

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598202

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Data do Acidente: 06/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598202

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Data do Acidente: 06/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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 com 16 ou 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

097 337 084-02

Nome completo da vítima

Roberto José Guedes de Paiva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Roberto José Guedes de Paiva	097 337 084-02	portero
Endereço	Número	Complemento
R. Festimiano Monteiro, nº 3	333	
Bairro	Estado	CEP
alto de Bela Vista	PB	583000 000
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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 type="checkbox"/> 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1911		058812	9

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT mediante o crédito na referida agência.

1911 013 58812-9

Esse é o número para preenchimento do número da conta

**Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Poupança.**

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

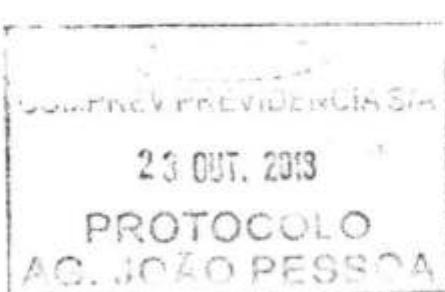
Reclamações,
sugestões e elogios.

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala.

Ouvidoria

37-198-0004

49-000-000-51-2002



**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 com 16 ou 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

097 337 084-02

Nome completo da vítima

Roberto José Guedes de Paiva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Roberto José Guedes de Paiva	097 337 084-02	portero
Endereço	Número	Complemento
R. Festimiano Monteiro, nº 3	333	
Bairro	Estado	CEP
alto de Bela Vista	PB	583000 000
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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 type="checkbox"/> 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1911		058812	9

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT mediante o crédito na referida agência.

1911 013 58812-9

Esse é o número para preenchimento do número da conta

**Obs.: Em breve você estará recebendo o seu
Cartão magnético de Poupança.**

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

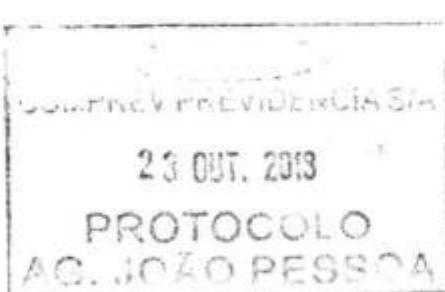
Reclamações,
sugestões e elogios.

Atendimento a pessoas
com deficiência auditiva
ou de fala.

Ouvidoria

37-198-0004

49-000-000-51-2002





POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX – PB



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Data e Hora do Registro do B.O: 05.10.2018 às 15h45min.

Local do fato: BAYEUX/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 3513/2018

NOTICIANTE

ROBERRTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA, brasileiro, natural de Bayeux/PB, filho de José Roberto de Paiva e Maria José Guedes de Paiva, com 25 anos, nascido em 22.01.1993, solteiro, com médio, porteiro, RG 3.688.023-2^avia/SSP/PB e CPF 097.337.084-02, residente a rua Justiniano Monteiro 333, Alto da Boa Vista, Bayeux-PB, CEP.; 58.308-450, fone 98834-8058.

HISTÓRICO DO FATO.

AFIRMA A NOTIFICANTE: QUE, por volta das 23h36min., do dia 06.06.2018, conduzia a MOTO marca HONDA CG 125 FAN KS, cor preta, ano e modelo 2010/2010, placa PET-7336/PB, chassi 9C2JC4110AR027692, em nome de SILVIA CRISTINA ARAÚJO ANDRADE, CPF 062.823.574-70, próximo ao Restaurante Popular, Av. Liberdade, centro, Bayeux-PB, quando foi trancado por um veículo e condutor não identificados, tendo o notificante caído com a moto, sendo acidentado; QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do CORPO DE BOMBEIROS e deu entrada no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL, tendo sido submetido a avaliação médica e cirurgia; QUE, o notificante não DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE contra o motorista infrator, apenas registrar este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante: Roberro José Guedes de Paiva

Assinatura do Policial Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3

Autoridade Policial:

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou div.036.916ersa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

23 OUT. 2018

PROTOCOLO

AC. 0000 PESSOA



POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX – PB



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Data e Hora do Registro do B.O: 05.10.2018 às 15h45min.

Local do fato: BAYEUX/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 3513/2018

NOTICIANTE

ROBERRTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA, brasileiro, natural de Bayeux/PB, filho de José Roberto de Paiva e Maria José Guedes de Paiva, com 25 anos, nascido em 22.01.1993, solteiro, com médio, porteiro, RG 3.688.023-2^avia/SSP/PB e CPF 097.337.084-02, residente a rua Justiniano Monteiro 333, Alto da Boa Vista, Bayeux-PB, CEP.; 58.308-450, fone 98834-8058.

HISTÓRICO DO FATO.

AFIRMA A NOTIFICANTE: QUE, por volta das 23h36min., do dia 06.06.2018, conduzia a MOTO marca HONDA CG 125 FAN KS, cor preta, ano e modelo 2010/2010, placa PET-7336/PB, chassi 9C2JC4110AR027692, em nome de SILVIA CRISTINA ARAÚJO ANDRADE, CPF 062.823.574-70, próximo ao Restaurante Popular, Av. Liberdade, centro, Bayeux-PB, quando foi trancado por um veículo e condutor não identificados, tendo o notificante caído com a moto, sendo acidentado; QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do CORPO DE BOMBEIROS e deu entrada no HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CAPITAL, tendo sido submetido a avaliação médica e cirurgia; QUE, o notificante não DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE contra o motorista infrator, apenas registrar este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante: Roberro José Guedes de Paiva

Assinatura do Policial Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3

Autoridade Policial:

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou div.036.916ersa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

23 OUT. 2018

PROTOCOLO

AC. 0000 PESSOA

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Roberto José Guedes de Paula	017337084-02	06/06/2018

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.

RODRIGO PREVIDÊNCIAS
 23 OUT. 2018
 PROTOCOLO
 10. JCAO PESSOA

Roberto José Guedes de Paula de 10 de 2018

Local e Data

Roberto José Guedes de Paula

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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: Roberto José Guedes de Paula CPF da Vítima: 07337084-02 Data do Acidente: 06/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	<u> </u>	CPF do Representante legal
Email	<u> </u>	Telefone (DDD) <u> </u>

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.

1º COMPTREV PREVIDÊNCIA S/...
significa prévia concordância com a futura avaliação
23 OUT. 2013
PROTOCOLO
10. JCAÓ PESSOA

foto Pessoal de 10 de 2018
Local e Data

Local e Data

~~Robert's first class to teach~~

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM 10/09/2018

Kelly
Fonte: Kelly Sabrina D'OH/3ava

TEN CEL 003M 521.720-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 25 de Setembro de 2018

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0374/2018

Certifico que, levando as fichas de ocorrência expedidas no dia 06/06/2018, conforme
relatório nº 001/2018, solicitado pelo médico interessado, constatou-se foi socorrido(a) por
vítima do acidente de trânsito (moto), identificado(a) como: ROBERTO RODRIGUES DE PAIVA, CPF nº 097.437.084-02,
vítima de acidente de trânsito (moto), residindo na Rua Liberdade, Centro – Bayeux/PB. Que a
diferença da viatura do premo APM, conduzido Corpo de Fogo CABO BM JOHNATAMACIEL DA
CRIJZ, Matrícula 522.766-6. Vítima consciente e orientada, com corte-contuso na região da boca.
Dous dias os procedimentos de imobilização e referida qualificação e transportou na viatura acima
citada para o Hospital da Emergência e Trauma da Capital Humberto Lucena.

Para constar, eu, sendo Vizir da Batalhão CB BM MEL 403/518-9, auxiliar da
3ª Seção/BAP, diante a presente certidão assinada e assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª
Seção/BAP.

**GOVERNO
DA PARAÍBA**



VISTO EM 10/09/2018

Kelly
Kelly Sabrina D'OH/3/VA

TEN CEL 003M 521.720-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 25 de Setembro de 2018

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0374/2018

Certifico que, levando as fichas de ocorrência expedidas no dia 06/06/2018, conforme
relatório nº 001/2018, solicitado pelo médico interessado, constatou-se foi socorrido(a) por
vítima do acidente de trânsito (moto), identificado(a) como: LIBERDADE, Cícero - Bayeux/RN. Que a
diferença da viatura do premo APM, ficou com o CBO BM JOHNATAMACIEL DA
CRIUZ, Matrícula 522.766-6. Vítima consciente e orientada, com corte-contuso na região da boca.
Dous dias os procedimentos de imobilização e referida qualificação e transportou na viatura acima
citada para o Hospital da Emergência e Trauma da Capital Humberto Lucena.

Para constar, eu, sendo a Vice-Dir. de Pol. C8 BM. MUL 4031518-9, auxiliar da
3ª Seção/BAP, diante a presente certidão, a qual é assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª
Seção/BAP.

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

MARIA JOSE GUECES DA SILVA
RUA JUSTINIANO MONTEIRO, 333 - ALTO BELA VISTA
BAIXELA / PB CEP: 58300000 (AG: 1)

Entered on 16/08/2016 Reference: AGO/22718

Classificados: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA

RECEIVED: 8-2-710-5860 NP mediator

—
—
—

energisa

ENERGIA FARABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 26 - Chico Reisente - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.085.183/0001-40 - Insc Est 16.015.923-0

Соф. реш. Dell. Автоматизация: 0000419433

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

Conta referente a **Anexo** a **Data prevista da**

Ago / 2018 16/08/2018 14/09/2018 3139416458
Apresentação
próxima leitura
CPF/ CNPJ/ RANI
bar. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/419498-1

9710400-1

- "Fanfa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leritura	Data	Leritura							
17/07/18	32270	18/08/18	32440	1		170			23	
Demonstrativo										
Quartil de Tensão - Vaz. Estimada - Alt. Estimada - BEM/CEP - Fazenda - CEP/UF - CEP/UF										
Tributos Total(R\$) ICM(R\$) KMS FazCem(R\$) I (0,946%) II (0,955%)										
03/01	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,255200	7,69	7,59	27	2,04	7,69	0,08	0,39
03/11	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.010	0,434210	30,29	30,33	27	8,20	30,33	0,34	1,52
03/11	Consumo - 101 a 220kWh-BR	70.000	0,681320	45,59	45,59	27	12,31	45,59	0,48	2,39
03/11	Adic. B Vermelha			8,32	8,32	27	2,93	8,32	0,09	0,43
03/10	Subsídio	46,14	48,14	37	12,48		46,14	0,50		2,30
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
03/17	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			7,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
03/14	JUROS DE MORA 08/2018			2,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
03/18	MULTA 08/2018			2,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
03/14	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMC 08/2018			-3,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
03/16	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			1,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
03/18	Devolução Subsídio			-20,98	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCJ: Código de Classificação do Item TOTAL 119.18 128.23 37.86 100.00 0.00

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
159 23/08/2018 R\$ 118,16

Histórico de Consumo (kWh)												
ET1	103	127	156	167	175	158	154	186	157	124	173	
Agosto17	Sept17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Febrero18	Marzo18	Abril18	Mayo18	Junio18	Julio18	

f9f6 9c08 4173 906a cd8f f5cf 5282 8144

Indicadores de Qualidade				Estatística da Tensão		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
OC MENSAL	5,62	8,43		Demais de Dist. da Energia PB	21,45	17,67
OC TRIMESTRAL	11,0		NOMINAL	Demanda de Energia	51,02	25,55
OC ANUAL	22,71			Demanda de Transmissão	5,12	2,71
OC MENSAL	5,42	1,00	CONTRATADA	Encargos Fictícios	5,24	4,88
OC TRIMESTRAL	6,85		LIMITE INFERIOR	Impostos, Crimes e Encargos	59,70	49,19
OC ANUAL	13,0		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
OC 2	3,20	6,43		Total	121,40	100,00
OC 3	17,0					

ATENÇÃO **Faturas em atraso**
AVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece em 01 mês todas as faturas acomodadas.
Caso tenha esquecido o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar esta mensagem.
Nota sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
Sua unidade foi reclassificada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$0,89.

23 OUT. 2013
PROTÓCOLO
AC. JOSÉ PESSOA

AV. GLÓRIA DA SERRA-CAMARA
RUA DA REPÚBLICA 390 - VARADOGO
CEP 58010-100 - JOÃO PESSOA / PB (AG. 1)

energisa
FORA DA SUA REDE

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Rolêrc: 007-0001-000-3140
NP do Medidor: 00006162616
Emissão: 16/09/2013

IMPRESA: ENERGISA - SISTEMA DE ENERGIA ELÉTRICA
S/N 210.000 - Centro Sulamer - João Pessoa / PB - CEP 58070-000
CNPJ: 002615110001-10 - Inscrição: 1421.000-6
Nº Fone/Cel: 0800 083 0196
Nº Fone/Cel: 0800 083 0196

ANEXO: 00006162616
A. PÁGINA: 00006162616

0800 083 0196

0800 083 0196

0800 083 0196

Modificadas para Dívida Ativa: 00006162616

UNIVERSAL 00006162616

5/280012-6

RESUMO DE CONSUMO:

TIPO DE CONSUMO	VALOR	UNIDADE
ENERGIA ELÉTRICA	317,39	KWH
IMPORTE	317,39	R\$
IMPORTE MÍNIMO	0,00	R\$
IMPORTE MÁXIMO	317,39	R\$
IMPORTE MÍNIMO MENSAL	0,00	R\$
IMPORTE MÁXIMO MENSAL	317,39	R\$
IMPORTE MÍNIMO ANUAL	0,00	R\$
IMPORTE MÁXIMO ANUAL	317,39	R\$

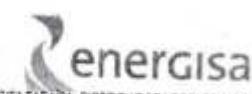
DIS. 07 de outubro de 2013. Dados da energia: EDC. Atenção que o cliente "FORA DA SUA REDE" não tem direito a desconto de consumo no período. DMCN: Durante os meses que não tenham consumo, não haverá desconto de consumo. Pode haver redução temporária no consumo das unidades residenciais dependendo das condições de fornecimento de energia e/ou de consumo. A disponibilidade de consumo é garantida sempre que houver fornecimento. A disponibilidade de consumo é garantida sempre que houver fornecimento.

DETALHAMENTO DE CONSUMO:

MARIA JOSE GUECES DA SILVA
RUA JUSTINIANO MONTEIRO, 323 - ALTO BELA VISTA
BAYEUX/PB CEP: 58300000 (AG. 1)

Emissao/16/08/2018 Referencia: Ago/2018

Classificacao: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA / MONOPOLICO B/200, Km 25 - Custo Redutor: João Pessoa / PB - CEP 58071-480
Razao: B- 8- 710- 5860 N° medidor: 30000058636



ENERGISA FARABA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Custo Redutor: João Pessoa / PB - CEP 58071-480
Nº Fone: 0800 083 0196 N° Cédula: 00004194881

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°011.004.362
Cód. para Dts. Automáticos: 00004194881

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acessar: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	16/08/2018	14/09/2018	3139416458 Inac Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/419498-1

Canal de contato:

- Tânia Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.428, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lerda	Data	Lerda	
17/07/18	32270	18/08/18	30440	
Demonstrativo				
Quartil de Tarifa: Vazio: BEM CUSTO: A-1: CUSTO: B-2: CUSTO: B-3: CUSTO: B-4: CUSTO: B-5:				
0011: Consumo até 30kWh-BR	30.000 0.253200	7,60	7,59 27	2,04 7,60 0,08 0,38
0111: Consumo - B1 a 100kWh-BR	70.000 0.454210	35,29	30,39 27	8,20 30,39 0,34 1,52
0211: Consumo - 101 a 220kWh-BR	70.000 0.651230	45,59	45,59 27	12,31 45,59 0,48 3,29
0311: Adc. B Vermelha		8,52	8,52 27	2,39 8,52 0,19 0,42
2610: Subsídio		48,14	48,14 27	12,48 48,14 0,60 1,30
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0327: CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		7,41	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0114: JUROS DE MORA 08/2018		2,12	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,20
0313: MULTA 08/2018		2,94	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0314: COMPENSACAO POR INDICADOR-DMC 08/2018		-3,24	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,20
0315: ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018		1,57	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0118: Devolução Subsídio		-30,88	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCO: Código de Classificação do Item TOTAL 178,18 138,23 37,34 138,23 1,50 6,91

Média últimos meses (kWh) 159 VENCIMENTO 23/08/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 118,16

Histórico de Consumo (kWh)

171 | 103 | 127 | 156 | 167 | 175 | 158 | 154 | 186 | 157 | 154 | 173
Agosto/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

RESERVADO AO

f9f6.9c08.4173.906a.cdbf.f5ef.5082.6144

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DCI-MENSAL	5,46	8,43
DCI-TRIMESTRAL	11,0	NOMINAL
DCI-MENSAL	22,31	220
FIC-MENSAL	3,42	1,00
FIC-TRIMESTRAL	6,85	CONTRATADA
FIC-MENSAL	13,70	LIMITE INFERIOR 200
DM-2	3,20	LIMITE SUPERIOR 231
DRR	12,22	6,43

Compreensão do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Gen. (s/peças) Dist. da Energia PB	21,65	17,67
Comunicação de Energia	10,02	8,55
Serviço de Transmissão	1,22	1,01
Encargos Internos	3,00	2,51
Impostos/Imp. Min e Encargos	58,70	49,19
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	121,40	100,00

Valor da EUBD (Ref. 6/2018) R\$48,77

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Este lembrete efetua o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,88.

Faturas em atraso

Jul/18 132,57

RESERVADO AO
INSTITUTO PREVIDENCIAS
23 OUT. 2013
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

AV. GLÓRIA DA SERRA-CAMARA
RUA DA REPÚBLICA 390 - VARADOGO
CEP 58010-100 - JOÃO PESSOA / PB (AG. 1)

energisa
FORA DA SUA REDE

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Rolêrc: 007-0001-000-3140
NP do Medidor: 00006162616
Emissão: 16/09/2013

IMPRESA: ENERGISA - SISTEMA DE ENERGIA ELÉTRICA
S/N 210.000 - Centro Sulamer - João Pessoa / PB - CEP 58070-000
CNPJ: 002615110001-10 - Inscrição: 1421.000-6
Nº Fone/Cel: 0800 083 0196
Nº Fone/Cel: 0800 083 0196

ANEXO: 00006162616
A. Faturamento: 00006162616

0800 083 0196

00006162616

00006162616

Modificadas para Dívida Ativa: 00006162616

UNIVERSAL 00006162616

5/280012-6

RESUMO DE CONSUMO:

TIPO DE CONSUMO	VALOR	UNIDADE
ENERGIA ELÉTRICA	317,39	KWH
IMPORTE	317,39	R\$
IMPORTE MÍNIMO	0,00	R\$
IMPORTE MÁXIMO	317,39	R\$
IMPORTE MÍNIMO MENSAL	0,00	R\$
IMPORTE MÁXIMO MENSAL	317,39	R\$
IMPORTE MÍNIMO ANUAL	0,00	R\$
IMPORTE MÁXIMO ANUAL	317,39	R\$

DIS. 07 de outubro de 2013. Dados da energia: EDC. 07/09/2013 que o cliente: "João Pessoa" consome: 317,39 kWh/mês, de menor consumo de energia no período: 00006162616. Durante os meses que o cliente consome, não houve variação de consumo de energia. Prezado cliente! Informamos que os produtos fornecidos pela Energisa são produzidos dentro de critérios de segurança e eficiência. A Energisa aposta na sustentabilidade, na eficiência energética e na melhoria contínua, aprimorando a qualidade de vida.

DETALHAMENTO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roberto José Guedes de Paiva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sóltimo
Profissão: pintor
Identidade: 13 687 023 CPF: 097.337.084-02
Endereço: R. Estuário, 33, Alto da Boa Vista

OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silva Gómez
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sóltimo
Profissão: advogada
Identidade: 267.110 CPF: 048.079.624-69
Endereço: Rua da República,

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

Roberto José Guedes de Paiva

Local e data

11/09/2018

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA
Em test. de verdade, Belo Horizonte, 21/09/2018 11:35:43
Joséneide Gonçalves da Costa Santos - Escrivane
[2018-004526] FEE: R\$ 49,48 FEE DIR: R\$ 0,28 FEE J: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,47
SELO DIGITAL: #44428-304

Confira a autenticidade da firma no site: www.cartorioangela.caetano.com.br

Roberto José Guedes de Paiva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roberto José Guedes de Paiva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sóltimo
Profissão: pintor
Identidade: 13 687 023 CPF: 097.337.084-02
Endereço: R. Estevâniao Monteiro, 33, Alto da Boa Vista

OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silva Gómez
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sóltimo
Profissão: advogada
Identidade: 267.110 CPF: 048.079.624-69
Endereço: Rua da República,

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

Roberto José Guedes de Paiva

Local e data

11/09/2018

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA
23 OUT. 2018
PROTÓCOLO
PROTÓCOLO

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ANGELA CAETANO
2º Ofício Notarial

Angela Matheus C. Caetano
Raquelina C. Caetano Machado
Substituto

Av. LIBERDADE, 438, Bairro: CENIT/CEP: 59000-001 Tel: (83) 3222-2219
RECONHECO, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA.....
Em test. de verdade, Belém-PB, 21/09/2018 11:35:43
Joséneide Gonçalves da Costa Santos - Escrivane
[2018-004526]FIRMA: 49.48 FAPPENR 0.28 FEPJN 1.90 ISS:R 0.47
SELO DIGITAL: #464428-304
Confira a autenticidade em www.cartorioangelacaetano.com.br

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 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 Fernando da Silveira Matos inscrito (a) no CPF/CNPJ 48079624,69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roberto José Guedes de Paiva inscrito (a) no CPF sob o N° 017.337.084-02, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Roberto José Guedes de Paiva inscrito (a) no CPF sob o N° 017.337.084.02, 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		Número	Complemento
<u>Rua da República</u>		<u>390</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58010-180</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	

F. Pessoa 02 de 01 de 2019
 Local e Data

Fernando da Silveira Matos
 Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvia Cristina Araujo Andrade,
RG nº 3.062.606, data de expedição 17/08/2011
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 062823574-70, com
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Engenheiro Edgard Scagger, nº 642,
complemento casa 09, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Roberto José Guedes de Paiva, cujo o condutor era
Roberto José Guedes de Paiva

Veículo: Moto FAN KS

Modelo: FAN KS

Ano: 2010

Placa: PET 7336

Chassi: 9G2JC4U110A R027692

Data do Acidente: 06/06/2018

Local e Data: Bayeux, 21/09/2018

 Silvia Cristina Araujo Andrade
Assinatura do Declarante

Roberto José Guedes de Paiva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

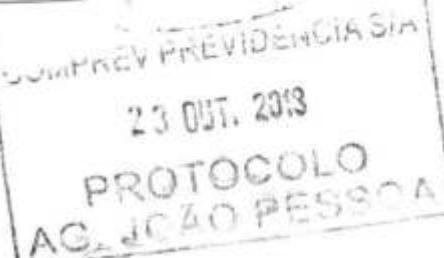
 **CARTÓRIO ANGELA CAETANO**
2º Ofício Notarial
Av. LIBERDADE, 416 - BAYEUX - PB - CENTRO / CEP: 58006-001 - Tel: (83) 3232-2209

Angela Meloires C. Caetano
TITULAR
Rosângela C. Caetano Meloires
SUBSTITUTO

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....
ROBERTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA

Em test da verdade, Bayeux-PB 21/09/2018 11:35:42
Joseneide Gonçalves da Costa Santos - Escrivente
[2018-004525]EMOL:R\$ 19,48 FARPE:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHM04427-70W1

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelionato.pb.gov.br>


COMPRA PREVIDÊNCIA SIA
23 OUT. 2018
PROTOCOLO
AC. 4030 PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvia Cristina Araujo Andrade,
RG nº 3.062.606, data de expedição 17/08/2011
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 062823574-70, com
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Engenheiro Edgard Scagger, nº 642,
complemento casa 09, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Roberto José Guedes de Paiva, cujo o condutor era
Roberto José Guedes de Paiva

Veículo: Moto FAN KS

Modelo: FAN KS

Ano: 2010

Placa: PET 7336

Chassi: 9G2JC4U110A R027692

Data do Acidente: 06/06/2018

Local e Data: Bayeux, 21/09/2018

 Silvia Cristina Araujo Andrade
Assinatura do Declarante

Roberto José Guedes de Paiva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

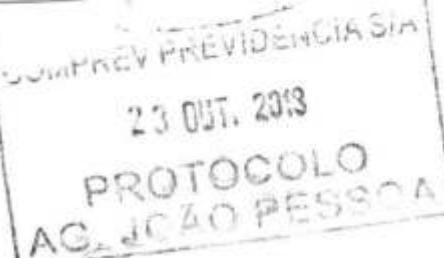
 **CARTÓRIO ANGELA CAETANO**
2º Ofício Notarial
Av. LIBERDADE, 416 - BAYEUX - PB - CENTRO / CEP: 58006-001 - Tel: (83) 3232-2209

Angela Meloires C. Caetano
TITULAR
Rosângela C. Caetano Meloires
SUBSTITUTO

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....
ROBERTO JOSÉ GUEDES DE PAIVA

Em test da verdade, Bayeux-PB 21/09/2018 11:35:42
Joseneide Gonçalves da Costa Santos - Escrivente
[2018-004525]EMOL:R\$ 19,48 FARPE:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHM04427-70W1

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelionato7011.tabelionato7011.com.br>


COMPRA PREVIDÊNCIA SIA
23 OUT. 2018
PROTOCOLO
AC. 4030 PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA
DATA DE NASCIMENTO	22/01/93
NOME DA MÃE	MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.086.691
DATA DO ATENDIMENTO	07/06/18
HORA DO ATENDIMENTO	00:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimentos contusos na face, escoriações nos membros inferiores e superiores. Nega perda da consciência. Glasgow 15. Torax e abdomen sem queixas. TCC evidencia fratura do osso maxilar e do complexo ziomático direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX dec coluna cervical
RX de torax
RX de bacia

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura do complexo ziomático-maxilar direito.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador da fratura. Medicado.

ALTA HOSPITALAR:	07/06/18
DATA DA EMISSÃO:	31/08/18

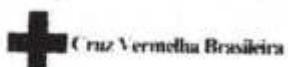
Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

23 OUT. 2013

PROTÓCOLO
AC. JOSÉ PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1086691



Identificação do paciente

ID 847856	Nome ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 22/01/1993	Idade 26 anos 4 meses 16 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA				Pai JOSE ROBERTO DE PAIVA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel	Fone Móvel			DDD Fixo 83
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento			Fone Fixo 32537848
Local de procedência BAYEUX				Nº Crm 203341167610002
Email	Naturalidade BAYEUX			Tipo MUNICÍPIO
				UF PB
CBO/R				

Endereço

CEP 58308450	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro Rua Justiniano Monteiro
Número 327	Complemento BOMBEIROS AR 47		Bairro Alto da Boa Vista

Admissão

Data e Hora 07/06/2018 00:16:44	Número da pulseira 1000005173388	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

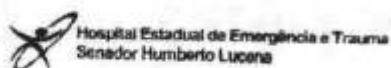
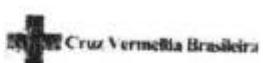
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

CÓDIGO CONTRATO PREVIDÊNCIA	
Imprimiu	Tempo 18seg
23 OUT. 2013	
PROTÓCOLO AC. JOSÉ PESSOA	



ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO CONDIM, 1040-0201, LISBOA

100

GNES: 6121221

Paciente KOBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA		BAE 1088691	Data/Hora Entrada 07/06/2018 00:16:44	Data Bárka
Data de nascimento 22/01/1993	Idade 25a 4m 18d	Sexo Masculino	CNS 203341167810002	Telefone de Contato (83) 32537648
Mês MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA				Prontuário
Endereço Rua Justino Monteiro, 327 - BOMBEIROS AR 47		Bairro Alto da Boa Vista	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHAES		Nº Cons. Regional 5914/PB
Data/Hora Classificação 07/06/2018 00:16:44		Data/Hora Prescrição 07/06/2018 01:58:54		
Anamnese				

Anamnese

NEUROCIRURGIA # TCE LEVE

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 40 MINUTOS DA ADMISSÃO, SEM PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÓMITOS.

NEGA CERVICALGIA

GLASOWQ 15. SEM DÉFICITS FOCALS

TAC DE CRÂNIO: FRATURA DO OSSO MAXILAR E COMPLEXO ZIGOMÁTICO

AUSÊNCIA DE FRATURAS DOS OSSOS DO CRÂNIO

ALTA DA NEUROCIRURGIA

ANOS CUIDADOS DA PNE

Conducta

Paciente encaminhado com suspeita de...

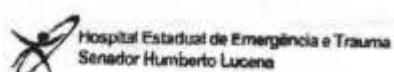
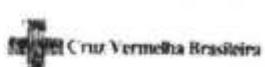
2000-2001

FRANCISCO NEUTON DE O MAGALHÃES
(CRM: 5814/PB)

1996-1997 (150) 21

25.08.2013

PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA	BAE 1086691	Data/Hora Entrada 07/06/2018 00:16:44	Data Baixa 2018-06-07 04:20:44,0
Data de nascimento 22/01/1993	Idade 25a 4m 16d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987511379 / (83) 32537648
Mãe MARIA JOSE GUEDES DE PAIVA			Prontuário
Endereço RUA JUSTINIANO MONTEIRO, 327 - BOMBEIROS AR 47	Bairro ALTO DA BOA VISTA	Município BATEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONALDO TORRES DINIZ	Nº Cons. Regional 10647/PB
Data/Hora Classificação 07/06/2018 00:16:44		Data/Hora Prescrição 07/06/2018 04:20:48	

Anamnese

PACIENTE EVOLUI SEM QUEIXAS CLÍNICAS.
ÁBDOPE FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO;
TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE SIMÉTRICA, SEM ENFISEMA OU CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO;
MOBILIDADE DOS 04 MEMBROS PRESERVADA.
RADIOGRAFIA DE TÓRAX SEM SINAIS DE PNEUMOTÓRAX OU DERRAME PLEURAL.
RADIOGRAFIA DE BACIA E COLUNA CERVICAL SEM ALTERAÇÕES TRAUMÁTICAS.
CONDUTA:
ALTA HOSPITALAR.

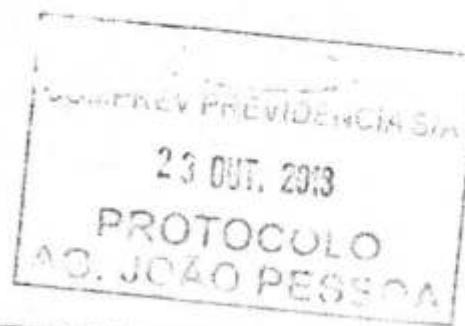
Conduta

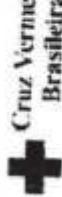
Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário LEONALDO TORRES DINIZ	Data e Hora 07/06/2018 04:20:44
Motivo da Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

LEONALDO TORRES DINIZ
(CRM: 10647/PB)



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

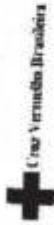
Brasileira	ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA	Nome	07/06/18 01:00
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Local	ANA VIRGINIA
Convenio	Matricula	Nº Prontuário	07/06/2018 01:00:26
SUS		Validade da Prescrição	07/06/2018 01:00:00 - 08/06/2018 01:00:00
		Senha	
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA</p> <p>Enfermaria / Leito</p> <p>Matricula</p>			

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de		Veloc. Inf.	Pos	Aparazamento
1 TETANOGLAMMA	1,0	UI			INTRAMUSCULAR			AGORA
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1,0	ML	Observação:DILUIR EM 8ML					
3 CETOPROFENO 100 MG	1,0	MG			Observação:DILUIR EM 100ML DE SF			AGORA
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER B.M.F	0,0					E.V.		
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER								
6 NEUROCIRURGIA	0,0							

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
CRM: 4417

Virginia Góes
Assinatura de Gabinho do Profissional



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome		Pronutuário	
ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA			
Data de	Nº Boletim Emergência		
22/01/1983	1008691		
Material a examinar			

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
 RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL
 RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
 RADIOGRAFIA DE BACIA *para* AP

DATA 02/06/18
 HORA 11:35
 NCNE 75C N.D.
6h10

*02/06/18
 11:35
 6h10*

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 23 OUT. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

*Costa
 Virginia Costa
 07 de Junho de 2018
 Ana Cláudia Costa*

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher todos os campos necessários para inspeção e interdição em casos clínicos

Atendimento: 201831357898

Data Nasc: 22/01/1993 - 25 anos

Paciente: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Data Exame: 07/06/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hemossinus

Múltiplas fraturas envolvendo os ossos da hemiface à direita.

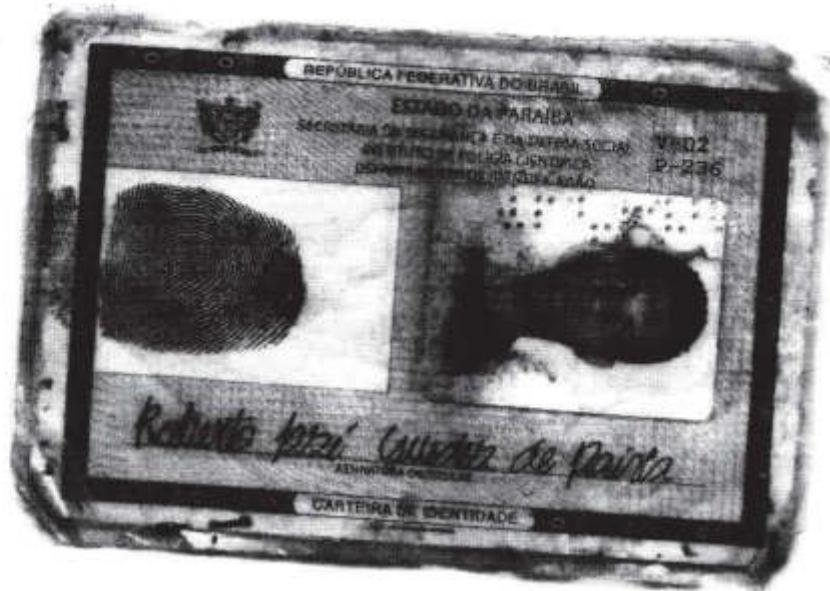
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 07/06/2018 14:30.



Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB



PROTOCOLO PREVISTO

23 OUT. 2013

PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL



CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

Nº
16540

PROFISSÃO
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

RESIDÊNCIA
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

15/08/1984

CPF

2671190 - 862/PB
PROFESSOR DE LÍNGUAS E TÉCNICAS

048.079.624-83

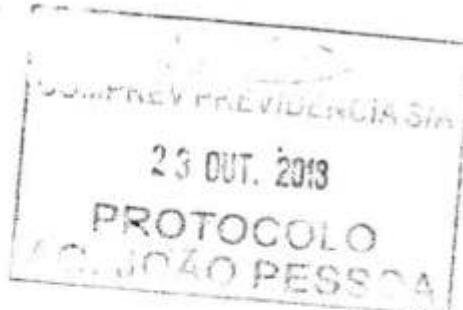
PIS

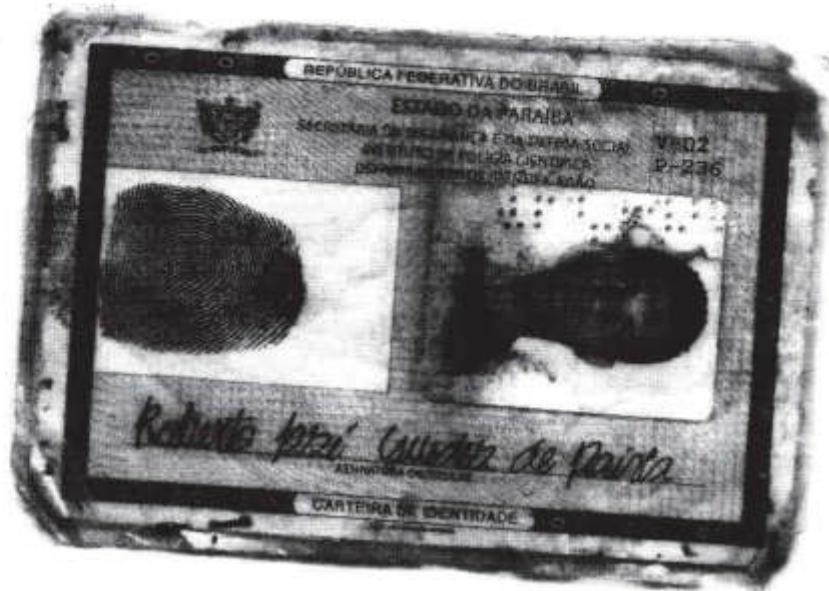
EXPEDIDO EM

SIN

01 12/01/2008

JOSÉ MÁRIO PONTO JÚNIOR





23 OUT. 2013
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL



CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

Nº
16540

PROFISSÃO
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

RESIDÊNCIA
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

15/08/1984

CPF

2671190 - 66P/PB
PROFESSOR DE LÍNGUAS E TÉCNICAS

048.079.624-83

PIS

EXPEDIDO EM

SIN

01 12/01/2008

JOSÉ MÁRIO PORTO JUNIOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS

DENATRAN

DETRAN - PB

Nº 013176521579
94181670039

CERTIFCADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRF 6017000117375-0

VIA
1

0021169877-2

00/00000000

SILVIA CRISTINA ARANJO ANDRADE
RUA EDGAR SEGER 642 CASA 9
ALTO DA BOA VISTA
58308380 BAYEUX - PB

06282351470

PET7336/PB

JOSÉ RODRIGUES DE SOUZA

PLACA ANT. 06/09
PET7336 PR 9C2JC4110AR027692

PLACA ANT. 06/09
PAS/MOTOCICLETA NÃO APYC.

GASOLINA

MARCA/Modelo
HONDA/CS 125 FAN KS

ANO/FAB. 2010

CATEGORIA
2 P/124 /CI

COR/FREQUÊNCIA
PARTIC PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE P/10 ANOS

N.º Motor : JC41E1A027692

0

CONTRAN

VALID

VALID

BAYEUX - PB

CONTRAN

09/06/2017

34584

23 OUT. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS

DENATRAN

DETRAN - PB

Nº 013176521579
94181670039

CERTIFCADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
PRF 601700001775-0

VIA 1 0021169877-2 00/00000000

SILVIA CRISTINA ARANJO ANDRADE
RUA EDGAR SEGER 642 CASA 9
ALTO DA BOA VISTA
58308380 BAYEUX - PB

06282351470

PET7336/PB

JOSÉ RODRIGUES DE SOUZA

PLACA ANT. 06/11
PET7336 PR 9C2JC4110AR027692

PLACA ANT. 06/11
PAS/MOTOCICLETA NÃO APYC.

GASOLINA

MARCA/Modelo
HONDA/CS 125 FAN KS

ANO/FAB. 2010/2010

2

P/124

/CI

PARTIC

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE P/10 ANOS

N.º Motor : JC41E1A027692

0

CONTRAN

VALID

SOCIEDADE PRÉVIDENCIAS

23 OUT. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598202 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA **Data do acidente:** 06/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Roberto José Guedes de Paiva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sóltimo
Profissão: pintor
Identidade: 13 687 023 CPF: 097.337.084-02
Endereço: R. Estevâniao Monteiro, 33, Alto da Boa Vista

OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silva Gómez
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: sóltimo
Profissão: advogada
Identidade: 267.110 CPF: 048.079.624-69
Endereço: Rua da República,

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

Roberto José Guedes de Paiva

Local e data

11/09/2018

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA
23 OUT. 2018
PROTÓCOLO
PROTÓCOLO

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO ANGELA CAETANO
2º Ofício Notarial

Angela Matheus C. Caetano
Raquelina C. Caetano Machado
Substituto

Av. LIBERDADE, 438, Bairro: CENIT/CEP: 59000-001 Tel: (83) 3222-2219
RECONHECO, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA.....
Em test. de verdade, Belém-PB, 21/09/2018 11:35:43
Joséneide Gonçalves da Costa Santos - Escrivane
[2018-004526]FIRMA: 49.48 FAPPENR 0.28 FEPJN 1.90 ISS:R 0.47
SELO DIGITAL: #464428-304
Confira a autenticidade em www.cartorioangelacaetano.com.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458995/18

Número do Sinistro: 3180598202

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF: 097.337.084-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2018

ROBERTO JOSE GUEDES
DE PAIVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 02/01/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386813/18

Número do Sinistro: 3180499231

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF: 097.337.084-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2018

ROBERTO JOSE GUEDES
DE PAIVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 26/10/2018
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386813/18

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF: 097.337.084-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2018

Titular do CPF: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA : 097.337.084-02

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.

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: 23/10/2018
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458995/18

Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

CPF: 097.337.084-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2018

Titular do CPF: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA : 097.337.084-02

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.

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: 20/12/2018
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180598202 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO JOSE GUEDES DE PAIVA **Data do acidente:** 06/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

