
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



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



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 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 AST

CPF da Vítima

086.019.184-25

Nome completo da vítima

Josémar Edvaldo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Josémar Edvaldo da Silva	086.019.184-25	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Sítio Lagoa do Selim	51/N	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Brumé de Mananguape	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
alexandriocesarwarte@hotmail.com	58289-000	99105-5363

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO 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
I R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<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

CONTA

00494

307 853

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ Nro. _____

AGÊNCIA

CONTA

Nro. _____ DV _____

Nro. _____ DV _____

(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 Lider 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.

Brumé de Mananguape 21 agosto de 2017

Local e Data

Josémar Edvaldo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

0001/2017

16

18 JUN. 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA



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, escrivão AD-HOC, aí, por volta 14h10min, compareceu à PESSOA a seguir qualificada:

JOSEMAR EDVALDO DA SILVA, conhecido por "CUÉ", 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/N, 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 maio 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 Tardálio Burity, na capital;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VÉHICULO? SIM ;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VÉHICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VÉHICULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VÉHICULO(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 JÓÃO 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 Tardálio 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, escrivão que digitei.

Josemar Edvaldo Da Silva

Josemar Edvaldo Da Silva

Comunicante

Silvestre

Flancivaldo Silvestre Da Silva
Policial Civil
ESCRIVÃO AD-HOC

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 **Josémar Edvaldo da Silva** CPF da Vítima **086.09.181-25** Data do Acidente **01-03-16**

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.

Buite de mangueira de 21 de agosto de 2017

Local e Data

João Edvaldo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

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) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 832644

Atd: Nao Regui

Data: 01/03/2016

Hora: 22:50:09

Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

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:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

Aparentemente Bem [] Grava

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao:

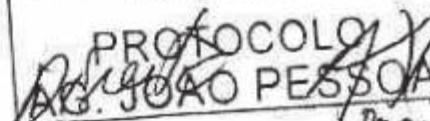
Nao e alergico

Queixa Principal

Trauma com edema no punho direito



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



Diagnostico:

Fractura de punho

Conduta:

Prescricao:

Ida para exame tipo cura

Rômulo Soares de Castro
13.002833/CRM-PB 2833
CPF: 181.533.594-68

fiche

COSMA MARIA CECODATO DA SILVA
NASC. 02/01/1950 - CEP 06300-000
CETEPE ANAIS/CEP 06300-000/42-10
Endereço: Rua 31 de Janeiro, nº 1000, Centro, São Paulo - SP - CEP 06300-000
Fone: 229-3340 - Minhas 222-1722 - Fone: 229-3340 - Minhas 222-1722

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANE
Fev / 2018	15/02/2018	16/03/2018	7331499411

UC (Unidade Consumidora): 5/288471-6

Canal de contacto

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias		
Data	Lerura	Data	Lerura			
7/11/11	512	16/12/11	517			
Demonstrativo						
7- Densidade	Quarteto	10.000000	10.000000	10.000000		
8- CONSUMO DIARIO	22370.000000	746	56.35	126	170	
9- Consumo diário mês	1118500.000000	746	731.75	4.95	734	1.37
10- UNIDADES DIÁRIAS	285.000000	746	385.15	5.00	534	1.00
11- CONSUMO MENSAL	22370.000000	746	159.00	1.00	159	
12- CONSUMO DIÁRIO TRIMESTRAL	13233.333333	746	65.50	1.00	65.50	
13- CONSUMO DIÁRIO ANUAL	52933.333333	746	23.00	1.00	23.00	
14- CONSUMO DIÁRIO SEMANAL	3709.500000	746	1.50	1.00	1.50	
15- DIA	746	1.00	0.00	0.00	0.00	

2. Información de Destinatarios y Cuentas

VENCIMENTO
22/02/2018

Historico de Consumo (kWh)											
SH	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8
Total	1000	950	880	820	760	700	650	600	550	500	450

Indicadores de Qualidade

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSP, 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, Alexandrade Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.751-79 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Joemar Edvaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.019.181-25 do sinistro de DPVAT cobertura unilateral da Vítima Joemar Edvaldo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-71, 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 Lider-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>Av. Maria Rosa</u>	<u>58</u>	<u>-</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Xamaine</u>	<u>RN</u>	<u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>alexandrade.cesar.duarte@hotmail.com</u>	<u>99105 - 5363</u>	<u>98715 - 0366</u>

Joao Pessoa 18 de junho de 2018
Local e Data

Alexandrade Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

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



CERTIDÃO

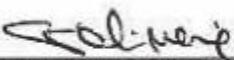
Nº. 1175/2016

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 Burity 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 de 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 à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de Agosto de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA 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 Regulz
Data: 01/03/2016
Hora: 22:50:09
Recepctionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Nº de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.03.000120

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

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:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave

FC: TP:

Politraumatizado Convulsao

Peso: Altura:

Hemorragia Dispneia

Glicemia: IMC:

Diarreia Agitado

Circ. Abd: O2%:

Regular Chocado

Vomito

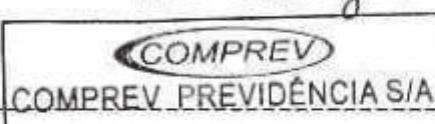
Queixa Principal

Observacao

Trauma com edema no punho direito

Não é alergico

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



PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Diagnostico

Contuso de punho

Prescricao

Ido deixa
fio cura

Dr. Rômulo Soares de Lira
033.002833/CRM-PB 2833
CPF: 181.533.594-08

Rômulo Soares de Gastro
033.002833/CRM-PB 2833
CPF: 181.533.594-08

ficha



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 3.005.963 DATA DE EXPEDIÇÃO 18-04-2002

JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
Edvaldo Máximo da Silva
Joséma Marília Deodato da Silva
Mamanguape PB. 09-04-1986 DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 3724 Fls. 244 Liv. A-4 Carta
Militar de Mamanguape PB.

em M. Deodato

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal
CPF



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

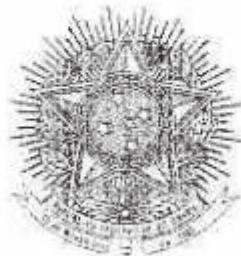


07833220



Assinatura do Titular da Carteira

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ALUMINIO DE ALMEIDA DUARTE & MARCIA CESAR DUARTE

OAB-PB

Número:

Nome:

Endereço:

Cidade:

UF:

Data de Cadastro de OAB:

19/07/2007

Data de Expedição:

12/01/2009


José Mário Porto Júnior
PRESIDENTE

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

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018

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

Valorização 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM".

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Josémar Edvaldo da Silva,
brasileiro, Malteiro, Agricultor, portador do RG de Nº
3005.963 e CPF de Nº 086.019.184-49, vítima de acidente de
transito dia 01/03/16 no veículo moto de placa
OXO 7213, onde eu era Condutor, de propriedade
de Brivam São dos Santos, 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.

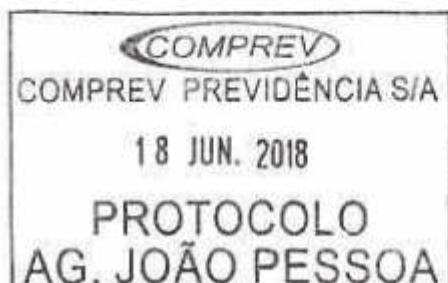
() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

() 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.

Josémar Edvaldo da Silva
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Bonito de Minas Gerais, PB 21 de agosto de 2017.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jozemar 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
Silva Boqueia do Félix,
Cidade de Bentim de Mamanguape, Estado
Paraíba, CEP: 58289-000, telefone
99364-0047, 99165-4900.

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
de 20 17.

Bentim de Mamanguape, 21 de Agosto

Adauto Rodrigues de
Oficial do Regist.
Substituto

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

Recebido, por autenticidade, a(s) firma(s) de
JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
Data: Cuité de Mamanguape-PB - 21/08/2017
Substituto: ADAUTO RODRIGUES DE BULHÕES
Selo Digital: AFU70185-OCZP
Consulte a autenticidade em <https://scodigital.judjus.br>
Emol R\$ 10,50 FARFEN R\$ 0,08 MP R\$ 0,17 FEPJ R\$ 0,20

Sub. Ofício de Notas
Anunciada R. de Bulhões
Notária Pública
Sub. Adauto R. de Bulhões
Cuité de Mamanguape-PB