

---

**Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190432112**

**Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA**

**Data do Acidente: 07/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ERIK HERMINIO DE SOUZA**

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

139.327.184-70

Emick Herminio de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Emick Herminio de Souza

139.327.184-70

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Vendedor

R. Proprieta

1011

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Abel Goncalves

Sopri

PR

58340-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

(83) 99869-2147

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Op: 013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 36090

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou menor(es)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição de valores além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: 16 JUL 2019

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 1024/2019

Aos DOZE (12) dias do mês de JUNHO do ano de dois mil e DEZENOV E, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 16:10 HS; compareceu ERIK HERMÍNIO DE SOUZA, brasileiro, solteiro, com 19 anos de idade, natural de João Pessoa/PB, filho de José Marcos de Souza e Maria José Hermínio de Souza, residente na rua Firmino Vieira da Silva, 30, lot. Abel Cavalcante, nesta. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 07 de abril do corrente ano, o noticiante pilotava uma moto Honda Bros de placa OFZ 8430/PB, em nome de JOSÉ MARCOS DE SOUZA, na rua comend. Renato Ribeiro Coutinho, quando o pneu derrapou e o noticiante veio a cair; QUE o noticiante foi socorrido para o Hospital de Traumas e posteriormente para o Ortotraumas; QUE por conta do acidente, o noticiante machucou o rosto e quebrou um punho . Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

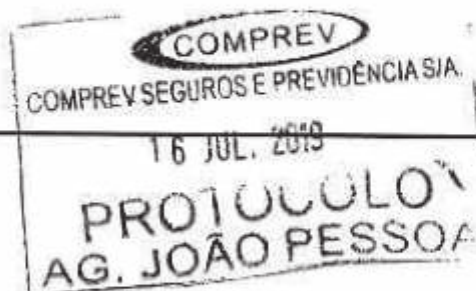
DECLARANTE:

*Erik Hermínio de Souza*

ESCRIVÃ POLÍCIA:

*Cezarina Maria Araujo de Medeiros*

MAT: 135.635-6





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

139.327.184-70

ENICK HERMINIO DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

ENICK HERMINIO DE SOUZA

139.327.184-70

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Vendedor

R. Proprieta

1011

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Abel Goncalves

Sopri

PR

58340-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

(83) 99869-2147

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Op: 013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 36090

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou menor(es)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

16 JUL. 2019

PROTOCOLADO  
Assinatura do Testemunha  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DO RIO GRANDE DO NORTE

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1154597



## Identificação do paciente

ID 1391926	Nome ERIK HERMINIO DE SOUZA	Sexo Masculino
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19 anos 8 meses 18 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA	Pai JOSE MARCOS DE SOUZA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA - MAE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993029190	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4448976	Nº Cns 701307660606530
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

## Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro FIRMINO VIEIRA DA SILVA
Número 30	Complemento	Bairro ABEL CAVALCANTE	

## Admissão

Data e Hora 07/04/2019 22:24:59	Número da pulseira 100007387806	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
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 CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

## Exames complementares

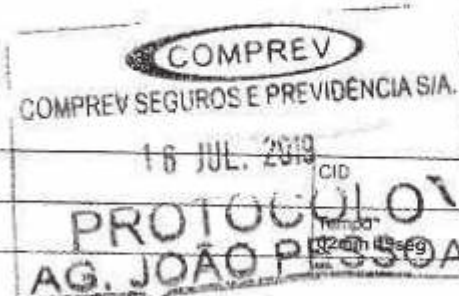
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por:  
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ERIK HERMINIO DE SOUZA</b>		BAE 1154597	Data/Hora Entrada 07/04/2019 22:24:59	Data Baixa
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19a 8m 19d	Sexo Masculino	CNS 701307660606530	Telefone de Contato (83) 993029190
Mãe <b>MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA</b>				Prontuário
Endereço <b>FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30</b>		Bairro <b>ABEL CAVALCANTE</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GILVANDO CARNEIRO LEAL</b>	Nº Cons. Regional 2489/PB	
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:56:01			Data/Hora Prescrição 07/04/2019 23:09:16	

## Anamnese

Refere queda de moto há 3 horas batendo om o rosto no solo, pancaDA E DOR EM PUNHO ESQUERDO. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA. APRESENTA EDEMA EM NARIZ E LÁBIO SUPERIOR, DOR E ABaulAMENTO E PUNHO ESQUERDO. TÓRAX E ABDOME: NDN  
CONDUTA: EXS. COMP. + ALTA DA CIRURGIA + PARECER DA BMF E ORTOPEDIA.

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)


## CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro
S01.8	Ferimento na cabeça, de outras localizações

## Conduta

Em observação

ERIK HERMINIO DE SOUZA

  
 GILVANDO CARNEIRO LEAL  
(: 2489/PB)



JOSE MARCOS DE SOUZA  
RUA PROJETADA S/N, ADEL, CAVALCANTE  
NASC/PT: 11/01/56 (41 51)

Classificação: RESIDENCIAL/BARRIO ALTO MONTEFASICO B-700 Km25, Cuiabá-Rondonópolis-CEP 75071-480  
Roteiro: 17-51-175-8648  
Nº medidor: 00002364881 Emissão: 28/06/2016

ENERGISA PARÁRUA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.055.103/0001-40 INSC. EST. 16.015.820-0  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 01 279.067  
Código para Débito Automático: 00010302004

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1494584-4**

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 10.000 Watts  
nº 13.430, de 28 de abril de 2000

28/06/2016

Data prevista da próxima leitura

28/07/2016

CPF/CNPJ/RANI

2519922419

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
06/04/2016 PAGAS  
OBRIGADO!

Histórico de Consumo  
(kwh)

Mar/16	129
Abr/16	136
Mai/16	134
Jun/16	147
Jul/16	130
Ago/16	182
Set/16	143
Out/16	139
Nov/16	134
Dez/16	130
Jan/17	130
Fev/17	130
Mar/17	130

Média dos últimos 12 meses:  
130 kWh

QUANTIDADE NÃO USADA

f80d.cd3a 84be 5e14.2866 b6b1 aed9 92fb.

Indicadores de Qualidade (2016-2018)

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QIC MENSAL	7,30	0,00
QIC TRIMESTRAL	14,53	0,00
QIC ANUAL	29,06	0,00
QIC MENSAL	2,60	0,00
QIC TRIMESTRAL	7,72	0,00
QIC ANUAL	14,45	0,00
QIC	4,14	0,00
QIC	12,22	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Sistema de Cálculo da Energia PS	8,78	15,47
Custo de Energia	12,30	20,77
Serviço de Transmissão	3,74	6,53
Encargos Sociais	3,97	6,86
Impostos Federais e Estaduais	22,29	39,21
Outros Serviços	2,00	3,51
<b>Total</b>	<b>60,08</b>	<b>100,00</b>

Valor do Custo de Energia PS (R\$) 21,17

ATENÇÃO

- Sua fatura de energia elétrica é emitida em nome do titular da conta de energia.

- O cancelamento da fatura de energia elétrica é realizado a pedido do titular da conta de energia.

- O cancelamento da fatura de energia elétrica é realizado a pedido do titular da conta de energia.

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 JUL. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

Ag. de Cobrança  
0733-1

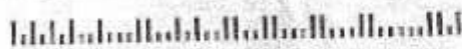
Sit. Especial

N. Contrato  
8444410064743

Data de Vencimento  
17/07/2019

# CAIXA

A vida pede mais que um banco



GTG RDCFE PE PLB

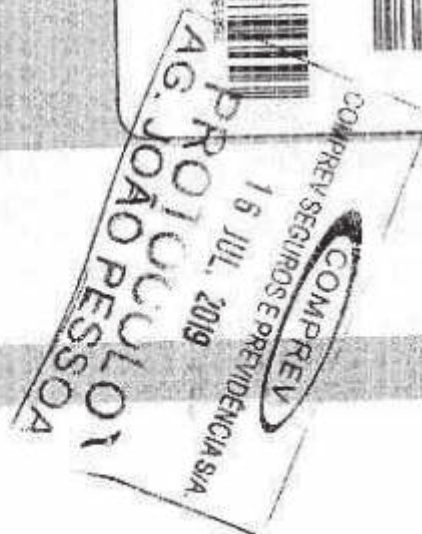
DATA DE POSTAGEM: 26/09/2019



GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA  
R FLAVIO RIBEIRO, 49  
CENTRO  
58356-000 GURINHEM PB



7211307021441632063634847-0200013





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. : N° 028.750.695



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR</b>		
JOSE MARCOS DE SOUZA RUA PROJETADA S/N SAPE		5/1494584-4		
<b>REFERÊNCIA</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
JUL/2019	26/07/2019	97	02/08/2019	R\$ 67,10

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/08/2019				
Pagador: JOSE MARCOS DE SOUZA CNPJ/CPF: 025.199.224-19				
RUA PROJETADA S/N - ABEL CAVALCANTE - SAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004478093	001494584201907	02/08/2019	R\$ 67,10	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
23 AGO. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Gabriella Chous Alms Pinna Navarro  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 090456694, 39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Cluck Hermínio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.327184-70  
do sinistro de DPVAT cobertura Invólidez da Vítima Cluck Hermínio de Souza  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.327.184, 70, 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>R. Flavio Ribeiro</u>	Número: <u>49</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Guimbrém</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58356-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 16/07/19

Gabriella Chous Alms Pinna Navarro  
Assinatura do Declarante





Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 04 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jose Marcos de Souza,

RG nº 2205383, data de expedição    /   /   

Órgão    , portador do CPF nº 025.199.224-19,

com domicílio na cidade de Supé, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Piretada, nº 511

complemento Abel Cardozo, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Enick Herminio de Souza, cujo o condutor era

Enick Herminio de Souza.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda/NXR150BROS <sup>EX</sup> Ano: 2012

Placa: OFZ 8430 Chassi: 9C2KD0550DR108603

Data do Acidente: 07/04/2019

Local e Data: Supé - PB 04/07/2019

x J. Marcos de Souza  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**CF** Feliciano da Silva  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de  
JOSE MARCOS DE SOUZA  
\*\*\*\*\*  
Em test. da verdade. Supé - PB 04/07/2019 09:57:48  
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente  
(2019-004992)EML:R\$ 89,91 FAREN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98  
SELO DIGITAL: A1U68493-11FEN  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tibb.jus>.

**CARTÓRIO UNICO**  
Serenilda Lucia M. Feliciano da Silva  
Tipei n Substituto  
MARCOS DE SOUZA  
Escrevente  
Av. Com Renas - Povoado Caudim, 1746  
Fone: (83) 32.00.2341/9311-3163  
CEP 58348-000 - Supé - PB

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 JUL, 2019  
**PROTOCOLO**  
**493. JOÃO PESSOA**



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

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1154597

PACIENTE: ERIK HERMINIO DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO: 20.07.99

Data e Hora do Atendimento: 07.04.19

Horário: 22:24h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, dor e abaulamento no punho esquerdo, edema no nariz e lábio superior. Atendido pelo Dr. Gilvandro Carneiro Leal CRM 2489, Dra. Marilene Adjunto Meira CRM 1383, Dr. João Paulo Souto Casado CRM 11598.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** TRAUMA DE FACE + FERIMENTO NA CABEÇA + FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO CID 10 S 01 8 e S 52 5

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, Rx dos seios da face FN e MN, Rx do antebraço esquerdo AP e Perfil que evidenciou fratura do radio distal esquerdo com colocação da tala tipo luva e encaminhado para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

**ALTA HOSPITALAR:** Em 08.04.19 às 1:06h com encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pactuação.

Data da Emissão: 29.05.19



Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/CRM- 3920

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



## SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>ERIK HERMINIO DE SOUZA</b>	BAE 1154597	Data/Hora Entrada 07/04/2019 22:24:59	Data Baixa
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19a 8m 19d	Sexo Masculino	CNS 701307660606530
Mãe <b>MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA</b>			Telefone de Contato (83) 993029190
Endereço <b>FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30</b>	Bairro <b>ABEL CAVALCANTE</b>	Município <b>SAPE</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARILENE ADJUTO MEIRA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:56:01		Data/Hora Prescrição 08/04/2019 00:53:45	Nº Cons. Regional 1383/PB

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE, HÁ 6 HORAS. RELATA DORES EM ATM. NEGA SÍNCOPE, VÔMITO, NÁUSEA, EPISTAXE. ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇA DE BASE. NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, AFEBRIL AO TOQUE, EM BEG

AO EXAME FÍSICO, APRESENTA, ESCORIAÇÃO EM REGIÃO NASAL, EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR. INFERIOR, FERIMENTOS ABRASIVOS EM CAVIDADE INTRA ORAL PROVOCADO PELO TRAUMA DO APARELHO ORTODÔNTICO. FRATURA DO BORDO INCISAL DO ELEMENTO DENTÁRIO 11, ACUIDADE VISUAL, MOVIMENTOS OCULARES E MANDIBULARES PRESERVADOS. OCLUSÃO ESTÁVEL. BOA ABERTURA BUCAL.

AO EXAME DE IMAGEM, AUSÊNCIA DE SINAIS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD-

1- AVALIAÇÃO DA BMF


2- PRESCRIÇÃO PARA CASA

3- AGENDAMENTO DE RETORNO AMBULATORIAL PARA DIA 20 ABRIL 2019 AS 14 HORAS- HEETSHL

4- ALTA DA BMF AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

**Conduta**

Em observação

  
Dra. Marlene Adjuto Meira  
Cirurgiã Buco M. Facial  
CRO 1383

ERIK HERMINIO DE SOUZA

MARILENE ADJUTO MEIRA  
(CRO: 1383/PB)

POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSO - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente <b>ERIK HERMINIO DE SOUZA</b>	BAE <b>1154597</b>	Data/Hora Entrada <b>07/04/2019 22:24:59</b>	Data Baixa <b>2019-04-08 01:06:49.0</b>
Data de nascimento <b>20/07/1999</b>	Idade <b>19a 8m 19d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>701307860606530</b>
Mãe <b>MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 993029190</b>
Endereço <b>FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30</b>	Bairro <b>ABEL CAVALCANTE</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOAO PAULO SOUTO CASADO</b>	Nº Cons. Regional <b>11598/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>07/04/2019 22:56:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>08/04/2019 01:06:50</b>	

**Anamnese**

#ORTOPEDIA

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO  
QUEIXA DE DOR EM PUNHO ESQUERDO  
ADM PREJUDICADO PELA DOR  
NEUROVASCULAR PRESERVADO

RX COM EVIDENCIA DE FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

CD:  
TALA LUVA  
ENCAMINHAMENTO CONFORME PACTUAÇÃO

**PROCEDIMENTO**

TALA LUVA, (OBSERVAÇÕES: A ESQUERDA)

**CID10**

Código	Descrição
S52.5	Fratura da extremidade distal do rádio

**Conduta**

Alta com encaminhamento externo

**Alta Hospitalar**

Usuário <b>JOAO PAULO SOUTO CASADO</b>	Data e Hora <b>08/04/2019 01:06:49</b>
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações

ERIK HERMINIO DE SOUZA

JOAO PAULO SOUTO CASADO  
(CRM: 11598/PB)



**Guia de Encaminhamento Externo****Dados do paciente**

Nome ERIK HERMINIO DE SOUZA						CNS 701307660606530		Prontuário	
Data de Nascimento 20/07/1999	Idade 19A 8M 19D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura		
Nome da Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA				Nome da Pai JOSE MARCOS DE SOUZA					
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA				Bairro ABEL CAVALCANTE				Cep 58340000	
Município SAPE - PB				Telefone Residencial			Telefone Celular ( 83 ) 993029190		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262			Telefone ( 83 ) 32165700		

**Dados da unidade de atenção primária**

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR			
Resultado de exames complementares			
CID S52.5	Data de encaminhamento 08/04/2019 01:06:49		

---

Assinatura e carimbo do profissional

Tramite  
Aut Ivonete  
Assessoria



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE

## HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

### Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Erik H. Silva Data: 07/04/19

End.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Sapé

Unidade de origem: \_\_\_\_\_

#### Motivo de Encaminhamento

Doença mob c/ febre de 10 dias  
em ps.  
Sol ao e conduto

#### Medicamento Administrado

Referenciado para: \_\_\_\_\_

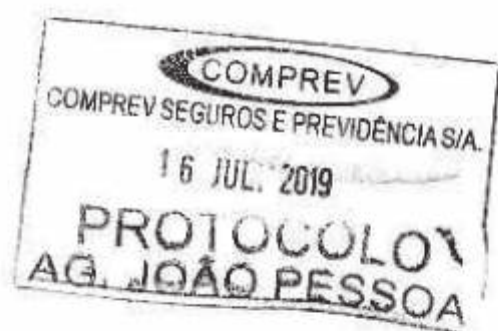
Contra referência

Motivo: \_\_\_\_\_

Contra referência para: \_\_\_\_\_

[Signature]  
Dra. Karolyn S. Bianchini  
Médica  
CRM-PB 11515





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	4.449.976	DATA DE EXPIRAÇÃO 27/09/2016
NOME	ERIK HERMINIO DE SOUZA	
FILIAÇÃO	JOSE MARCOS DE SOUZA MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA	
IDENTIFICAÇÃO	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO 20/07/1999
DOC ORDEM	NASC.W.37647 FLS.217 LIV.A 41 CARTORIO SAPÉ PB	
CPF	139.327.184-70	
O +		



SEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10993128

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 1.350/64)



ALICATADA DO PORTUGAL

*Gabriella Alves Pessoa Navarro*



RESERVAÇÃO

L-004

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL E DEFESA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Gabriella Alves A. Pessoa Navarro*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 JUL 2019  
PROTUCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

BRASIL

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA

FILIAÇÃO  
HELANO ALVES PESSOA FILHO  
ESTELITA NEGROMONTE CHAVES ALVES

NATURALIDADE  
SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO  
27/04/1990

CPF  
3383751 - SSP/PB

DATA DE EMISSÃO E VALIDADE  
01/03/2013

ASSINATURA  
*Gabriella Alves Pessoa Navarro*

DESCRIÇÃO DO DOCUMENTO  
IDENTIDADE

INSCRIÇÃO  
18135

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.383.751 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/11/2015

NOME  
GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

FILIAÇÃO  
HELANO ALVES PESSOA FILHO  
ESTELITA NEGROMONTE CHAVES ALVES PESSOA

NATURALIDADE  
SAPÉ-PB

DATA DE NASCIMENTO  
27/04/1990

DOC ORIGEM  
CERT. CAS. Nº9109 - LIV. B. AUX. 43 - FLS. 09 - CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA-PB

CPF  
090.456.694-39

ASSINATURA  
*Gabriella Alves Pessoa Navarro*

DESCRIÇÃO DO DOCUMENTO  
IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014798996030  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA- 1 RENAVAL 0050243453-8 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME  
JOSE MARCOS DE SOUZA

CPF / CNPJ 02519922419 PLACA OFZ8430/PB

PLACA ANT. / UF. NOVO PB CHASSI 9C2KD0550DR108603

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC. / COTAS

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 09/05/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SAPE-PB

LOCAL

DATA 10/05/2019

42641



20303

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798996030 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 2018 DATA EMISSÃO 05/05/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 02519922419 PLACA OFZ8430/PB

RENAVAL 0502434588 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2012 CAT. 9 Nº CHASSI 9C2KD0550DR108603

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) \*\*\*\*\* 10% APOSENTO PESSOAL (R\$) \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 09/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

20303-1509128-20190510

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
16 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
PARTIDA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: JOSE MARCOS DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSAO: 2205393 889 PE

CPF: 025.199.224-19 DATA NASCIMENTO: 26/04/1976

NACAO: ORLANDO FRANCISCO DE SOUZA  
MARIA DO CARMO LOURENCO DE SOUZA

SEXO: M ACC: C CATEGORIA: 102

Nº RENOVACAO: 01774501106 VALIDADE: 10/04/2020 DATA EXAMENHO: 03/05/2001

VALIDADE EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS: 1083224240

PROBIO PLASTIFICAR: 1083224240

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EXAMENHO: 14/04/2015

97168972084  
78030501695

01844 PB (PARAIBA)

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
16 JUL. 2019  
PROTUCULO  
AG. JOAO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190432112 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIK HERMINIO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 03/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190432112 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIK HERMINIO DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 02/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Levík Hermínio de Souza  
NACIONALIDADE: brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: vereador Nº DO RG: 4.448.976  
ÓRGÃO EMISSOR: SSP-PB DATA DE EMISSÃO: 27/09/2016  
Nº CPF: 139.327.184-70 ENDEREÇO: R. Princesa, 11m, M. L.  
Caracolante, Gapi - PB, cep m: 58340-000.

**OUTORGADO:** Apbriella Charus Alves Pinosa Nogueira  
**NACIONALIDADE:** brasileira **ESTADO CIVIL:** casada  
**PROFISSAO:** Advogada **Nº DO RG:** 3363751  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP - PB **DATA DE EMISSÃO:** 09/11/2015  
**Nº CPF:** 090.456.694-39 **ENDEREÇO:** R. Florio Ribeiro  
nº 49. Contão, Guarinhém - PB, cep nº 58356-000.

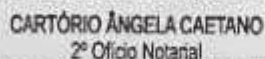
**PODERES:**

**PODERES:**  
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Enik Hermínio de  
Souza, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora  
que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de  
acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo,  
em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos,  
municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar,  
solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de  
pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Bayeux - PB, 02 de julho

*\* Erik Hammann de Souza*  
Assinatura

**OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.**



Angela Molinas C. Cantino  
TITULAR  
Rosângela C. Cantino Molinas  
SECRETARIA

AV. LINCOLN, 810 BAYLUX RD, CHATHAM / CIP: SB 006-001 - Tel: (03) 3232 2200

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....  
 EM JOSÉ HUMILDO DE SOUZA.....  
 Em test. da verdade, Dava: PB 02/07/2019 14:23:18  
 Josémar Gonçalves da Costa Santos - Escrivão  
 2019-05274-JOS-RI R\$ 99,91 PARECER 02/07 FEVER 1.98 ISSUES 0.  
 Selo Digital - 6106297-020



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241284/19

Número do Sinistro: 3190432112

Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA

CPF: 139.327.184-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 07/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIK HERMINIO DE SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ERIK HERMINIO DE SOUZA : 139.327.184-70**

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](http://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: 23/08/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

CPF: 090.456.694-39

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA