASSI: _____; **COR:** _____; **ANO/MODELO:** _____;

LICENCIADO EM NOME DE: _____

6) **Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:**

7) **BREVE RESUMO DO FATO:**

Que em data, hora e local acima citado, foi vítima de acidente de trânsito, quando vinha no cano da motocicleta, marca honda cg 150 Titan ES, de cor preta, placa- KFZ-8595/PB, ano/modelo 2007, a qual no momento era pilotada por JULIANO FERREIRA DOS SANTOS, devidamente habilitado, tendo este, perdido o controle da referida moto, tendo o noticiante caído da moto, sendo socorrido por terceiros, para o hospital de Trauma de João Pessoa/PB, que segundo o Laudo Médico, o noticiante sofreu Traumatismo craniano com HED temporal, conforme laudo em anexo.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

L. Jacinto Alves

LUIZ JACINTO ALVES
Comunicante

Ludecy Frelre Ayres Barbosa
Escrivã Ad Hoc e Matrícula nº 61.186-7





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 008/2016

Ocorrência nº. 2219/2016

Aos DOZE dias de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ludecy Freire Ayres Barbosa, aí, por volta 09h:37min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

LUIZ JACINTO ALVES, conhecido por , Identidade nº 2214095-SSP/PB, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: trabalhador rural, filho(a) de João Inácio Alves E De Maria Pedro Jacinto, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 24/12/1978 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Alagamar, Zona Rural De Mamanguape/Pb, tendo como ponto de referência: , na cidade de , fone(s) para contato: (83) 99320-8113.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) **NATUREZA DO FATO:** ACIDENTE DE TRANSITO

2) **DATA DO FATO:** 06/08/2016, sábado;

3) **HORÁRIO:** 05h:0min;

4) **LOCAL:** ESTRADA VICINAL SÍTIO ALAGAMAR, ZONA RURAL DE MAMANGUAPE/PB.

5) **DESCRIÇÃO DO VEÍCULO FURTADO/ROUBADO:**

TIPO: ; MARCA: ; MODELO: ; PLACA: ;

CHASSI: ; COR: ; ANO/MODELO: ;

LICENCIADO EM NOME DE: .

6) **Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:**

7) **BREVE RESUMO DO FATO:**

Que em data, hora e local acima citado, foi vítima de acidente de trânsito, quando vinha no carona da motocicleta, marca honda cg 150 Titan ES, de cor preta, placa- KFZ-8595/PB, ano/modelo 2007, a qual no momento era piltada por JULIANO FERREIRA DOS SANTOS, cuja a moto é de sua propriedade, devidamente habilitado, tendo este , perdido o controle da referida moto, tendo o noticiante caído da moto, sendo socorrido por terceiros, para o hospital de Trauma de João Pessoa/PB, que segundo o Laudo Médico, o noticiante sofreu Traumatismo craniano com HED temporal, conforme laudo em anexo.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Luiz Jacinto Alves

LUIZ JACINTO ALVES
Comunicante

Ludecy Freire Ayres Barbosa
Escrivã Ad Hoc - Matrícula nº 61.186-7





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LUIZ JACINTO ALVES, portador
da carteira de identidade nº 2.214.095-2ºV-PB e inscrito no CPF/MF sob o nº
025.502.354-52, residente e domiciliado na SÍTIO ALAGUAN,
S/N, ÁREA RURAL, e
Cidade SANTA RITA, Estado PARNÁIA, 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.

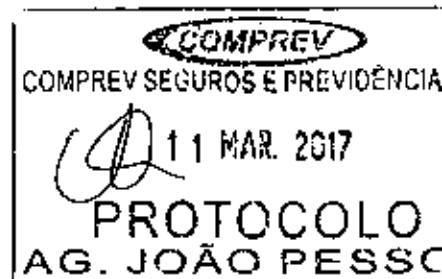
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Luiz Jacinto Alves

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

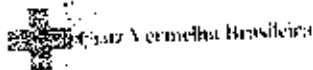
JOÃO PESSOA, 14/02/2017

Local e data



Ato declaratório

DOCUMENTO 2 *T296*



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, sr - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 938557



Identificação do paciente

ID 1067152	Nome LUIZ JACINTO ALES	Estado civil CASADO(A)	Religião	Sexo Masculino
Data de nascimento 24/12/1978	Idade 37 anos 7 meses 13 dias			Prontuário
Mãe MARIA PEDRO JACINTO			Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade			Responsável (Parentesco)	
DDD Móvel	Fone Móvel 88723390		DDO Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência SANTA RITA			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade		CBO/R	

Endereço

CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro ALARGAMENTO
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 06/08/2016 05:42:00	Número da pulseira 5783914	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Casos-poli-clin	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Modo de transporte		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

TOMOGRRAFIA
<i>crânio</i>
DATA: 20/08/16

TOMOGRRAFIA
<i>crânio</i>
DATA: 18/08/16
Tempo 11h 23min 29seg

Diagnostico

Atendido por
ALEXANDRA DUARTE SANTOS

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
11 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TOMOGRRAFIA
<i>crânio</i>
DATA: 20-08-16

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ JACINTO ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000085237-8

Nr. da Autenticação 2FB6405079FF9441



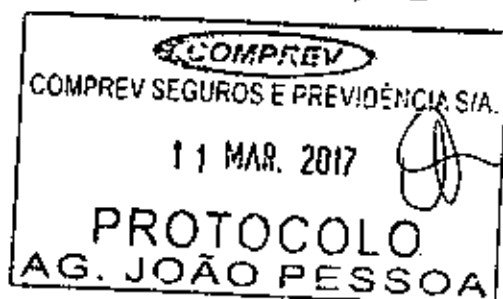
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LUÍZ SACINTO ALVES

RG nº 2.214.095, data de expedição 16/01/17, Órgão SSDS/PB, CPF nº 025.502.354-52, 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>SÍTIO ALAGAMA</u>
Número	<u>S/N - ÁREA RURAL</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARNÁ</u>
CEP	<u>58300-000</u>
Telefone de contato	<u>(183) 98890-4343/99166-3053</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 14/02/2017.Assinatura do Declarante: Luiz Sacinto Alves

IVAN CORRADO
SIT ALADAMAR, SN - AREA RURAL
SANTA RITA/PE CEP: 58300-000 (AO: 1)

Cidade/Subs: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, km 25 - Cid. Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-480
Roteiro: B - B - 890 - 5840 Referência: Jan/2017
Nº medidor: 00009422445 Emissão: 13/01/2017



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08 026 180/0001-40 Ins. Est. 18 045.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.095.009
Código para Dúvidas Atendimento: 0800 083 0196

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

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5/1097167-9

Canal de contato: 0800 083 0196

Jan / 2017

Apresentação

13/01/2017

Data prevista de pagamento

10/02/2017

CPI/CNPJ/RANI

4999922453

Inc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 15/12/16	Letra: 10945	Data: 13/01/17	Letra: 10385	1
140	140	140	20	

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	140	0,44026	61,63
ICMS			24,78
PS			0,55
COFINS			4,38
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTROLE SERVIÇOS PÚBLICA			2,47
JUROS DE MORA 1/2016			0,19
MULTA 1/2016			1,41
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 1/2016			0,05
PROTEÇÃO FÁCIL 01/2017			0,08

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Dez/16	140
Nov/16	142
Out/16	143
Sep/16	130
Ago/16	135
Jul/16	130
Jun/16	142
Mai/16	128
Abr/16	126
Mar/16	131
Fev/16	153
Jan/16	140

ITEM	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	61,72	27,00	24,78
PS	61,72	1,0000	0,55
COFINS	61,72	4,7801	4,38

VENCIMENTO: 26/02/2017

TOTAL A PAGAR: R\$ 101,89

RESERVADO AO FISCO

9c18.1432.615e.f1d9.e5e2.eb1b.9bb0.e091

Indicadores de Qualidade

Limites	Atualizado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,78	0,87
DIC TRIMESTRAL	25,22	
DIC ANUAL	51,06	
FE MENSAL	7,87	1,00
FE TRIMESTRAL	15,84	
FE ANUAL	31,86	
DMOS	8,28	0,87
DMOS	18,50	

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de DTA de Exemplo PB	23,42	22,88
Compra de Energia	27,60	26,99
Serviço de Transmissão	1,81	1,58
Encargos Setoriais	8,20	8,03
Imposto Único e Encargos	34,19	33,56
Outros Serviços	8,08	7,97
Total	101,89	100,00

Valor do EUSD (R\$) (1/1/2016) R\$ 20,04

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

RG nº 528.661, data de expedição 10/09/15, Órgão SSP/PB, CPF nº 203.725.824-00, 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>R. MARCILIN DIAS</u>
Número	<u>233</u>
Apto / Complemento	<u>ANSA</u>
Bairro	<u>JAGUARIBE</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARNABA</u>
CEP	<u>58015-830</u>
Telefone de contato	<u>(83) 98890-4343</u>
E-mail	<u>IRANILDOCLAUDINO@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 14/02/2017Assinatura do Declarante: 



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Filho, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-870 - CNPJ: 09.123.054/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

246190

REFERENCIAL

FEV/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

LACI GOMES FERNANDES
RUA MARCELLO DIAS 233

JAGUARIBE

JOÃO PESSOA

58015-830

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.08.305.0072	0	Residencial	Comercial	Industrial	Outro	246190
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N29699	19/10/2012	2	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIA	PROXIMA LEITURA
960	996	36	28	02/03/2016
HIST. DE CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS		
AGO/2015	28	0	NÚMERO DE AMOSTRAS	
SET/2015	30	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES	
OUT/2015	27	0	COLIFORMES	
NOV/2015	24	0	CLORO	
DEZ/2015	26	0	TURBIDEZ	
JAN/2016	33	0	COR	
MEDIA(M)	28		DADOS REFERENTES A: DEZ/2015	

DATA DA LEITURA:	01/02/2016	HORA DA LEITURA:	14:05:32
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	32,78	26,22
DE 10m A 20m	10	42,30	33,80
DE 20m A 30m	10	55,80	33,80
ACIMA DE 30m	6	45,42	45,42
TOTAIS		176,30	155,24

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$30,77 PIS F. COFINS IET 12,741/82

VENCIMENTO: 15/02/2016

Total a Pagar: R\$332,04

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIORES:
EXISTE(M) CONTAS ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTOMÁTICO.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 IVANILDO MUNIZ ELAUDINO, portador(a) do

RG nº 528661, expedido por SSB/PB, em

10/10/15, CPF/CNPJ nº 203.725.824-00,

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

JACINTO ALVES do sinistro de DPVAT da natureza INVÁLIDAZ

da vítima LUÍZ JACINTO ALVES, e conforme

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

Profissão: RECUSSO - S.E. Renda Mensal: R\$ RECUSSO - S.E.

Documentos comprobatórios: RECUSSO - S.E.

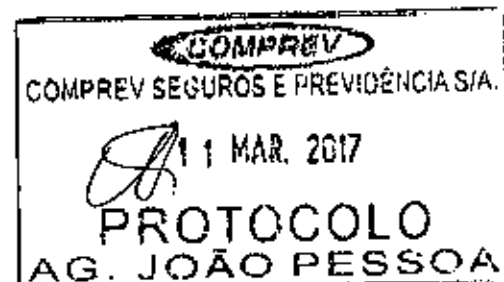
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, JULIANO FERREIRA DOS SANTOS
 portador do RG: 3.710.775, data de expedição 25/08/2014,
 órgão expedidor SSDS / PB, CPF: 101.067.204-57
 com domicílio na cidade de MAMANGUAPÉ, no estado de PARANÁ
 onde resido na USINA MIRIRÉ
 número S/Nº, complemento ZONA 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, Luiz Jacinto Alves
 cujo condutor era Luiz Jacinto Alves
 VEÍCULO: PAS / MOTOCLISTA
 ANO: 2007
 MODELO: HONDA CG 150 TITAN ES
 PLACAS: KFZ-8595-PB
 CHASSI: 9C2KC08507R059839
 DATA DO ACIDENTE: 06/08/2016



MAMANGUAPÉ - PB 12/12/2016

Local e Data

Juliano Ferreira dos Santos

Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

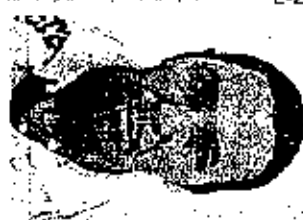
Luiz Jacinto Alves

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



Luiz Jacinto Alves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RÉGISTRO GERAL: 2.214.095 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO: 16/01/2017

NOME: LUIZ JACINTO ALVES
FILIAÇÃO: JOÃO INACIO ALVES
MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE: MAMANGUAPE-PB
DOC ORIGEM: 025.502.354-52

DATA DE NASCIMENTO: 24/12/1978

CERT. CAS. Nº5269 - LIV. 18 - FLS. 27 - V - CARTÓRIO MAMANGUAPE-PB

025.502.354-52
João Pessoa - PB

Assinatura do Titular

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO NOTARIAL
Rua Elton Pereira de Araújo, 46 - Mangabeira
João Pessoa - PB - CEP: 53010-000

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa - PB 13/02/2017 09:52:10
Luciela Juliana - ESCRIVENTE AUTORIZADA
(2017-012257) EMOL: R\$ 2,31 FAREM: R\$ 0,27 PEP: R\$ 0,46 ISS: R\$ 0,12
SELLO DIGITAL: AEU95565-K9X6
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DOCUMENTO 6 *76%*



EM BRANCO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EM BRANCO

FRANEDSON MUNTZ CLAUDINO

CPF: 00918387006

DATA NASCIMENTO: 13/10/1959

ASSIS CLAUDINO DO NASCIMENTO

ANTONIA MUNTZ CLAUDINO

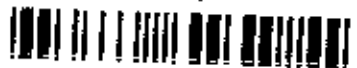
DATA EMISSÃO: 10/09/2015

80657655914

PB031295703

1152903474

DOCUMENTO 3 *T36*



COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 11 MAR. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. RENAVAM 2016-00000220978
00923350101-00/00000000 2016

NOME
JULIANO FERREIRA DOS SANTOS

CPF/CNPJ 10106720457 PLACA KFZ8595/PB

PLACA ANT./UF KFZ8595 PB 9C2KC08507R059839

PAÍS/MOTOCICLETA/VEÍCULO COMÉRCIO
ESPÉCIE/USO NÃO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB. 2001 ANO MOD. 2001

CAP/POT/CL 2 P/149 /CL CATEGORIA PARTIC CORA PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

FAIXA LULA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000 3º DATA DE PAGAMENTO 31/05/2016

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 3º DATA DE PAGAMENTO 31/05/2016

REST. BEN. TRIBUTARIO OBSERVAÇÕES

MAMANGUAPE-RR DATA 31/05/2016

40886 52006

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012507585520 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2016 31/05/2016

VA CPF / CNPJ 10106720457 PLACA KFZ8595/PB

RENAVAM 00923350101 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2001 ANO MOD. 2001 Nº CHASSI 9C2KC08507R059839

PRÊMIO TARIFÁRIO

DETRAN (R\$) 00/00/0000 3º

CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000 3º

COTA ÚNICA 00/00/0000 3º

DATA DE OUTRAGAO 31/05/2016

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

11 MAR. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 7 *17%



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170149047

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ JACINTO ALVES

Data do acidente: 06/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA EPIDURAL TEMPORAL POSTERIOR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT AUDITIVO SEVERO E OUVIDO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM DRENAGEM DE HEMATOMA E QUE EVOLUIU COM DÉFICIT AUDITIVO SEVERO EM OUVIDO DIREITO COMPROVADO POR AUDIOMETRIA E PERCEBIDO DURANTE A ENTREVISTA DA PERÍCIA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DA AUDIÇÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/06/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 37,5 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170149047

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ JACINTO ALVES

Data do acidente: 06/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

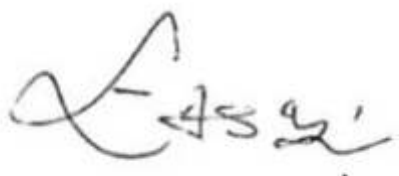
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170149047

Cidade: Mamanguape

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ JACINTO ALVES

Data do acidente: 06/08/2016

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA EPIDURAL TEMPORAL POSTERIOR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT AUDITIVO SEVERO E OUVIDO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATADO CIRURGICAMENTE COM DRENAGEM DE HEMATOMA E QUE EVOLUIU COM DÉFICIT AUDITIVO SEVERO EM OUVIDO DIREITO COMPROVADO POR AUDIOMETRIA E PERCEBIDO DURANTE A ENTREVISTA DA PERÍCIA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DA AUDIÇÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/06/2017

Conduta mantida:

Observações: MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 37,5 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: LUÍZ JACINTO ALVES	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AGRICULTOR	
IDENTIDADE: 2.214.095	CPF: 025.502.354-02
ENDEREÇO: SITIO ALGAMA - ZONA RURAL - SANTA RITA - PB CEP: 58.300-000	

OUTORGADO

NOME: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	
IDENTIDADE: 528.661 - SSP/PB	CPF: 203.725.824-00
ENDEREÇO: RUA MARCILIO DIAS, 233, JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58015-830 - FONES (83) 98890-4343 (83) 41- 99633-9549.	

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 que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 22, DE NOVEMBRO 2016.

CARTÓRIO


VIEIRA BATISTA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Dias Pereira nº 40 - Mangabeira - CEP 58064-410 - João Pessoa - Paraíba - Fone: (83) 3212-1111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de **LUÍZ JACINTO ALVES** inscrita no CPF nº **025.502.354-02** e no RG nº **2.214.095**, residente em **SITIO ALGAMA - ZONA RURAL - SANTA RITA - PB**, para a presente procuração.
Em test. da verdade, João Pessoa - PB, 13/02/2017, 10:23:15.
Josélio Alves Batista - ESCRITURANTE AUTORIZADO
[2017-007400]EPIB:RS-49,23; FAPEN:RS-0,27; FEP:RS-1,85; ISS:RS-0,46
SELO DIGITAL: AEP90261-8011
Certifica-se autêntica e verdadeira em: <https://portalnotarial.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA