

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

Nº Sinistro: **3180088232**

Vitima: **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

Data do Acidente: **19/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088232**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12444463



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

Sinistro: **3180088232**  
Vítima: **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**  
Data do Acidente: **19/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180088232** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018

Carta nº: 12566115

A/C: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

Nº Sinistro: 3180088232  
Vítima: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL  
Data do Acidente: 19/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000017333-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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

014.659.114-30

Nome completo da vítima

Diego do Nascimento Brasil

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Diego do Nascimento Brasil	CPF titular da conta 014.659.114-30	Profissão estudante
Endereço Mamascara Muniz Diniz	Número 381	Complemento -
Bairro Enmani Salvo	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email	CEP 58080-080	Telefone (DDD) -

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3487 D/V. CONTA NRO. 000.17333 D/V. 8

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome 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 e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2018

Local e Data

Diego do Nascimento Brasil

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







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

Diego do Nascimento Brasil

CPF da Vítima

014.659.114-30

Data do Acidente

19-09-17

**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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 02 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Diego do Nascimento Brasil

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# 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: 20/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000017333-8

---

Nr. da Autenticação 13F3C0563506C94F



ET  
ALEXANDRA CESAR DUARTE  
R. MISAIA 102 - JARDIM  
MARIA  
13.107-400 - 13.107-400-10

907/013314867

046.502.754-74

25/09/2017

194,64

BOLETO BANCARIO

**ATENÇÃO VIA DE FATURA, CUSTO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSAR NET.COM**

importante:

Minha NET

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
22 FEV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180088232 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL **Data do acidente:** 19/09/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/MI DIREITO: 50% DE 70% = 35%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

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

Ficha Nr: 62212 Atd: Nao Regulado  
Data: 19/09/2017  
Hora: 18:27:50  
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVE  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3171826 Fone: 988806232

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/02/1989 Id: 28 ano(s)

End.: RUA FRANCISCA MUNIS DE NIS, OESPLANADA

Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: SIRLEIDE FARIAS DO NASCIMENTO BRASIL

Pai: JOSEMAR CARVALHO BRASIL

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

Tel.: Responsavel: 988806232 / IDENTIDADE: 3171826

Procedência: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 17:50 EM FRENTE

Vitima de violência por: AO CENTRO DE EXPOSICOES

☐ Caso Policial

PREF-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

Quase Principal

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Acid. c/ Motoc. Der. MZD. 16:15/p.m.  
Do t. e. e. m. e. p.m. Dr

Diagnostico

T. e. e. m. e. p.m.

Conduta

1. A. T. b. l. g. r.

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Gustavo G. Marques  
CRM-PA 7155  
CRM-PE 15911

Dr. Roberto Gomes  
CRM-PA 7155  
CRM-PE 15911

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico











## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Diego do Nascimento Brasil Data da Admissão: 13/03/17  
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: Don na Pessoa

HDA: pac com história de trauma  
devido aos traumas, evoluindo com dor, edema  
e deformidade

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### 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  
[ ] Dispnéia [ ] 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-reposou [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa

[ ]Trauma [ ]Neo [ ]Tabagismo

[ ]Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_\_ FR= \_\_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

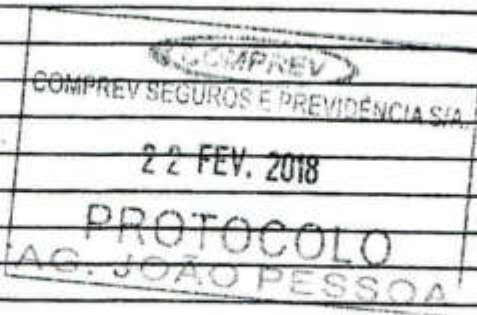
AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_



Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fratura de osso da perna

Conduta: Tratamento Cirurgico





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Paciente em DHA sob fluoroscopia
- Assepsia + antissepsia + oporção de escudo.
- colocação do gesso.

### Incisão:

- Anterior do fêmur.
- Amegda no plano anatômico

### Achados:

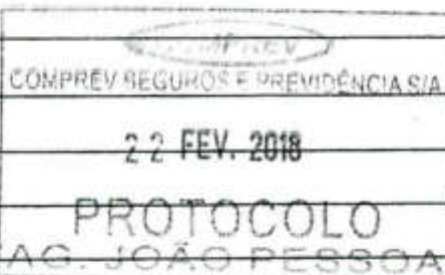
- foco de fratura em diáfise do fêmur direito

### Conduta:

- limpeza do foco do fratura com SF0,9%.
- necessidade de reduzir do fratura em fêmur
- Aplicação de placa DCP estendida de os furos. + parafusos corticais e colocação de interfragmentares pela placa.
- Limpeza do foco da ~~fratura~~ <sup>calos</sup> com SF0,9%.
- fechamento no plano anatômico
- Gesso
- retirada do gesso.

### Fechamento:

### OBS:



Data: 22/02/2018

Leonardo Miranda

MÉDICO  
CRM-PB 3877

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ADMINISTRAÇÃO GERAL DO REGISTRO CIVIL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**NOME**  
 DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

**DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSÃO**  
 3171826 BSCB PB

**CPF**  
 014.659.114-30

**DATA NASCIMENTO**  
 15/02/1989

**FUNÇÃO**  
 JOSEMAR CARVALHO  
 BRASIL  
 SIRLEIDE FARIAS DO  
 NASCIMENTO BRASIL

**PERMISSÃO**  
 PERMISSÃO

**ACC**  
 ABC

**CATAL**  
 ABC

**Nº REGISTRO**  
 06799545514

**VALIDADE**  
 22/02/2018

**1ª VALIDADE**  
 22/02/2017

**OBSERVAÇÃO**

*Diego do Nascimento Brasil*

**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
 JOAO PESSOA, PB

**DATA EMISSÃO**  
 22/02/2017

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
 68866604742  
 PB032535732

**PARAÍBA**

**VÁLIDAMENTE**  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1467355259

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
 1467355259

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 FEV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





07833220

*Alexandra Cesar Duarte*  
Assinatura do Titular da Carteira

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Secretaria de Polícia Federal

**CPF**  
Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de Inscrição  
**046.502.754-74**

Nome  
**ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Nascimento  
**21/02/1982**

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

**22 FEV. 2018**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



CONSELHO DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
- OAB -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.

(Art. 13 da Lei nº 6.906, de 04/07/1994)

CONSELHO DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
CONSELHO OAB DO ESTADO  
da Paraíba

Inscrição Nº  
14438  
Nome  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Residência  
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MÂNCIA CESAR DUARTE

Naturalidade  
RIO DE JANEIRO-RJ  
Profissão  
3º ADVOGADO

Data de Nascimento  
21/02/1982  
Data de Comparação no OAB  
17/12/2008

Data de Cadastro no OAB  
30/07/2007  
Data de Expedição  
12/01/2009

*Heitor Porto Junior*  
JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR  
PRESIDENTE

ALEXANDRA CESAR DUARTE  
4V MARIA ROSA, 00058  
MANAIRA  
58.033-460 JOÃO PESSOA - PB

Código NET  
907/013314867  
CPF/CNPJ  
046.502.754-74

Vencimento  
25/09/2017  
Forma de Pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

Valor  
194,64

importante:

Minha NET:

Se não encontrar o boleto, acesse o site: [www.oabpb.org.br](http://www.oabpb.org.br)

501-01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136552805

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 20170000107166-6 EXERCÍCIO: 2017  
1 0087723938-0 00/00000000 2017

DIEGO DO NASCIMENTO BRASIL

CPF/CNPJ 01465911430 PLACA MNE8992/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2KC08106R875530 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS ANO FAB 2006 ANO MOD 2006

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 00/00/0000 VENC/COTAS 1º 2º 3º

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000 PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 20/03/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB 17221 06/04/2017

2011

COMPREY SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
22 FEV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

PB Nº 013136552805 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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 06/04/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 01465911430 PLACA MNE8992/PB

RENAVAM 00877239380 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB 2006 ANO MOD 2006 Nº CHASSI 9C2KC08106R875530

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

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

DATA DE QUITAÇÃO 20/03/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

2011-1403424-20170406

NOV-2016



