

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

João dos Santos Nascimento, Brasileiro, Solteiro, Serviços Gerais, inscrito no RG. 2802900, CPF/MF: 043.559.664-02, RESIDEN-TE E DOMICILIADO À RUA CIDADE LARANJELO, N° 80, CIDADE VERDE, JOÃO PESSOA - PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 519, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "ad iudicia et extra", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sem. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e declarar de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, de de 2018.

João dos Santos Nascimento
OUTORGANTE

3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

ESTADO DA PARAIBA
SERVIÇO DO R.C.P.N e NOTARIAL "BERNARDO"
Rua Inácio de Freitas Mourinho, nº42, Centro, Serrãozinho-PB

Reconheço letra(s) e firma(s) por Autenticidade de: João dos Santos Nascimento.
Selo Digital: AGZ52007- Y957
confirma Autenticidade em <https://sclodigital.tjpb.jus.br>

Art. 105, § 1º, do 2018
Cidely Wilton Freire
OAB/PB nº 21.393
CPF nº 037.022.664-49

ARTÓRIO BERNARDO
Cidely Wilton Freire
Registrador Civil
de PB
Sua assinatura
está registrada
no SCL



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são em DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, admitindo-se que o prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse prazo, consulte o banco.

SINISTRO 3180598588 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 04355966402

Posição em 16-01-2019 10:05:10

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse prazo, consulte o banco.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/01/2019	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/12/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/f9e9mRdx5RYjDAzoc/H0NpqrK2__ZfJrkzZTdipbDfcqZKaZ69XpV3tqsMkFYrBgESIN2slAlx__BsT2im4/ME+VTZh6Uc/79USVAh1FK8BSzh3jigVz9FW5Lg1chmSq5UOLDqJG4bRDjSYrVG__KhOLkk3CvN3?api_key=1

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)




(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma.digital>)

/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma.digital)

Scanned with CamScanner



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0174294/18
Vítima: JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO
CPF: 043.559.664-02

Data do Acidente: 03/03/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO : 043.559.664-02

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.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 15/05/2018 Nome: JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO CPF: 043.559.664-02	Data do cadastramento: 15/05/2018 Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA CPF: 708.601.964-02
JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO	MARCELA DO CARMO DE LIMA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00064.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00064.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:49 horas do dia 04 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Josuel dos Santos Nascimento**, RG nº 2802900 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Severina dos Santos Nascimento e Severino Lourenço do Nascimento, natural de Duas Estradas/PB, nascido(a) em 01/09/1981 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Cabedelo, Nº 92, complemento casa., bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Farmácia Local., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98610-3288.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, Posto Rodoviário Federal., Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/03/18 19:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Local: Br 230, Posto Rodoviário Federal., Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 03/03/18 19:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Outros, descrição A Vítima Se Conduzia Na Moto Já Discriminada a Qual É Cadastrada Em Seu Nome E, Ao Livrar Um Buraco, Perdeu o Controle e Na Sequencia, Sofreu Uma Queda, Consequentemente Foi Socorrida Ao Hospital de Traumas Complexo Hospitalar Mangabeira, Onde Ficou Diagnosticado Fratura de Piriforme Esquerdo e Clavícula Direita.

(2) Moto, modelo CG 160 FAN, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor vermelha, ano 2017, placa QFC-4993, chassi 9C2KC2200HR602588, renavam 01112574295

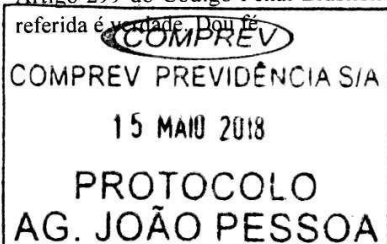
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, se conduzia na moto já discriminada, a qual é cadastrada em seu nome, pela BR 230 e nas proximidades do Posto Rodoviário Federal, ao desviar um buraco ali existente, perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital Complexo Hospitalar Mangabeira, onde foi diagnosticado Fratura de Piriforme Esquerdo e Clavícula Direita, identificado pelo CID S42.0 + S62.0, conforme Laudo Médico apresentado.

ADENDO(S):

Que na data 11/05/2018, à(s) 13:42 horas, na 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Que, ofato verificou-se em 04 de março do ano de 2018, às 19:40 horas.. Adendo registrado por: Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula: 765015.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A



Procedimento Policial: 00064.01.2018.1.02.008



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
8ª Delegacia Distrital da Capital




**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

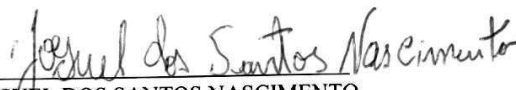


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 11 de maio de 2018.



EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia



JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO
Noticiante



Procedimento Policial: 00064.01.2018.1.02.008

2/2





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 04/03/18
Nome: JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** 1 / 1 /

QPD: FRATURA DE PUNHO ?

HDA: PACIENTE ENCAMINHADO DO HECTSHL COM FRACTURA DE PUNHO FRATURADO COM CHAVICULA FRATURADA, PUNHO FRATURADO EXPOSTO. IMPOSSIBILIDADE DE DEAMBULAR SEM AUXÍLIO

Medicações em uso: _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ **Outros:** _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor



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

JOSEGL DOS SANTOS NASCIMENTO

CPF da Vítima

093.559.664-01

Data do Acidente

09/03/2018

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 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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA, 09 de MARÇO de 2018
Local e Data

JOSEGL DOS SANTOS NASCIMENTO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



CHK LIST PARA TRANSFERÊNCIA

CIRURGICO
CITAÇÃO DE MATERIAL
Educação ENFERMEIRO
Educação TÉCNICO ENFERMAGEM
RESCRIÇÃO MÉDICA DO DIA
DIGITAÇÃO DE EXAMES
PROCESSO DE PROTOUÁRIO (CASO TENHA)
PARECER

OBJS

TRANSFERIDO (ENF) Paul (Amarelo)

RECEBIDO (ENF)

MINISTÉRIO DA
SAUDE
SISTEMA ÚNICO DE SAUDE



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Nº: 2018.03.0384

INTERMEDIATÓRIA
04.02.18
Coze

NOME DO PACIENTE:

JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO

ENFERMARIA: 15

LEITO: 129

HN



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: ortotrauma Código: _____
 Procedimento: Fract. Clavicular 2 Cód. do Procedimento: _____
 Paciente: Joel dos Santos Nascimento
 Data da Cirurgia: 20/03/18 Prontuário Nº: _____ Convênio: _____
 Cirurgião: R. A. Quicks Coódiço: _____
☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO		Nº										Valor Unt.	Valor Total
CORTICAL. 3.5mm		Qtd.											
		Cód.											
PARAFUSO		Nº											
CORTICAL. 4.5mm		Qtd.											
		Cód.											
PARAFUSO		Nº											
ESPONJOSO. 4.0mm		Qtd.											
		Cód.											
PARAFUSO		Nº											
ESPONJOSO. 6.5mm		Qtd.											
ESP. R/16 CURTA		Cód.											
PARAFUSO		Nº											
ESPONJOSO. 6.5mm		Qtd.											
ESP. R/32 LONGA		Cód.											
PARAFUSO		Nº											
		Qtd.											
MALEOLAR 4.5mm		Cód.											

Dr. Francisco de S. Nelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PG 637
RTEOT 10265

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Eaturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

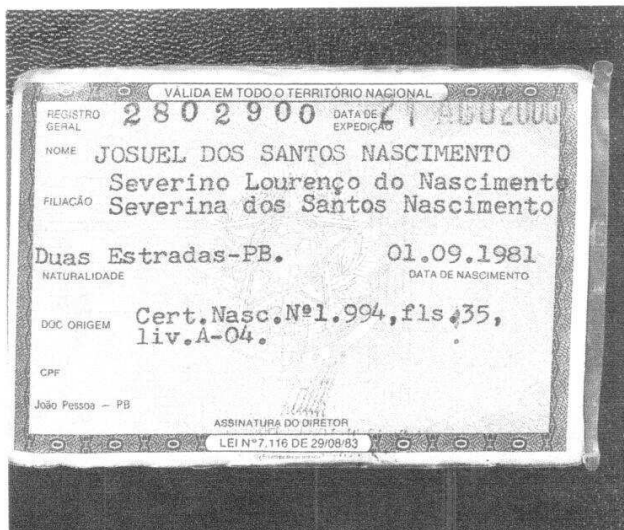
Nº do pedido:





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 36	SEXO M	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.15	LEITO152
DATA DE ADMISSÃO 04/03/2018		DATA DE ALTA 28/03/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Piriforme Esquerdo e Clavícula Direita</i>				CID S42.0 + S62.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Exame físico, RX e Tomografia computadorizada evidenciando Fratura de piriforme, processo estilóide da ulna e clavícula direita.</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de Fratura de clavícula direita, submetido a tratamento cirurgico com fixação incruenta com fio K e Fratura do processo estilóide da ulna e piriforme esquerdo, optado por tratamento conservador, Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetoprofeno					
RETORNO: Ao posto de saúde em 15 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão. Dr. Francisco Guedes – Fratura de Clavícula e Dr. Luis Filipe Lessa – Fratura de Piriforme					
28/03/2018 DATA					
ASS. MÉDICO / C.R.M.					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

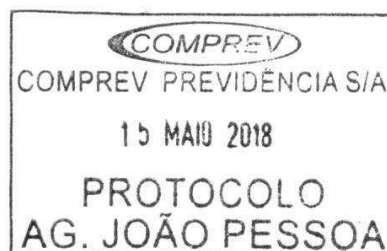




Scanned by CamScanner

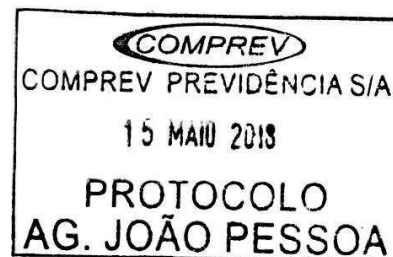


Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB 012974302400
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICACAO DE VEICULO

VIA 1 0111257429-5 00/00000000 2017

JOSUEL DOO DANTOS NASCIMENTO

04355966402 QFC4993/PB

NOVO PB 9C2KC2200HR602588

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 FAN ESDI 2017 2017

2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1°
2°
3°

***** 0

PRÊMIO TARIFARIO
***** SEGURO P A G O 16/03/2017

A.F BANCO HONDA S.A.

0

JOAO PESSOA - PB 41521 17/03/2017

7003781

Scanned by CamScanner

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 012974302400 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 17/03/2017

VIA 1 04355966402 QFC4993/PB

RENAVAM 01112574295 MARCA MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB 2017 CAT 1609 9C2KC2200HR602588

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

SEGURO P A G O

PAGAMENTO 16/03/2017

SEGURO LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1645293-20170317

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 043.559.664-02	Nome completo da vítima Josuel dos Santos Nascimento
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo JOSUEL DOS SANTOS NASCIMENTO		CPF titular da conta 043.559.664-02	Profissão AUTÔNOMO
Endereço RUA: CIDADE DE CABEDELLO		Número 92	Complemento CASA
Bairro B. DAS INDUSTRIAS	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58083-552
Email		Telefone (DDD) 55-99841-82016	
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, DPVAT, residência em endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 15 MAIO 2018 PROTOCOLO AG JOÃO PESSOA	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0435 D/V 9 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 1008375 D/V 6 (Informar dígito se existir)		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.

JOÃO PESSOA, 09 de MARÇO de 2018
Local e Data

Josuel dos Santos Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

responsible

Call Sam Osh at 604-691-6933

Contas referentes a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
---------------------	--------------	----------------------------------	----------------

Jan / 2018	23/01/2018	22/02/2018	4355966402
			ISS: ERI

557

UC (Unidade Consumidora): 5/18380774

Canal de contato

• **averiguando** ¿cuál **perfil** **conoce** **los** **reces**

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAIO 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

