
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292808

Vítima: AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292808

Vítima: AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000110060-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 725.848.074-91 Nome completo da vítima: Aveline Rodrigues dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Aveline Rodrigues dos Santos CPF: 725.848.074-91
 Profissão: Recuso Endereço: Av. Gurugi Número: 30 Complemento: _____
 Bairro: Vila Gurugi Cidade: Goandé Estado: PB CEP: 58322-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REND MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 110060 7 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 25/04/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Aveline Rodrigues dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190292808 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/11/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 725.848.074-91 Nome completo da vítima: Aveline Rodrigues dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Aveline Rodrigues dos Santos CPF: 725.848.074-91
 Profissão: Recuso Endereço: Av. Gurugi Número: 30 Complemento: _____
 Bairro: Vila Gurugi Cidade: Goioerê Estado: PB CEP: 58322-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS CADASTRAIS:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1033 ☐ CONTA: 110060 7 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 25/04/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Aveline Rodrigues dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 182191 Atcd: Nao Regular
Data: 15/11/2018
Hora: 21:02:27
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES D
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 602486 Fone: 986758541
Natural: CONDE/PB Data Nasc.: 10/12/1952 Id: 65 ano(s)
End.: SITIO/ GURUGI, OCPF-725848074-91
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CONDE UF: PB
Mae: ALCINA RODRIGUES DOS SANTOS
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 986758541 / IDENTIDADE: 602486
Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.11.002040

Pai: N/D

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade:

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROP POR MOTO HJ AS

Vitima de violencia por: 20:00, NO CONDE

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

VI: A DE ATROPELAMENTO COM FRATURA EM MID,
IS

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao
SAMU

COMPREV SEGURANÇA E PREVENÇÃO SA

25 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de atropelamento por + 24 com lesões + deformidade
em pé da D. Nega dor e perda de consciência. AP: plácida e
indolente. MVD 21 Rd. Nega alergia. Forte dor nas pernas devido

Diagnostico SAMU.

Conduta

1) Realizar R

2) Realizar de antepara

Horario da medicacao

3) Atender a vítima que

Prescricao

Yasmin 20mg + 40 BV

TAPANA na Pé da D.
Realizar analise de

Dra. Jussara Lins
Cirurgia Geral
CRM-PB 10174

de Pé da D. com CC

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000110060-7

Nr. da Autenticação E0E17D7AC0A84C71

AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS
LOC. GURUGU, S/N VILA GURUGU - AREA RURAL
CONDE/ PB CEP 5630000 (44-1)

Emissão 21/02/2019 Referência: Fev/2019

Classe/Serviço: RESIDENCIAL MONOFASICO 220V, 60Hz
Roteiro 13-21-581-2700 Nº medidor: 00001800431

energisa

ENERGISA PARAIBA DISTRITO DE PARAIBA 650
Cidade/Estado: Paraíba/ PB CEP: 56201-400
CNPJ: 06.056.183/0001-40 Insc. Est. 15.285.829-9

Nº do Fornecedor: 00001800431
Cod. para Dta. Autenticação: 000 0191199

21/02/2019 21/02/2019 21/02/2019 725.848.074-81
Fev / 2019 20/02/2019 21/02/2019
UF (Unidade Consumidora): 5/1079719-9

Atenção: O uso dos postes e cabos elétricos é de
dever do usuário e não é responsabilidade do município
e de todo o sistema.

Data	Letura	Data	Letura						
20/02/19	227	20/02/19	227						
Cálculo de Consumo									
CC	Descrição	Consumo	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
				Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
				Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
0601	Consumo em kWh	227,000	0,947700	214,13	192,43	37	61,95	192,43	190
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	25,16	0,00	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Código de Classificação do Item TOTAL 217,59 192,43 37 61,95 192,43 190 0,00
Módulo de Consumo (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

27/02/2019 R\$ 217,59

272	163	312	374	391	114	281	288	312	394	342	372
Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20

RESERVAÇÃO: 815e.c244.304b.b208.076d.5b9f.832c.ee83.

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo em kWh	214,13	98,45
Consumo em kWh	192,43	89,38
Consumo em kWh	37	17,01
Consumo em kWh	61,95	28,48
Consumo em kWh	192,43	89,38
Consumo em kWh	190	87,35
Consumo em kWh	0,00	0,00
Total	217,59	100,00

ATENÇÃO: Fatura em atraso Jan/19 277,33

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a fatura não seja paga até o dia 27/02/2019, a partir
em atraso, o vencimento poderá ser suspenso até o dia 27/03/2019. Caso não
Resolução 474 da ANEEL. O pagamento após essa data não será considerado
devido suspensão do fornecimento, caso o usuário não seja comunicado sobre
casos pagos não estejam em unidade consumidora para comprová-lo. Caso laterais
estudo o pagamento de energia elétrica, a partir de 27/03/2019, a partir de 27/03/2019
Fatura que não foi paga em atraso de energia elétrica, a partir de 27/03/2019.

energisa PARAIBA
Roteiro 13-21-581-2700
Medidor 1079719-2019-0000
83660000002-5 17590054000-5 10797192019-7 02300021019-7
27/02/2019 R\$ 217,59



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	602.486	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	13/09/2018
NOME	AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS			
FILIAÇÃO	ALCINA RODRIGUES DOS SANTOS			
NATURALIDADE	CONDE-PB		DATA DE NASCIMENTO	10/12/1952
DOC. ORIGEM	NASU.N.1527 FLS.229V 2 LIV.A2 CARTÓRIO CONDE-PB			
CPF	725.848.074-91			

Avelino Rodrigues dos Santos
Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 20.08.85



PROTÓTIPO
25 ABR 2019
DEPARTAMENTO DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO

REPÚBLICA DE PARAGUAY
MINISTERIO DEL INTERIOR
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

SOCC. SUPLENTE DE - CARGO CUMPRIDO DE
1054562 552 78

CPF
455.536.024-91 **DATA NASCIMENTO**
02/04/1967

PRIMEIRO NOME
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

TIPO DE DOCUMENTO
IDENTIFICACIONAL

VALIDADE
10/11/2014

DATA DE EMISSÃO
06/04/1989

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1009001575

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1009001575

SOCC
JOAO PESSOA, PB

Data de Emissão
12/11/2014

Assinatura
Rodrigo Carneiro

NUMERO DE IDENTIFICACION
60376988469
PB029545609

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

25 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Avelino Rodrigues dos Santos brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Lois Curuiá, nº 514, bairro Vila Curuiá - Araguaia, Município de Conde, Estado de(o) PB, Cep: 58322-000, portador(a) do Rg nº 602.486, SSP/PB e CPF nº 725.848.074-91

Outorgado: Jose Eduardo da Silva brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal 3 Costa Dourada, nº 157, bairro Camagaburu, Município de Conde, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 305.4562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Avelino Rodrigues dos Santos, ocorrido em 25/11/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Conde, 10 de março de 2019.

COMPRESSEI JURADO - JUDICIAL
25 ABR. 2019
PROCURAÇÃO
AG. JOÃO PESCOA

Avelino Rodrigues dos Santos
Outorgante
CPF Nº 725.848.074-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

MARLENE LOPES CARNEIRO - CARTÓRIO SERVIÇOS REGISTRARIS
MILNA EMANUELE L. CARNEIRO SALES - Lopes Carneiro
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS
Dou R. Conde/PB - 11/03/2019
Tabela Bell: Marlene Lopes Carneiro
Selo Digital: AIG53142.ZILT
Consulte autenticidade em <http://velodigital.pb.gov.br>
Fimel R\$2,26 ISS R\$0,44 Taxa p. R\$0,27 MP R\$0,24 Total R\$3,22

CARTÓRIO LOPES CARNEIRO
Iza Ribeiro s/n
Distrito de Jacumã,
CEP: 58.322-00
Conde - PB
02.915.305/0001-59

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140114/19

Vítima: AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS

CPF: 725.848.074-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/11/2018

Titular do CPF: AVELINO RODRIGUES
DOS SANTOS

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

AVELINO RODRIGUES DOS SANTOS : 725.848.074-91

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: 25/04/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS