

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180278652

Vitima: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 01/03/2016

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 3180278652**.

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 12992358



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180278652

Vitima: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 01/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180278652**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/03/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

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: 086.019.184-25
 CPF da Vítima: 086.019.184-25
 Nome completo da vítima: Josemar Edivaldo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Josemar Edivaldo da Silva		CPF titular da conta 086.019.184-25	Profissão agricultor
Endereço Sítio Lagoa do Feliz		Número 510	Complemento
Bairro Centro	Cidade Buite de Maranguape	Estado RJ	CEP 58289-000
E-mail alexandrocavallante@hotmail.com			Telefone (DDD) 99105-5363

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

☒ RECLAMO 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 POUPEANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NPO: 0044 D/V: 107 853 D/V: 6

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

BANCO Nome: NPO:

AGÊNCIA NPO: D/V:

CONTA NPO: D/V:

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Buite de Maranguape 21 agosto de 2017

Local e Data

Josemar Edivaldo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência Nº. 034/2017

Aos DEZESSETE dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de CAPIM/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **THIAGO AUGUSTO CAVALCANTI DOS ANJOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrev(o) AD-HOC, aí, por volta 14h10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSEMAR EDVALDO DA SILVA, conhecido por "CUE", Identidade nº 3.005.963-SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Edvaldo Máximo Da Silva E De Cosma Maria Deotade Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 09/04/1986 (31 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa do Félix, S/Nº, Zona Rural, tendo como ponto de referência: Rua do posto de Saúde, na cidade de CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato: (83) 99164-0077.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 01 de março de 2016;
- 3) HORÁRIO: 06h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Lagoa do Félix, zona rural do município de Cuité de Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Geral de Mamanguape, e depois foi encaminhado para o Complexo Hospitalar Governador Tárísio Burity, na capital;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA MARCA HONDA, MODELO CG 160 FAN ESDI, PLACA: OX07243/PB, CHASSI 9C2KC2200GR119612 ANO/FAB: 2016, EM NOME DE INIVAM JOÃO DOS SANTOS.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

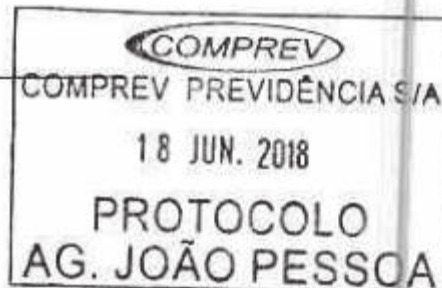
QUE o comunicante vinha pilotando a motocicleta acima citada pela zona rural de Cuité de Mamanguape, em estrada de barro, quando apareceu um cachorro na frente e o mesmo foi desviar e veio a cair do veículo; QUE foi socorrido pelo primo conhecido por "TINDA", para o Hospital Geral de Mamanguape e, em seguida, para o Complexo Hospital Governador Tárísio Burity, em João Pessoa/PB; QUE a vítima quebrou o punho do braço direito além de outras lesões decorrentes do acidente.

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

Josemar Edvaldo da Silva

Josemar Edvaldo Da Silva
Comunicante

Flancivaldo Silvestre Da Silva
Flancivaldo Silvestre Da Silva
Policial Civil
ESCRIVÃO AD-HOC



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 <i>João Maria Edvaldo da Silva</i>	CPF da Vítima <i>086.019.181-25</i>	Data do Acidente <i>01-03-16</i>
---	--	-------------------------------------

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.

Luiz de Menezes de *agosto* de *2017*
Local e Data

João Maria Edvaldo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1960
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 832644

Atd: Nao Regular

Data: 01/03/2016

Hora: 22:50:09

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

CNS: 203499117160018 Sexo: M IDENTIDADE: 3005963 Fone: 991379790

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/04/1986 Id: 29 ano(s)

End.: SÍTIO LAGOA DO FELIX,

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CUITE DE MAMANGUAPE UF: PB

Pai:

Mae: COSMA MARIA DEODATO DA SILVA

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 991379790 / IDENTIDADE: 3005963

Procedencia: CASA

de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.03.000120

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

Trauma com edema no punho direito

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☒ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

Não é alérgico

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) 18 JUN. 2018

PROTOKOLO
AG. JOAO PESSOA

Diagnostico

Contusão de punho direito

Prescrição

Tratamento com analgésico

Conduta

Detalhe da medicacao

Rômulo Soares de Castro
13.002833/CRM-PB 2033
CPF: 181.533.594-68

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833/CRM-PB 2033
CPF: 181.533.594-68

fiche

2021年12月25日 星期五
 2021年12月25日 星期五
 2021年12月25日 星期五

Cor 339 Doc Automatic 5101424-17

CPF/ CNPJ/ RARF
7331499411

5/288471-6

Canal de citatato

-Tutorado: Juan Carlos Escobar, T3331 (vicio) y Carlos
 A. Alvarez, T3332 (vicio) y 2002
 -Tutorado: Juan Carlos Escobar, T3331 (vicio) y Carlos
 A. Alvarez, T3332 (vicio) y 2002
 -Tutorado: Juan Carlos Escobar, T3331 (vicio) y Carlos
 A. Alvarez, T3332 (vicio) y 2002
 -Tutorado: Juan Carlos Escobar, T3331 (vicio) y Carlos
 A. Alvarez, T3332 (vicio) y 2002

[illegible]

2. Estado de Desempenho em Total	27,78	29,02	12,78	3	1,27	2,00
----------------------------------	-------	-------	-------	---	------	------

Media últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
22/02/2018 **R\$ 27,33**

Histórico de Consumo (kWh)									
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
12/17	1/18	2/18	3/18	4/18	5/18	6/18	7/18	8/18	9/18

54b3 24b1 794d.de9f 5945.a27f.408e.1'2'

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ABNT	Apurado	Limite de tensão (V)
1. VOLTAGEM	363	370	
2. FREQÜÊNCIA	59,5		ACRÉSCIMO 2,0
3. DIFERENÇA DE FASE	40,0		
4. C.A. MÁXIMO	1,0	4,00	COM TENSÃO 20,0
5. C.A. MÁXIMO	1,0		INTERFERÊNCIA 2,0
6. PERDA DE TENSÃO	3,0	0,37	
7. PERDA DE TENSÃO	1,0		
8. PERDA DE TENSÃO	1,0		
9. PERDA DE TENSÃO	1,0		
10. PERDA DE TENSÃO	1,0		
11. PERDA DE TENSÃO	1,0		
12. PERDA DE TENSÃO	1,0		
13. PERDA DE TENSÃO	1,0		
14. PERDA DE TENSÃO	1,0		
15. PERDA DE TENSÃO	1,0		
16. PERDA DE TENSÃO	1,0		
17. PERDA DE TENSÃO	1,0		
18. PERDA DE TENSÃO	1,0		
19. PERDA DE TENSÃO	1,0		
20. PERDA DE TENSÃO	1,0		
21. PERDA DE TENSÃO	1,0		
22. PERDA DE TENSÃO	1,0		
23. PERDA DE TENSÃO	1,0		
24. PERDA DE TENSÃO	1,0		
25. PERDA DE TENSÃO	1,0		
26. PERDA DE TENSÃO	1,0		
27. PERDA DE TENSÃO	1,0		
28. PERDA DE TENSÃO	1,0		
29. PERDA DE TENSÃO	1,0		
30. PERDA DE TENSÃO	1,0		
31. PERDA DE TENSÃO	1,0		
32. PERDA DE TENSÃO	1,0		
33. PERDA DE TENSÃO	1,0		
34. PERDA DE TENSÃO	1,0		
35. PERDA DE TENSÃO	1,0		
36. PERDA DE TENSÃO	1,0		
37. PERDA DE TENSÃO	1,0		
38. PERDA DE TENSÃO	1,0		
39. PERDA DE TENSÃO	1,0		
40. PERDA DE TENSÃO	1,0		
41. PERDA DE TENSÃO	1,0		
42. PERDA DE TENSÃO	1,0		
43. PERDA DE TENSÃO	1,0		
44. PERDA DE TENSÃO	1,0		
45. PERDA DE TENSÃO	1,0		
46. PERDA DE TENSÃO	1,0		
47. PERDA DE TENSÃO	1,0		
48. PERDA DE TENSÃO	1,0		
49. PERDA DE TENSÃO	1,0		
50. PERDA DE TENSÃO	1,0		
51. PERDA DE TENSÃO	1,0		
52. PERDA DE TENSÃO	1,0		
53. PERDA DE TENSÃO	1,0		
54. PERDA DE TENSÃO	1,0		
55. PERDA DE TENSÃO	1,0		
56. PERDA DE TENSÃO	1,0		
57. PERDA DE TENSÃO	1,0		
58. PERDA DE TENSÃO	1,0		
59. PERDA DE TENSÃO	1,0		
60. PERDA DE TENSÃO	1,0		
61. PERDA DE TENSÃO	1,0		
62. PERDA DE TENSÃO	1,0		
63. PERDA DE TENSÃO	1,0		
64. PERDA DE TENSÃO	1,0		
65. PERDA DE TENSÃO	1,0		
66. PERDA DE TENSÃO	1,0		
67. PERDA DE TENSÃO	1,0		
68. PERDA DE TENSÃO	1,0		
69. PERDA DE TENSÃO	1,0		
70. PERDA DE TENSÃO	1,0		
71. PERDA DE TENSÃO	1,0		
72. PERDA DE TENSÃO	1,0		
73. PERDA DE TENSÃO	1,0		
74. PERDA DE TENSÃO	1,0		
75. PERDA DE TENSÃO	1,0		
76. PERDA DE TENSÃO	1,0		
77. PERDA DE TENSÃO	1,0		
78. PERDA DE TENSÃO	1,0		
79. PERDA DE TENSÃO	1,0		
80. PERDA DE TENSÃO	1,0		
81. PERDA DE TENSÃO	1,0		
82. PERDA DE TENSÃO	1,0		
83. PERDA DE TENSÃO	1,0		
84. PERDA DE TENSÃO	1,0		
85. PERDA DE TENSÃO	1,0		
86. PERDA DE TENSÃO	1,0		
87. PERDA DE TENSÃO	1,0		
88. PERDA DE TENSÃO	1,0		
89. PERDA DE TENSÃO	1,0		
90. PERDA DE TENSÃO	1,0		
91. PERDA DE TENSÃO	1,0		
92. PERDA DE TENSÃO	1,0		
93. PERDA DE TENSÃO	1,0		
94. PERDA DE TENSÃO	1,0		
95. PERDA DE TENSÃO	1,0		
96. PERDA DE TENSÃO	1,0		
97. PERDA DE TENSÃO	1,0		
98. PERDA DE TENSÃO	1,0		
99. PERDA DE TENSÃO	1,0		
100. PERDA DE TENSÃO	1,0		
101. PERDA DE TENSÃO	1,0		
102. PERDA DE TENSÃO	1,0		
103. PERDA DE TENSÃO	1,0		
104. PERDA DE TENSÃO	1,0		
105. PERDA DE TENSÃO	1,0		
106. PERDA DE TENSÃO	1,0		
107. PERDA DE TENSÃO	1,0		
108. PERDA DE TENSÃO	1,0		
109. PERDA DE TENSÃO	1,0		
110. PERDA DE TENSÃO	1,0		
111. PERDA DE TENSÃO	1,0		
112. PERDA DE TENSÃO	1,0		
113. PERDA DE TENSÃO	1,0		
114. PERDA DE TENSÃO	1,0		
115. PERDA DE TENSÃO	1,0		
116. PERDA DE TENSÃO	1,0		
117. PERDA DE TENSÃO	1,0		
118. PERDA DE TENSÃO	1,0		
119. PERDA DE TENSÃO	1,0		
120. PERDA DE TENSÃO	1,0		
121. PERDA DE TENSÃO	1,0		
122. PERDA DE TENSÃO	1,0		
123. PERDA DE TENSÃO	1,0		
124. PERDA DE TENSÃO	1,0		
125. PERDA DE TENSÃO	1,0		
126. PERDA DE TENSÃO	1,0		
127. PERDA DE TENSÃO	1,0		
128. PERDA DE TENSÃO	1,0		
129. PERDA DE TENSÃO	1,0		
130. PERDA DE TENSÃO	1,0		
131. PERDA DE TENSÃO	1,0		
132. PERDA DE TENSÃO	1,0		
133. PERDA DE TENSÃO	1,0		
134. PERDA DE TENSÃO	1,0		
135. PERDA DE TENSÃO	1,0		
136. PERDA DE TENSÃO	1,0		
137. PERDA DE TENSÃO	1,0		
138. PERDA DE TENSÃO	1,0		
139. PERDA DE TENSÃO	1,0		
140. PERDA DE TENSÃO	1,0		
141. PERDA DE TENSÃO	1,0		
142. PERDA DE TENSÃO	1,0		
143. PERDA DE TENSÃO	1,0		
144. PERDA DE TENSÃO	1,0		
145. PERDA DE TENSÃO	1,0		
146. PERDA DE TENSÃO	1,0		
147. PERDA DE TENSÃO	1,0		
148. PERDA DE TENSÃO	1,0		
149. PERDA DE TENSÃO	1,0		
150. PERDA DE TENSÃO	1,0		
151. PERDA DE TENSÃO	1,0		
152. PERDA DE TENSÃO	1,0		
153. PERDA DE TENSÃO	1,0		
154. PERDA DE TENSÃO	1,0		
155. PERDA DE TENSÃO	1,0		
156. PERDA DE TENSÃO	1,0		
157. PERDA DE TENSÃO	1,0		
158. PERDA DE TENSÃO	1,0		
159. PERDA DE TENSÃO	1,0		
160. PERDA DE TENSÃO	1,0		
161. PERDA DE TENSÃO	1,0		
162. PERDA DE TENSÃO	1,0		
163. PERDA DE TENSÃO	1,0		
164. PERDA DE TENSÃO	1,0		
165. PERDA DE TENSÃO	1,0		
166. PERDA DE TENSÃO	1,0		
167. PERDA DE TENSÃO	1,0		
168. PERDA DE TENSÃO	1,0		
169. PERDA DE TENSÃO	1,0		
170. PERDA DE TENSÃO	1,0		
171. PERDA DE TENSÃO	1,0		
172. PERDA DE TENSÃO	1,0		
173. PERDA DE TENSÃO	1,0		
174. PERDA DE TENSÃO	1,0		
175. PERDA DE TENSÃO	1,0		
176. PERDA DE TENSÃO	1,0		
177. PERDA DE TENSÃO	1,0		
178. PERDA DE TENSÃO	1,0		
179. PERDA DE TENSÃO	1,0		
180. PERDA DE TENSÃO	1,0		
181. PERDA DE TENSÃO	1,0		
182. PERDA DE TENSÃO	1,0		
183. PERDA DE TENSÃO	1,0		
184. PERDA DE TENSÃO	1,0		
185. PERDA DE TENSÃO	1,0		
186. PERDA DE TENSÃO	1,0		
187. PERDA DE TENSÃO	1,0		
188. PERDA DE TENSÃO	1,0		
189. PERDA DE TENSÃO	1,0		
190. PERDA DE TENSÃO	1,0		
191. PERDA DE TENSÃO	1,0		
192. PERDA DE TENSÃO	1,0		
193. PERDA DE TENSÃO	1,0		
194. PERDA DE TENSÃO	1,0		
195. PERDA DE TENSÃO	1,0		
196. PERDA DE TENSÃO	1,0		
197. PERDA DE TENSÃO	1,0		
198. PERDA DE TENSÃO	1,0		
199. PERDA DE TENSÃO	1,0		
200. PERDA DE TENSÃO	1,0		
201. PERDA DE TENSÃO	1,0		
202. PERDA DE TENSÃO	1,0		
203. PERDA DE TENSÃO	1,0		
204. PERDA DE TENSÃO	1,0		
205. PERDA DE TENSÃO	1,0		
206. PERDA DE TENSÃO	1,0		
207. PERDA DE TENSÃO	1,0		
208. PERDA DE TENSÃO	1,0		
209. PERDA DE TENSÃO	1,0		
210. PERDA DE TENSÃO	1,0		
211. PERDA DE TENSÃO	1,0		
212. PERDA DE TENSÃO	1,0		
213. PERDA DE TENSÃO	1,0		
214. PERDA DE TENSÃO	1,0		
215. PERDA DE TENSÃO	1,0		
216. PERDA DE TENSÃO	1,0		
217. PERDA DE TENSÃO	1,0		
218. PERDA DE TENSÃO	1,0		
219. PERDA DE TENSÃO	1,0		
220. PERDA DE TENSÃO	1,0		
221. PERDA DE TENSÃO	1,0		
222. PERDA DE TENSÃO	1,0		
223. PERDA DE TENSÃO	1,0		
224. PERDA DE TENSÃO	1,0		
225. PERDA DE TENSÃO	1,0		
226. PERDA DE TENSÃO	1,0		
227. PERDA DE TENSÃO	1,0		
228. PERDA DE TENSÃO	1,0		
229. PERDA DE TENSÃO	1,0		
230. PERDA DE TENSÃO	1,0		
231. PERDA DE TENSÃO	1,0		
232. PERDA DE TENSÃO	1,0		
233. PERDA DE TENSÃO	1,0		
234. PERDA DE TENSÃO	1,0		
235. PERDA DE TENSÃO	1,0		
236. PERDA DE TENSÃO	1,0		
237. PERDA DE TENSÃO	1,0		
238. PERDA DE TENSÃO	1,0		
239. PERDA DE TENSÃO	1,0		
240. PERDA DE TENSÃO	1,0		
241. PERDA DE TENSÃO	1,0		
242. PERDA DE TENSÃO	1,0		
243. PERDA DE TENSÃO	1,0		
244. PERDA DE TENSÃO	1,0		
245. PERDA DE TENSÃO	1,0		
246. PERDA DE TENSÃO	1,0		
247. PERDA DE TENSÃO	1,0		
248. PERDA DE TENSÃO	1,0		
249. PERDA DE TENSÃO	1,0		
250. PERDA DE TENSÃO	1,0		
251. PERDA DE TENSÃO	1,0		
252. PERDA DE TENSÃO	1,0		
253. PERDA DE TENSÃO	1,0		
254. PERDA DE TENSÃO	1,0		
255. PERDA DE TENSÃO	1,0		
256. PERDA DE TENSÃO	1,0		
257. PERDA DE TENSÃO	1,0		
258. PERDA DE TENSÃO	1,0		
259. PERDA DE TENSÃO	1,0		
260. PERDA DE TENSÃO	1,0		
261. PERDA DE TENSÃO	1,0		
262. PERDA DE TENSÃO	1,0		
263. PERDA DE TENSÃO	1,0		
264. PERDA DE TENSÃO	1,0		
265. PERDA DE TENSÃO	1,0		
266. PERDA DE TENSÃO	1,0		
267. PERDA DE TENSÃO	1,0		
268. PERDA DE TENSÃO	1,0		
269. PERDA DE TENSÃO	1,0		
270. PERDA DE TENSÃO	1,0		
271. PERDA DE TENSÃO	1,0		
272. PERDA DE TENSÃO	1,0		
273. PERDA DE TENSÃO	1,0		
274. PERDA DE TENSÃO	1,0		
275. PERDA DE TENSÃO	1,0		
276. PERDA DE TENSÃO	1,0		
277. PERDA DE TENSÃO	1,0		
278. PERDA DE TENSÃO	1,0		
279. PERDA DE TENSÃO	1,0		
280. PERDA DE TENSÃO	1,0		
281. PERDA DE TENSÃO	1,0		
282. PERDA DE TENSÃO	1,0		
283. PERDA DE TENSÃO	1,0		
284. PERDA DE TENSÃO	1,0		
285. PERDA DE TENSÃO	1,0		
286. PERDA DE TENSÃO	1,0		
287. PERDA DE TENSÃO	1,0		
288. PERDA DE TENSÃO	1,0		
289. PERDA DE TENSÃO	1,0		
290. PERDA DE TENSÃO	1,0		
291. PERDA DE TENSÃO	1,0		
292. PERDA DE TENSÃO	1,0		
293. PERDA DE TENSÃO	1,0		
294. PERDA DE TENSÃO	1,0		
295. PERDA DE TENSÃO	1,0		
296. PERDA DE TENSÃO	1,0		
297. PERDA DE TENSÃO	1,0		
298. PERDA DE TENSÃO	1,0		
299. PERDA DE TENSÃO	1,0		
300. PERDA DE TENSÃO	1,0		
301. PERDA DE TENSÃO	1,0		
302. PERDA DE TENSÃO	1,0		
303. PERDA DE TENSÃO	1,0		
304. PERDA DE TENSÃO	1,0		
305. PERDA DE TENSÃO	1,0		
306. PERDA DE TENSÃO	1,0		
307. PERDA DE TENSÃO	1,0		
308. PERDA DE TENSÃO	1,0		
309. PERDA DE TENSÃO	1,0		
310. PERDA DE TENSÃO	1,0		
311. PERDA DE TENSÃO	1,0		
312. PERDA DE TENSÃO	1,0		
313. PERDA DE TENSÃO	1,0		
314. PERDA DE TENSÃO	1,0		
315. PERDA DE TENSÃO	1,0		
316. PERDA DE TENSÃO	1,0		
317. PERDA DE TENSÃO	1,0		
318. PERDA DE TENSÃO	1,0		
319. PERDA DE TENSÃO	1,0		
320. PERDA DE TENSÃO	1,0		
321. PERDA DE TENSÃO	1,0		
322. PERDA DE TENSÃO	1,0		
323. PERDA DE TENSÃO	1,0		
324. PERDA DE TENSÃO	1,0		
325. PERDA DE TENSÃO	1,0		
326. PERDA DE TENSÃO	1,0		
327. PERDA DE TENSÃO	1,0		
328. PERDA DE TENSÃO	1,0		
329. PERDA DE TENSÃO	1,0		
330. PERDA DE TENSÃO	1,0		
331. PERDA DE TENSÃO	1,0		
332. PERDA DE TENSÃO	1,0		
333. PERDA DE TENSÃO	1,0		
334. PERDA DE TENSÃO	1,0		
335. PERDA DE TENSÃO	1,0		
336. PERDA DE TENSÃO	1,0		
337. PERDA DE TENSÃO	1,0		
338. PERDA DE TENSÃO	1,0		
339. PERDA DE TENSÃO	1,0		
340. PERDA DE TENSÃO	1,0		
341. PERDA DE TENSÃO	1,0		
342. PERDA DE TENSÃO	1,0		
343. PERDA DE TENSÃO	1,0		
344. PERDA DE TENSÃO	1,0		
345. PERDA DE TENSÃO	1,0		
346. PERDA DE TENSÃO	1,0		
347. PERDA DE TENSÃO	1,0		
348. PERDA DE TENSÃO	1,0		
349. PERDA DE TENSÃO	1,0		
350. PERDA DE TENSÃO	1,0		
351. PERDA DE TENSÃO	1,0		
352. PERDA DE TENSÃO	1,0		
353. PERDA DE TENSÃO	1,0		
354. PERDA DE TENSÃO	1,0		
35			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josemar Edvaldo da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 086.019.184-25 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima
Josemar Edvaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 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 <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Marina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>9115-0868</u>

João Pessoa 18 de junho de 2018
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
DPMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

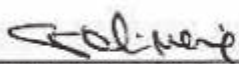
Nº. 1175/2016

Atendendo solicitação do procurador **EGUINALDO DA SILVA BATISTA JUNIOR** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 832644 pertencente a **JOSEMAR EDVALDO DA SILVA** que foi atendido no dia 01/03/2016 às 22H50min, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou contusão do punho direito. Medicado e procedida a imobilização do membro, foi liberado em seguida.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância em saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de Agosto de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PRESIDENTURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 832644 Atd: Nao Regular
Data: 01/03/2016
Hora: 22:50:09
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA N. de vezes atendido: 1
CNS: 203499117160018 Sexo: M IDENTIDADE: 3005963 Fone: 991379790 Num. Prontuario: 2016.03.000120
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/04/1986 Id: 29 ano(s)
End.: SITIO LAGOA DO FELIX,
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CUITE DE MAMANGUAPE UF: PB
Pai:
Mae: COSMA MARIA DEODATO DA SILVA
Ocupação: AGRICULTOR
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 991379790 / IDENTIDADE: 3005963
Procedencia: CASA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Queixa Principal

Trauma com edema no punho direito

Não é alergico

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) 18 JUN. 2018

Diagnostico

Prescricao

Conduta

Detalhe da medicacao

Rômulo Soares de Castro
033.002833/CRM-PB 2833
CPF: 181.533.594-68

ficha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Jose Edvaldo da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL 3.005.963 DATA DE EXPEDIÇÃO 18-04-2002

SENTE JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
Edvaldo Máximo da Silva
Cesma Maria Doadate da Silva

Mamanguape PB. 09-04-1986
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 3724 Fls. 244 Liv. A-4 Cart
Cidade de Mamanguape PB.

M. M. Doadate
MARIAGE COORDENADOR DO REGISTRO CIVIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

086.019.184-25

JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

09/04/1986



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

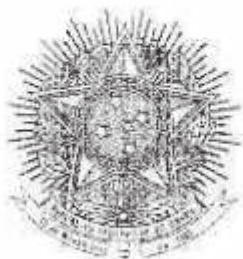
046.502.754 -74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

21/08/1982



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

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 8.906, de 04/07/1994)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Advogado

Nº de

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome

ALVARO DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Presidente

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

1º Vice-Presidente

2º Vice-Presidente

3º Vice-Presidente

4º Vice-Presidente

5º Vice-Presidente

6º Vice-Presidente

7º Vice-Presidente

8º Vice-Presidente

9º Vice-Presidente

10º Vice-Presidente

11º Vice-Presidente

12º Vice-Presidente

13º Vice-Presidente

14º Vice-Presidente

15º Vice-Presidente

16º Vice-Presidente

17º Vice-Presidente

18º Vice-Presidente

19º Vice-Presidente

20º Vice-Presidente

Data de Expedição da Carteira

29/07/2007

Data de Expiração

12/01/2009

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278652 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 01/03/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: CONTUSÃO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Josemar Carvalho da Silva
brasileiro, coliteiro agricultor, portador do RG de Nº
3005.963 e CPF de Nº 086.019.181-25 vítima de acidente de
transito dia 01/03/16 no veículo moto de placa
0X07243, onde eu era condutor, de propriedade
de Inivem das Fontes, VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

(☒) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de _____, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

Josemar Carvalho da Silva
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Colite de Armarjua PB de 01 de agosto de 2017.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Josemar Edvaldo da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Agricultor, CI RG nº 3.005.963 SSP/PB,
CPF/MF nº 086.039.384-25, residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Lagoa do Felix,
Cidade de Cuité de Mamanguape, Estado
Paraíba, CEP: 58289-000, telefone
99164-0077, 99165-4200.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cuité de Mamanguape, 21 de Agosto

de 20 17.

Josemar Edvaldo da Silva

Adauto Rodrigues de
Oficial do Registro
Substituto

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Da Matriz, 41, Centro, Cuité de Mamanguape

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
Data de: Cuité de Mamanguape/PB - 21/08/2017
Substituto: ADAULO RODRIGUES DE BULHÕES
Selo Digital APL70185-OCZF
Consulte a autenticidade em <https://scs.digital.tpb.jus.br>
Fmo: R\$ 10,50 FARPEN R\$ 0,08 MP R\$ 0,17 FEPJ R\$ 0,20

Substituto
Cuité de Mamanguape

OFÍCIO DE NOTAS
Anunciada R. de Bulhões
Notária Pública
Sub. Adauto R. de Bulhões
Cuité de Mamanguape-PB