

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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190049742

Vítima: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Data do Acidente: 20/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190049742

Vítima: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Data do Acidente: 20/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

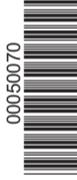
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190049742**

Vítima: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Data do Acidente: 20/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001104-5

Conta: 000001898-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	011.920.914-42	Ernâne Quaresma Alves Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF:	011.920.914-42
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Aente : Bairro: E-mail:	Rua Emmanuel Lisboa de Góes Mangabeira	676 -
Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58000-000
		Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1109 CONTA: 1898

(Informar o dígito se existir)

8

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 (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 atende 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 27/12/2018
 Nome: Ernâne Quaresma Alves Filho
 CPF: 011.920.914-42

(*) Assinatura de quem assina à RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	011.920.914-42	Ernâne Quaresma Alves Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF:	011.920.914-42
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Aente : Bairro: E-mail:	Rua Emmanuel Lisboa de Góes Mangabeira	676 -
Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58000-000
		Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5 CONTA: 1898 8
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 de 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 atende 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 27/12/2018
 Nome: Ernâne Quaresma Alves Filho
 CPF: 011.920.914-42

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09752.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 09752.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:00 horas do dia 13 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigacao, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ernane Quaresma Alves Filho**, CPF nº 011.920.914-42, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Gerente, filho(a) de Maria do Carmo dos Santos Quaresma e Ernane Quaresma Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/11/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Joana de Barros Moreira Machado, Nº 223, complemento BL R2 AP 102, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Proximo Ao Corpo de Bombeiros, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98824-9889.

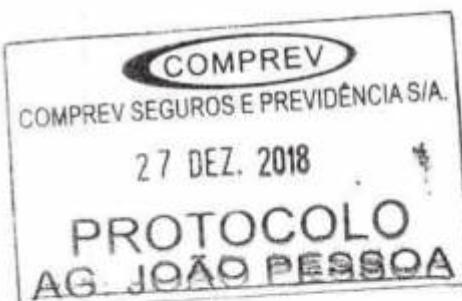
Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Bento da Gama, Torre, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/10/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/10/2018, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA YAMAHA XTZ CROSSER DE COR BRANCA, ANO 2014/15, PLACA QFC-3868/PB, CHASSI 9C6DG2510F0001109 PERTENCENTE AO SENHOR WESLEY LUIS R. DE FIGUEIREDO, NA AVENIDA BENTO DA GAMA, TORRE, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEÍCULO FORD FIESTA DE COR VERMELHO QUE VINHA EM UMA RUA SECUNDÁRIA NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE O PROPRIETÁRIO DO VEICULO FICOU NO LOCAL E AJUDOU NO SOCORRO A ESTE NOTIFICANTE; QUE O SAMU FOI CHAMADO AO LOCAL E CONDUZIU ESTE NOTIFICANTE ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO, SENDO REALIZADO UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA 04/11/2017 COM ALTA MÉDICA EM 04/11/2018, CONFORME CERTIDÃO 0965/2018 ASSINADO PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM 3883/PB; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09752.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09752.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:00 horas do dia 13 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigacao, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ernane Quaresma Alves Filho**, CPF nº 011.920.914-42, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Gerente, filho(a) de Maria do Carmo dos Santos Quaresma e Ernane Quaresma Alves, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/11/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Joana de Barros Moreira Machado, Nº 223, complemento BL R2 AP 102, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Proximo Ao Corpo de Bombeiros, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98824-9889.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Bento da Gama, Torre, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/10/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/10/2018, POR VOLTA DAS 12:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA YAMAHA XTZ CROSSER DE COR BRANCA, ANO 2014/15, PLACA QFC-3868/PB, CHASSI 9C6DG2510F0001109 PERTENCENTE AO SENHOR WESLEY LUIS R. DE FIGUEIREDO, NA AVENIDA BENTO DA GAMA, TORRE, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEÍCULO FORD FIESTA DE COR VERMELHO QUE VINHA EM UMA RUA SECUNDÁRIA NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE O PROPRIETÁRIO DO VEICULO FICOU NO LOCAL E AJUDOU NO SOCORRO A ESTE NOTIFICANTE; QUE O SAMU FOI CHAMADO AO LOCAL E CONDUZIU ESTE NOTIFICANTE ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO, SENDO REALIZADO UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA 04/11/2017 COM ALTA MÉDICA EM 04/11/2018, CONFORME CERTIDÃO 0965/2018 ASSINADO PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM 3883/PB; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	011.920.914-42	Ernâne Quaresma Alves Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF:	011.920.914-42
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Aente : Bairro: E-mail:	Rua Emmanuel Lisboa de Góes Mangabeira	676 -
Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58000-000
		Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5 CONTA: 1898
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 de 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 atende 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 27/12/2018
Nome: Ernâne Quaresma Alves Filho
CPF: 011.920.914-42

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	011.920.914-42	Ernâne Quaresma Alves Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF:	011.920.914-42
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Aente : Bairro: E-mail:	Rua Emmanuel Lisboa de Góes Mangabeira	676 -
Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58000-000
		Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5 CONTA: 1898
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 de 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 atende 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 27/12/2018
Nome: Ernâne Quaresma Alves Filho
CPF: 011.920.914-42

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SEDE: UR

COMPLEXO I

RUA: AGENT

58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

OAO PESSOA

BEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AETA DUARTE S/N

Ficha Nr: 70930 Attd: Nao Regulad

Data: 20/10/2017

Hora: 13:18:30

Repcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Num. de vezes atendido: 2

CNS: 706206027015669 Sexo: M IDENTIDADE: 2696664 Fone: 988249889

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/11/1981 Id: 35 ano(s)

End.: RUA JOAQUIM ELIAS DE FIGUEIREDO,110

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DO CARMO DOS SANTOS QUARESMA Pai: ERNANE QUARESMA ALVES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: GERENTE COMERCIAL

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Tel/Doc. Responsavel: 988249889 / IDENTIDADE: 2696664

Frudencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vuma de acidente por: COL.MOTOXCARRO NA TORRE AS 12:20

Vuma de violência por: PROX POSTO AFRANIO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Aitura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Qu <u>u</u> a Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

foi este utime de acidente de moto há ± 1 hora
trazido pelo SAMU. Nege perde de consciênci
ou convuls. Abd VDN. Tinha se enturado no
asfalto. El G 15

Diagnostico

| Conduta

Rx / ORTO
alte de genel

Prescricao

| Horario da medicina

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medic. Cirurg. Dent.
SUS-SEGURO
988-198-0227

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01104-5

CONTA: 00000001898-8

Nr. Autenticação

BRADESCO25022019050000000002370110400000001898236250 PAGO

MARIA JOSE DE AGUIAR SILVA
RUA EMMANUEL LISBOA DE LUCENA, 678 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA/PB CEP 58000000 (AG. 1)

Emissor: 23/11/2018 Referencial: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIA , MONOFÁSICO Br/200, Km/25 - Crato Redentor - João Pessoa PB - CEP 58071-690
Ruteiro: 14 - 5 - 368 - 7200 NP medidor: 00000098943

 energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 00.096.112/0001-44 - Ins Est. 16.015.820-0
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 016.015.820-0
Cód. para DBt. Automático: 00004119343

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	23/11/2018	21/12/2018	713.669.624-00
			Insc Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/411934-3

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservada, apresente-se na sua Organização de Mídia

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
				Data	Lectura				
24/10/18	33613	23/11/18	33631						
Demonstrativo									
CCI Descrição	Quantidade	Tarifado:	Valor Base Gelo	Alic. Icms(R\$)	Imsc Cale. Pto(R\$)	Cofins(R\$)			
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pto/Cofins(R\$) (0,9487%)(4,3425%)			
0801 Consumo em kWh	210,300	0,044460	164,09	164,09	27	49,70	164,09	1,74	8,00
0801 Adic. B Vermelha			3,69	3,69	27	1,00	3,69	0,02	0,18
0801 Adic. B Amarela			2,48	2,48	27	0,67	2,48	0,02	0,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:									
0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			0,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE NORA 10/2018			0,27	0,30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 VULTA 10/2018			3,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	202,61	180,26	51,37	190,16	1,79	8,27
Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
170	30/11/2018	R\$ 202,61					
Histórico de Consumo (kWh)							

187 172 163 170 152 178 183 173 155 159 171 154
Nov/18 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

6b60.ed26.92bc.8e4b.475d.10f0.9ab9.7d3f.

Composição do Consumo

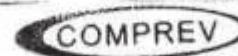
Indicadores de Qualidade			5/2018 Março/18		Discriminação		Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	HOM/NSL	220	231	Total	202,61	100,00
DIG MENSAL	± 19	0,92				Serviços de Dut. da Energisa PB	44,92	22,17
DIG TRIMESTRAL	-0,38		HOM/NSL	220		Companhia de Energia	86,30	32,72
DIG ANUAL	± 77					Serviços de Transmissão	8,98	3,45
FIC MENSAL	± 23	1,00	CONTRATADA			Encargos Sociais	10,63	5,26
FIC TRIMESTRAL	± 47		LÍMITE INFERIOR	220		Impostos Diretos e Encargos	73,78	36,41
FIC ANUAL	± 95		LÍMITE SUPERIOR	231		Outros Serviços	0,00	0,00
DNC	± 2,94	0,92				Total	202,61	100,00
DIGR	± 77							

Valor do B/SO (Ref. 9/2018) R\$151,08

Faturas em atraso

ATENÇÃO

Lectura confirmada


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.
27 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

JJA 26.315,11
Bairro Manaira
Maria Rosa, 82 - Bairro Manaira
monstrativo de Pagamento

Periodo: 09/2018
0014629 / 00034
CTPS: 701 537 384.05

NET
DOS NETS

JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA, 00082
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

Valor
199,99

Vencimento
10/10/2018

Código NET
907/014527082

CPF/CNPJ
455.536.024-91

PROTÓCOLO AG. JOAO PESSOA

27 DEZ. 2018
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

NET

Ortante:
email e telefone sempre atualizados.
Av. episódios Minha NET > Minha Assinatura.

Plano de todos serviços NET, durante e
anteriormente ao mesmo, estará sujeito à cobrança
de

descrição
total

NET VIRTUA +



NET VIRTUA

NET Fone



NET Fone

TOTAL 1L

Valor total
199,99

A+

MARIA JOSE DE AGUIAR SILVA
RUA EMMANUEL LISBOA DE LUCENA, 678 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA/PB CEP 58000000 (AG. 1)

Emissor: 23/11/2018 Referencial: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIA , MONOFÁSICO Br/200, Km/25 - Crato Redentor - João Pessoa PB - CEP 58071-690
Ruteiro: 14 - 5 - 368 - 7200 NP medidor: 00000098943

 energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 00.096.112/0001-44 - Ins Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 016.015.823-0
Cód. para DBt. Automático: 00004119343

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	23/11/2018	21/12/2018	713.669.624-00
			Insc Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/411934-3

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservada, apresente-se na sua Organização de Mídia

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
				Data	Lectura				
24/10/18	33613	23/11/18	33631						
Demonstrativo									
CCI Descrição	Quantidade	Tarifado:	Valor Base Gelo	Alic. Icms(R\$)	Imsc Cale. Pro(R\$)	Cofins(R\$)			
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	PIS/Cofins(S) (0,948%) (4,342%)			
0801 Consumo em kWh	210,300	0,044460	164,09	164,09	27	49,70	164,09	1,74	8,00
0801 Adic. B Vermelha			3,69	3,69	27	1,00	3,69	0,02	0,18
0801 Adic. B Amarela			2,48	2,48	27	0,67	2,48	0,02	0,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:									
0807 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			0,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE NORA 10/2018			0,27	0,30	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 VULTA 10/2018			3,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018			0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	202,61	180,26	51,37	190,16	1,79	8,27
Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
170	30/11/2018	R\$ 202,61					
Histórico de Consumo (kWh)							

187 172 163 170 152 178 183 173 155 159 171 154
Nov/18 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

6b60.ed26.92bc.8e4b.475d.10f0.9ab9.7d3f.

Composição do Consumo

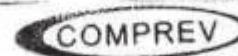
Indicadores de Qualidade			5/2018 Março/18		Discriminação		Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	HOM/SL	220	231	Total	202,61	100,00
DIG MENSAL	± 19	0,92				Serviços de Dut. da Energisa PB	44,92	22,17
DIG TRIMESTRAL	-0,98		HOM/SL	220		Campanha de Energia	86,30	32,72
DIG ANUAL	± 77					Serviços de Transmissão	8,98	3,45
FIC MENSAL	± 23	1,00	CONTRATADA			Encargos Sociais	10,63	5,26
FIC TRIMESTRAL	± 47		LÍMITE INFERIOR	220		Impostos Diretos e Encargos	73,78	36,41
FIC ANUAL	± 95		LÍMITE SUPERIOR	231		Outros Serviços	0,00	0,00
DNC	± 94	0,92				Total	202,61	100,00
DIGR	± 72							

Valor do B/S0 (Ref. 3/2018) R\$151,08

Faturas em atraso

ATENÇÃO

Lectura confirmada


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.
27 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

JJA 26.315,11
Bairro Manaira
Maria Rosa, 82 - Bairro Manaira
monstrativo de Pagamento

Periodo: 09/2018
0014629 / 00034
CTPS: 701 537 384.05

NET
DOS NETS

JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA, 00082
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

Valor
199,99

Vencimento
10/10/2018

Código NET
907/014527082

CPF/CNPJ
455.536.024-91

PROTÓCOLO AG. JOAO PESSOA

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

Data: 27/02/2018

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE:

Ortante:

email e telefone sempre atualizados.
Av. episódios Minha NET > Minha Assinatura.
Plano de todos serviços NET, durante e
anteriormente à sua assinatura, estará sujeito à cobrança
de

descrição
total

145,00

54,99

NET VIRTUA +



NET Fone



TOTAL 1L

Valor total
199,99

Valor total
199,99

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 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na 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 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, juntamente com respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização pelo 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 e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 355.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emanoel Quacavuma Alves Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.920.914-42, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, Emanoel Quacavuma Alves Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.920.919-42, determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprovatórios:

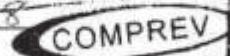
Recuso informar

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.

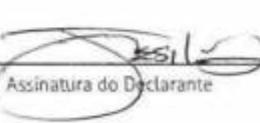
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Maria Rosa</u>	Número	<u>58</u>	Complemento			
Bairro	<u>Mariaúna</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>580460</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			

João Pessoa, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

27 DEZ. 2018


Assinatura do Declarante

PRU 1 ULYSSES G. JOSÉ DE SOUZA
G. JOSÉ DE SOUZA

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 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na 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 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, juntamente com respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização pelo 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 e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 355.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emanoel Quacavuma Alves Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.920.914-42, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, Emanoel Quacavuma Alves Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.920.919-42, determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprovatórios:

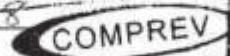
Recuso informar

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>Rua Maria Rosa</u>	Número	<u>58</u>	Complemento			
Bairro	<u>Manávia</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>580460</u>
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			

João Pessoa, 27 de Dezembro de 2018
Local e Data


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

27 DEZ. 2018


Assinatura do Declarante

PRU 1 ULYSSES G. JOSÉ DE SOUZA
G. JOSÉ DE SOUZA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Weslley Luiz Rodrigues de Figueiredo,
RG nº 385.2875, data de expedição 05/07/16,
Órgão SS DS - PA portador do CPF nº 137.830.594-51 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av Juarez Tonon, 316 B Encruzilhada,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Emane Quarim Alves Silva, cujo o condutor era
Emane Quarim, Alves filho.

Veículo: Moto
Modelo: YAMAHA XTZ
Ano: 2014/2015
Placa: GFC-3868 / PB
Chassi: 9C6DG2510F0001109
Data do Acidente: 20-10-17
Local e Data: João Pessoa, 13 de dezembro de 2018



Weslley Luiz Rodrigues de Figueiredo
Assinatura do Declarante

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

SO0070
SISTEMA INFORMATICO E AUTENTICO
Emissor: Minha Autentica - Sistema
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) WESLLEY LUIZ RODRIGUES DE FIGUEIREDO
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 13/12/2018 14:40:27
José Francisco da Silva - Escrivão
(2018-030060)ENOL:CR: 19.48 FARPEM/ 0.23 PESQUISA/ 1,70 ISS/ 0.47
SELO DIGITAL: AHV90776-DXEE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.ppbj.mg.gov.br>

Joe Francisco da Silva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
27 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Weslley Luiz Rodrigues de Figueiredo,
RG nº 385.2875, data de expedição 05/07/16,
Órgão SS DS - PA portador do CPF nº 137.830.594-51 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av Juarez Tonon, 316 B Encruzilhada,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Emane Quarim Alves Silva, cujo o condutor era
Emane Quarim, Alves filho.

Veículo: Moto
Modelo: YAMAHA XTZ
Ano: 2014/2015
Placa: GFC-3868 / PB
Chassi: 9C6DG2510F0001109
Data do Acidente: 20-10-17
Local e Data: João Pessoa, 13 de dezembro de 2018



Weslley Luiz Rodrigues de Figueiredo
Assinatura do Declarante

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

SO0070
SISTEMA INFORMATICO E AUTENTICO
Emissor: Minha Autentica - Sistema
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) WESLLEY LUIZ RODRIGUES DE FIGUEIREDO
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 13/12/2018 14:40:27
José Francisco da Silva - Escrivão
(2018-030060)ENOL:CR: 19.48 FARPEM/ 0.23 PESQUISA/ 1,70 ISS/ 0.47
SELO DIGITAL: AHV90776-DXEE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.ppbj.mg.gov.br>

Joe Francisco da Silva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
27 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



19

CERTIDÃO

Nº. 0965/2018

Atendendo solicitação de ERNANE QUARESMA ALVES FILHO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº70930 e Prontuário de Nº 2017.07.1264, pertencentes ao mesmo que foi atendido dia 20/10/2017 as 13H18min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/11/2017 com alta médica dia 04/11/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de Julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



SEDE: UR

COMPLEXO I

RUA: AGENT

58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

OAO PESSOA

BEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AETA DUARTE S/N

Ficha Nr: 70930 Attd: Nao Regulad

Data: 20/10/2017

Hora: 13:18:30

Repcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Num. de vezes atendido: 2

CNS: 706206027015669 Sexo: M IDENTIDADE: 2696664 Fone: 988249889

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/11/1981 Id: 35 ano(s)

End.: RUA JOAQUIM ELIAS DE FIGUEIREDO,110

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DO CARMO DOS SANTOS QUARESMA Pai: ERNANE QUARESMA ALVES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: GERENTE COMERCIAL

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Tel/Doc. Responsavel: 988249889 / IDENTIDADE: 2696664

Frudencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vuma de acidente por: COL.MOTOXCARRO NA TORRE AS 12:20

Vuma de violência por: PROX POSTO AFRANIO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Aitura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Qu <u>u</u> a Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

foi este utime de acidente de moto há ± 1 hora
trazido pelo SAMU. Nege perde de consciênci
ou convuls. Abd VDN. Tinha se enturado no
asfalto. El G 15

Diagnostico

| Conduta

Rx / ORTO
alte de genel

Prescricao

| Horario da medicina

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medic. Cirurg. Dent.
SUS-SEGURO
988-198227

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



- 27 DEZ. 2018

DESTINO DO PACIENTE

Residencial Transferido
 Alta especialista Intermedia

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

[] Resistencia [] UTI

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Emane Quarisma A. Filho Data da Admissão: 20/10/17
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/11

QPD: Amo no futebol

HDA: Ocorre fadiga desproporcionalmente
de forma constante

Medicações em uso: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso []Sudorese
 []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
 []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
 []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
 []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
 []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
 []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
 []Amnésia []Libido []Humor _____

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Decúbito Dorsal; ouvidos; abertos +
antebraços; exposição de campo éstevez;

Incisão:

Pomeroliana retilínea antebraço;

Achados:

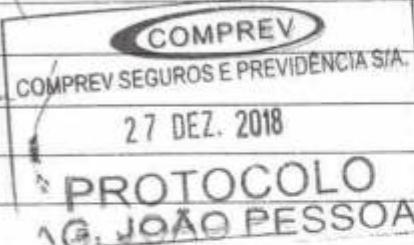
Fistula de unha digital - Boconha Válvula;

Conduta:

- (A) Exposição paracostal com extensão;
- (B) Dissecção da pele superficial (extensão e profundidade);
- (C) Verificação e limpeza da face da fratura;
- (D) Sutura da ferida de suture (plast. 3x3);
- (E) Sutura parcial;

Fechamento:

Sutura cutânea



OBS:

Data: 01/11/11


MÉDICO/CRM



19

CERTIDÃO

Nº. 0965/2018

Atendendo solicitação de ERNANE QUARESMA ALVES FILHO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº70930 e Prontuário de Nº 2017.07.1264, pertencentes ao mesmo que foi atendido dia 20/10/2017 as 13H18min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 04/11/2017 com alta médica dia 04/11/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de Julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



SEDE: UR

COMPLEXO I

RUA: AGENT

58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

OAO PESSOA

BEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AETA DUARTE S/N

Ficha Nr: 70930 Attd: Nao Regulad

Data: 20/10/2017

Hora: 13:18:30

Repcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Num. de vezes atendido: 2

CNS: 706206027015669 Sexo: M IDENTIDADE: 2696664 Fone: 988249889

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 13/11/1981 Id: 35 ano(s)

End.: RUA JOAQUIM ELIAS DE FIGUEIREDO,110

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DO CARMO DOS SANTOS QUARESMA Pai: ERNANE QUARESMA ALVES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: GERENTE COMERCIAL

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Tel/Doc. Responsavel: 988249889 / IDENTIDADE: 2696664

Frudencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vuma de acidente por: COL.MOTOXCARRO NA TORRE AS 12:20

Vuma de violência por: PROX POSTO AFRANIO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Aitura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Qu <u>u</u> a Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

foi este utime de acidente de moto há ± 1 hora
trazido pelo SAMU. Nege perde de consciênci
ou convuls. Abd VDN. Tinha se enturado no
asfalto. El G 15

Rx / OTO
alte de orel

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicina

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medic. Cirurg. Dent.
SUS-SEGURO
988-198227

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



- 27 DEZ. 2018

DESTINO DO PACIENTE

PROTÓCOLO AGRAÇÃO PESSOA

[] Desistencia [] UTI
Obito: [] Atestado [] SVO [] IM

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Emane Quarisma A. Filho Data da Admissão: 20/10/17
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/11

QPD: Amo no futebol

HDA: Ocorre fadiga desproporcionalmente
de forma constante

Medicações em uso: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso []Sudorese
 []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
 []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
 []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
 []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
 []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
 []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
 []Amnésia []Libido []Humor _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Decúbito Dorsal; curvex; abdômen +
anotropia; exposição de campo quirúrgico

Incisão:

Parâmetro reto em anel

Achados:

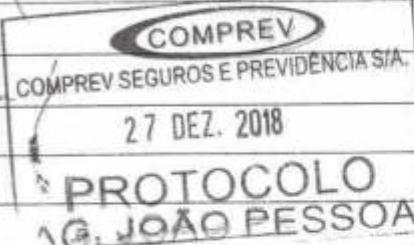
Fistula de micta digital - Bordo Vaginal

Conduta:

- (A) Exposição paracervical vaginal em anel;
- (B) Dissecção da placa superficial (interior e profundo);
- (C) Verificação e limpeza da face de fratura;
- (D) Sutura parcial;

Fechamento:

Sutura cirúrgica



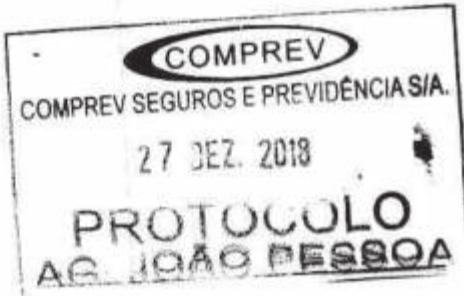
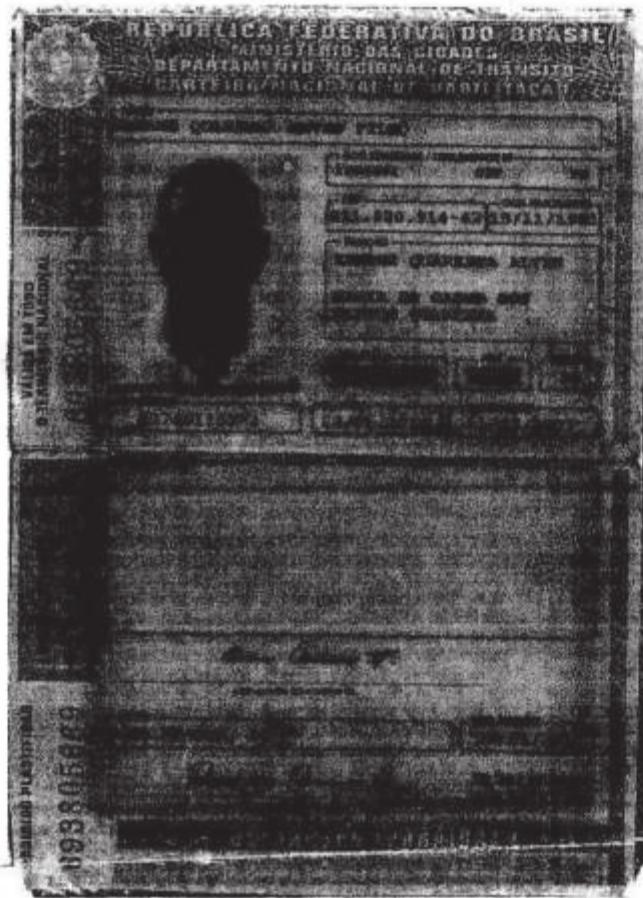
OBS:

Data: 01/11/11

MÉDICO/CRM

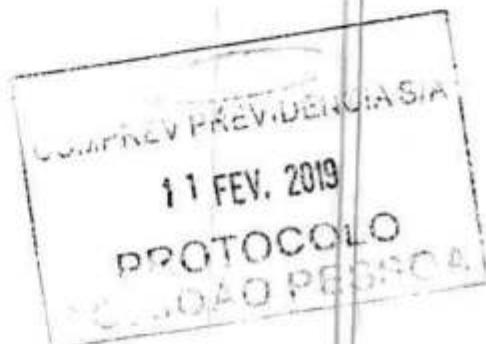
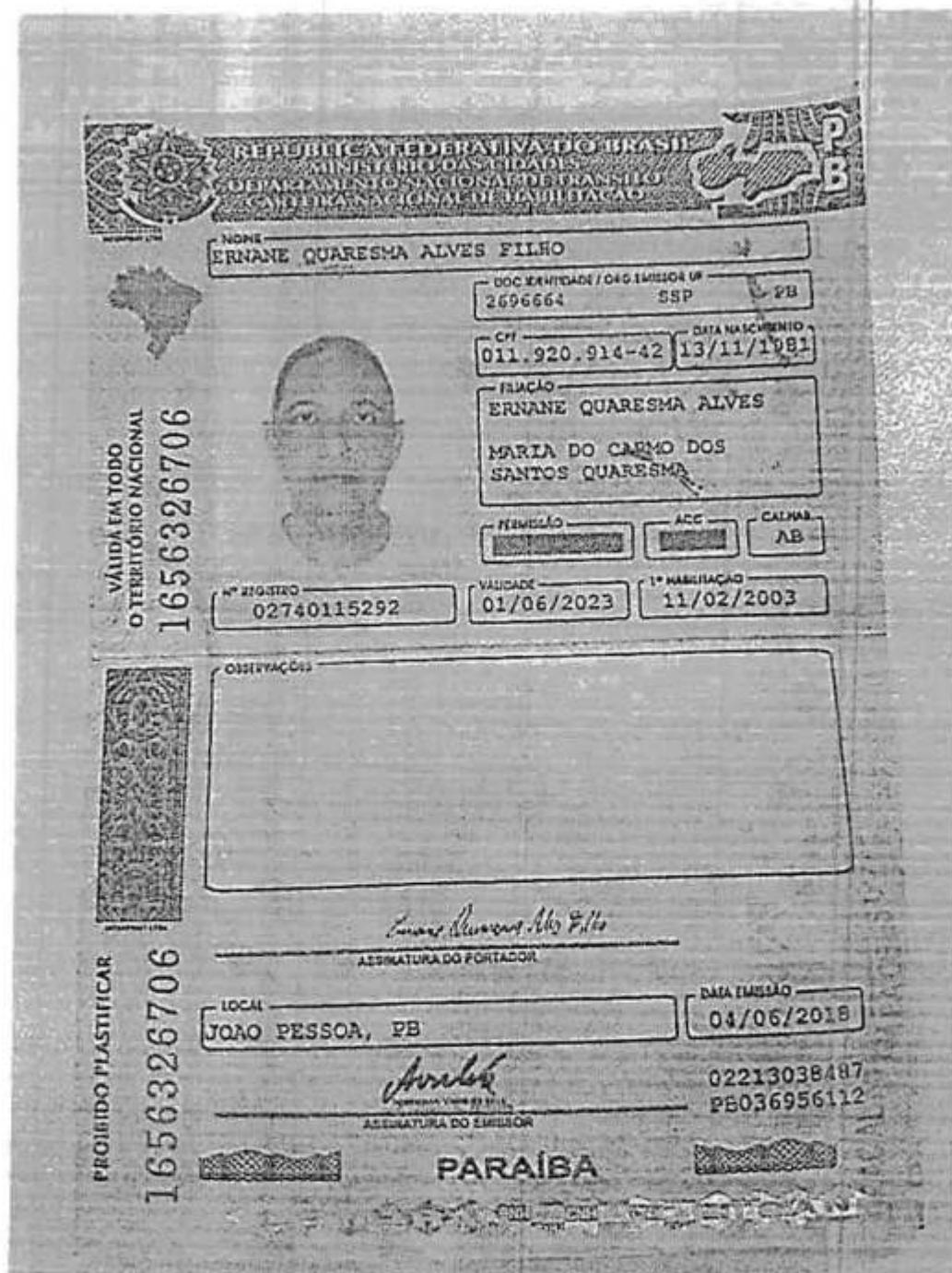


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190049742 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO **Data do acidente:** 20/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

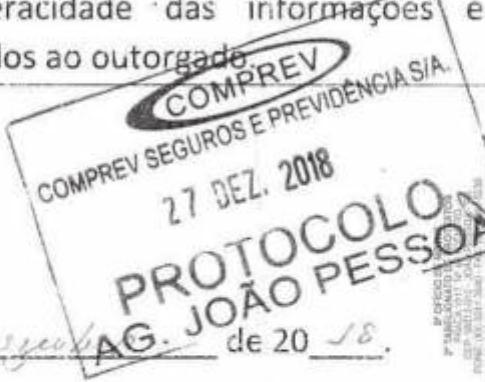
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Endereço Quaruzma Alves Filho,
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
Vendedor, CI RG nº 2696664,
CPF/MF nº 011.920.911-42, residente e domiciliado(a) à Rua
Emmanuel Loubaa de Freitas, 676 - Mang.
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, 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.



~~James Munro May 7th~~

OUTORGANTE

501170
SOCIETY FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE
London

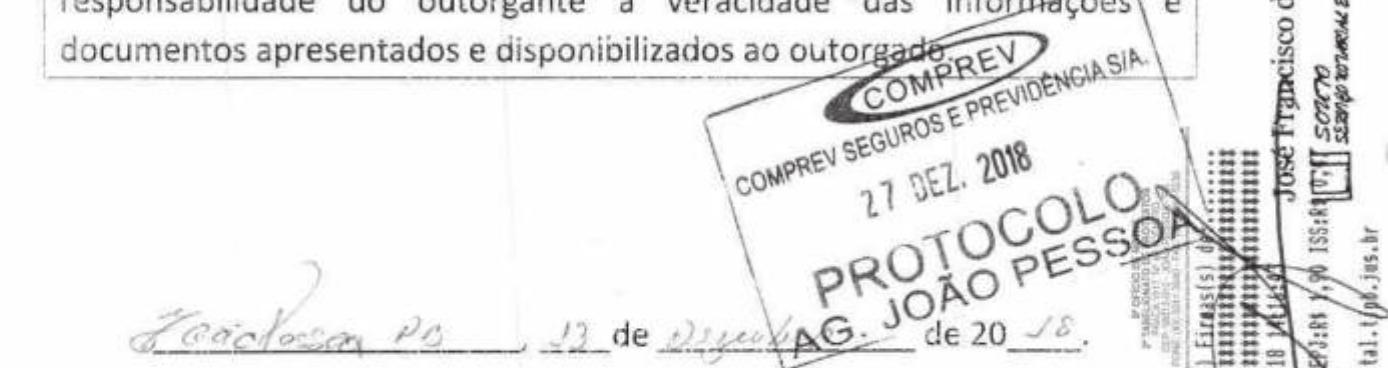
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Enname Quaresma Alves Filho,
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
Vendedora, CI RG nº 2696664,
CPF/MF nº 011.920.911-42, residente e domiciliado(a) à Rua
Emmanuel Lusboa de Freitas, 676 - Mang.
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG
sob o n.º 1054562, 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.



Enname Quaresma Alves Filho

OUTORGANTE



Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



RECONHEÇO, COZO AUTENTICA E VERDADEIRAMENTE, A (s) Firma(s) de
ENNAME QUARESMA ALVES FILHO
Em testada verdade, João Pessoa-PB 13/12/2018
José Francisco da Silva - Executante
2018-00061670181948 FEEF:RS 0,28 FEEF:RS 1,9 ISS:R
SEL0 DIGITAL: AHV074-S0NN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023473/19

Número do Sinistro: 3190049742

Vítima: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

CPF: 011.920.914-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2017

Titular do CPF: ERNANE QUARESMA
ALVES FILHO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/02/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464919/18

Vítima: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

CPF: 011.920.914-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2017

Titular do CPF: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ERNANE QUARESMA ALVES FILHO : 011.920.914-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/12/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023473/19

Vítima: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

CPF: 011.920.914-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/10/2017

Titular do CPF: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ERNANE QUARESMA ALVES FILHO : 011.920.914-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSE EDUARDO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS