
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



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



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, retorne 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	Emmanuel Quaresma Alves Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Emmanuel Quaresma Alves Filho	011.920.914-42	
Profissão:	Endereço:	Número:
Gerente	Rua Emmanuel Leisboa de Bucena	676
Bairro:	Cidade:	Estado:
Mangabeira	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58000-000	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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: 1104 5 CONTA: 1898 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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.

MORTE

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: Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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: <u>João Pessoa, 27/12/2018</u>	TESTEMUNHAS
Nome: <u>Emmanuel Quaresma Alves Filho</u>	1ª Nome: _____
CPF: <u>011.920.914-42</u>	CPF: _____
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
<u>Emmanuel Quaresma Alves Filho</u>	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 DEZ. 2018
PROTOCOLADO
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 ROGO, 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	Emmanuel Quaresma Alves Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Emmanuel Quaresma Alves Filho	011.920.914-42	
Profissão:	Endereço:	Número:
Gerente	Rua Emmanuel Laisboa de Bucena	676
Bairro:	Cidade:	Estado:
Mangabeira	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58000-000	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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: 1104 5 CONTA: 1898 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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.

MORTE

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: Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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: <u>João Pessoa, 27/12/2018</u>	TESTEMUNHAS
Nome: <u>Emmanuel Quaresma Alves Filho</u>	1ª Nome: _____
CPF: <u>011.920.914-42</u>	CPF: _____
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
<u>Emmanuel Quaresma Alves Filho</u>	CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 DEZ. 2018
PROTOCOLADO
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 ROGO, 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 Nº 09752.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, 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.

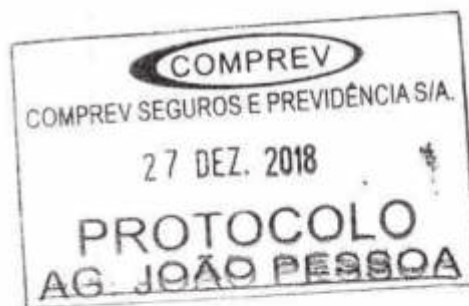
Dados do(s) Fatos:

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 DESTA NOTIFICANTE; QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO 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 fê.





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: A(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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, 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.

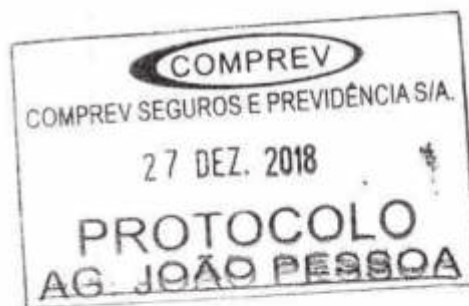
Dados do(s) Fatos:

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 VEÍCULO 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 fê.



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	Emmanuel Quaresma Alves Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Emmanuel Quaresma Alves Filho	011.920.914-42	
Profissão:	Endereço:	Número:
Gerente	Rua Emmanuel Leisboa de Bucena	676
Bairro:	Cidade:	Estado:
Mangabeira	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58000-000	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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: 1104 5 CONTA: 1898 8
(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.

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 (assinale 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

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: Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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: Emmanuel Quaresma Alves Filho
 CPF: 011.920.914-42

(*) Assinatura de quem assina À ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

PROTOCOLADO
 AG. JOÃO PESSOA

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	Emmanuel Quaresma Alves Filho
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Emmanuel Quaresma Alves Filho	011.920.914-42	
Profissão:	Endereço:	Número:
Gerente	Rua Emmanuel Leisboa de Bucena	676
Bairro:	Cidade:	Estado:
Mangabeira	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58000-000	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO 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: 1104 5 CONTA: 1898 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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.

MORTE

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: Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Faletos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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: <u>João Pessoa, 27/12/2018</u>	TESTEMUNHAS
Nome: <u>Emmanuel Quaresma Alves Filho</u>	1ª Nome: _____
CPF: <u>011.920.914-42</u>	CPF: _____
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 DEZ. 2018
PROTOCOLADO
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 ROGO, 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.

EDDUR
COMPLEXO

RUA: AGENT

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

FAX: () - CNPJ:

DAO PESSOA

BEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ASTA DUARTE S/N

Ficha Nr: 70930

Atd: Nao Regulad

Data: 20/10/2017

Hora: 13:18:30

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

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

Prêdencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vítima de violência por: PROX POSTO AFRANIO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Quêa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de moto há ± 1 hora
transportado pelo SAMU. Nesse período de consciência
ou não. ABD VDN. Tumor se encontra no
abdômen EC G-15 do Atendimento.

Diagnostico

Conduta

Rx / ORTO
Alta de Emergência

Prescrição

Horario da medica

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

EDDUR
COMPLEXO

RUA: AGENT

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

FAX: () - CNPJ:

DAO PESSOA

BEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ASTA DUARTE S/N

Ficha Nr: 70930

Atd: Nao Regulad

Data: 20/10/2017

Hora: 13:18:30

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

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

Prêdencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vítima de violência por: PROX POSTO AFRANIO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Quêa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de moto há ± 1 hora
Trazido pelo SAMU. Nesse período de consciência
ou não. ABD VDN. Tumor se encontra no
cintura EC 15 do Atendimento.

Diagnostico

Conduta

Rx / ORTO
Alta de Equel

Prescrição

Horario da medica

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

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: 000000001898-8

Nr. Autenticação

BRDESCO2502201905000000000023701104000000001898236250 PAGO

MARIA JOSE DE AGUIAR SILVA
RUA EMMANUEL LISBOA DE LUCENA, 878 - IANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AQ: 1)
Emissão: 23/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIA, MONOFÁSICO B230, Km25 - Graça Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 14 - 5 - 365 - 7200 Nº medidor: 0000099943



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.096.112/0001-40 Insc. Est. 16.016.820-0

Nota Fiscal Conto de Energia Elétrica / F016 012 740
Cód. para Deb. Automático: 90004119343

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	713.669.824-00
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/411934-3**

Canal de contato

- Exercício de apuração da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/10/18	33613	23/11/18	33931		318	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor	Base	Cálculo
0801	Consumo em kWh	218.200	0,844460	184,09	184,09	27
0802	Adc. B Vermelha	3,83	0,28	0,11	0,00	0,00
0803	Adc. B Amarela	2,48	0,48	0,12	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB SERV. ILM. PÚBLICA	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MOROSIDADE 10/2018	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018	3,29	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 302,61 180,26 51,37 180,26 1,79 9,27
Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
170 **30/11/2018** **R\$ 202,61**
Histórico de Consumo (kWh)

167 | 172 | 183 | 170 | 152 | 178 | 189 | 178 | 155 | 159 | 171 | 184
Nov/17 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.

Indicadores de Qualidade			3/2018 - Março/2018	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIA MENSAL	0,19	0,92	HOMINIL	220
DIA TRIMESTRAL	0,36			
DIA ANUAL	0,77	1,00	CONTRATAÇÃO	202
DIA MENSAL	0,23		LIMITE INFERIOR	231
DIA TRIMESTRAL	0,47		LIMITE SUPERIOR	231
DIA ANUAL	0,94	0,92		
DMC	1,22			
DCR				

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/PB	44,23	22,17
Compra de Energia	85,30	42,12
Serviço de Transmissão	6,99	3,45
Encargos Setoriais	10,83	5,35
Impostos Diretos e Encargos	73,78	36,41
Custos Serviços	0,00	0,00
Total	202,61	100,00

Valor do B/S (Ref. 9/2018) R\$ 51,37

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada

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

JJA 26.315.1
Maria Rosa, 82 - Bairro Manaira
Demonstrativo de Pagamento

Período: 09/2018

0014629 / 00034

CTPS: 701 537 384-05

JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA, 00082
MANAIRA

58038-460 JOAO PESSOA PB

DOS NETS

Código NET
907/014527082

CPF/CNPJ
455.536.024-91

Vencimento
10/10/2018

Valor

199,99

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 25 VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.BR

001/004

orientante:

consulte e informações sempre atualizadas.
Abr. opções Minha NET > Minha Assinatura.
elemento de seus serviços NET, durante e
análise prévia, estará sujeito a cobrança

Minha NET:

BDA LARGA NET

EMPRESAS 60 MEGA FID

FONE EMPRESA BRASIL

TOTAL 1L

descrição

NET VIRTUA +

NET Fone

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

total

145,00

54,99

Valor total
199,99

MARIA JOSE DE AGUIAR SILVA
RUA EMMANUEL LISBOA DE LUCENA, 878 - IANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AQ: 1)
Emissão: 23/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIA, MONOFÁSICO B230, Km25 - Graça Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 14 - 5 - 365 - 7200 Nº medidor: 0000098943



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.096.112/0001-40 Insc. Est. 16.016.820-0

Nota Fiscal Conto de Energia Elétrica / F016 012 740
Cód. para Deb. Automático: 90004119343

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	713.669.824-00 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/411934-3**

Canal de contato

- Exercício de apuração da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
24/10/18	33613	23/11/18	33931		318	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor	Base Calc.	Alíq.
0801	Consumo em kWh	218.200	0,844460	184,09	184,09	27
0802	Adc. B Vermelha	3,83	0,28	0,11	0,00	0,00
0803	Adc. B Amarela	2,48	0,28	0,07	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB SERV. ILM. PÚBLICA	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 10/2018	0,27	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2018	3,29	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2018	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 302,61 180,26 51,37 180,26 1,78 9,27
Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
170 **30/11/2018** **R\$ 202,61**
Histórico de Consumo (kWh)

167 | 172 | 183 | 170 | 152 | 178 | 189 | 178 | 155 | 159 | 171 | 184
Nov/17 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.

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Macabreza

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIÁRIOS	0,92	HOMOGÊNEO 220
DIÁRIOS	1,00	CONTRATAÇÃO 202
DIÁRIOS	0,92	LIMITE INFERIOR 231
DIÁRIOS		LIMITE SUPERIOR 231

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/PB	44,23	22,17
Compra de Energia	85,30	42,12
Serviço de Transmissão	6,99	3,45
Encargos Setoriais	10,83	5,35
Impostos Diretos e Encargos	73,78	36,41
Custos Serviços	0,00	0,00
Total	202,61	100,00

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

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

JJA 26.315...
26.315... - Bairro Manaira
Maria Rosa, 82 - Bairro Manaira
Demonstrativo de Pagamento

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

Código NET
907/014527082

CPF/CNPJ
455.536.024-91

Vencimento
10/10/2018

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

Valor
199,99

PARA 25 VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSAR NET.COM.BR

001/004

orientante:

consultar e informações sempre atualizadas.
Lbr. opções Minha NET > Minha Assinatura.
elemento de seus serviços NET, durante e
anuidade mínima, estará sujeito a cobrança

Minha NET:

- ☒ BDA LARGA NET
- ☒ EMPRESAS 60 MEGA FID
- ☒ FONE EMPRESA BRASIL
- ☒ TOTAL 1L

descrição

- ☒ NET VIRTUA +
- ☒ NET Fone

total
145,00
54,99

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
27 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Valor total
199,99

IA +

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 da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, supervisionar e fiscalizar as atividades 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 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ernane Quaresma Alves Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.920.914-42 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade última Ernane Quaresma Alves Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.920.919-42 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>Rua Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento _____
Bairro <u>Maravilha</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>580-460</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____		Telefone celular (DDD) _____

João Pessoa 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

27 DEZ. 2018

PROTUDO
16. JOÃO PESSOA

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 da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, supervisionar e fiscalizar as atividades 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 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ernane Quaresma Alves Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.920.914-42 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez inscrita no CPF sob o Nº 011.920.919-42 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>Rua Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento _____
Bairro <u>Maravilha</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58011-460</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____		Telefone celular (DDD) _____

João Pessoa 27 de Dezembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

27 DEZ. 2018

PROT. 1000
16. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wesley Luiz Rodrigues de Figueiredo

RG nº 3852875, data de expedição 05/07/16

Órgão SS-DS-PB portador do CPF nº 117.830.594-51 com

domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de

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

Antônio Távora, 316 B Funchal

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 Ednane Quaruma Alves Filho cujo o condutor era

Ednane Quaruma Alves Filho

Veículo: moto

Modelo: YAMAHA XTZ

Ano: 2014/2015

Placa: QFC-3868/PB

Chassi: 9C6DG2510F0001109

Data do Acidente: 20-10-17

Local e Data: João Pessoa, 13 de dezembro de 2018

Wesley Luiz Rodrigues de Figueiredo

Assinatura do Declarante

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



SERTÃO
SERTÃO SERVIÇOS E NOTARIAS
Eduardo Manoel de Sousa
Tabelião

PROTESTO DE HONRA
PROTESTO DE HONRA
PROTESTO DE HONRA
PROTESTO DE HONRA
PROTESTO DE HONRA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s de

WESLEY LUIZ RODRIGUES DE FIGUEIREDO

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 13/12/2018 14:40:27

João Francisco da Silva - Escritante

(2018-03066)JENL:RA 19,40 FAPEN:RA 9,25 PESSOA 1,70 ISS

SELO DIGITAL: ANV98774-SXEE

Confira a autenticidade em <https://selodigital.ssp.pb.gov.br>

João Francisco da Silva
Sertão
Sertão Serviços e Notarias

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wesley Luiz Rodrigues de Figueiredo

RG nº 3852875, data de expedição 05/07/16

Órgão SS-DS-PB portador do CPF nº 117.830.594-51 com

domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de

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

Av. Juarez Távora, 316 B Funchal

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 Emmano Quaruma Alves Filho cujo o condutor era

Emmano Quaruma Alves Filho

Veículo: moto

Modelo: YAMAHA XTZ

Ano: 2014/2015

Placa: QFC-3868/PB

Chassi: 9C6DG2510F0001109

Data do Acidente: 20-10-17

Local e Data: João Pessoa, 13 de dezembro de 2018

Wesley Luiz Rodrigues de Figueiredo

Assinatura do Declarante

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



SERTÃO
SERTÃO SERVIÇOS E NOTARIAS
Eduardo Manoel de Sousa Costa
Tabelião

PROTESTO DE HONRA
TABELIÃO DE PROTESTOS
PROTESTO DE HONRA
PROTESTO DE HONRA
PROTESTO DE HONRA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s de

WESLEY LUIZ RODRIGUES DE FIGUEIREDO

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 13/12/2018 14:40:27

João Francisco da Silva - Escritário

(2018-030668)EML:R\$ 19,40 FAPEN:R\$ 9,20 PESSOA 1,70 ISS

SELO DIGITAL: ANV98774-SXEE

Confira a autenticidade em <https://selodigital.ssp.pb.gov.br>

João Francisco da Silva
Sertão
Sertão Serviços e Notarias

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

27 DEZ. 2018

PROTOCOLO
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 13H18mim, 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, dato 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



EDDUR
COMPLEXO

RUA: AGENT

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

FAX: () - CNPJ:

DAO PESSOA

BEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ASTA DUARTE S/N

Ficha Nr: 70930

Atd: Nao Regulad

Data: 20/10/2017

Hora: 13:18:30

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

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

Prêdencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vítima de violência por: PROX POSTO AFRANIO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Quêa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de moto há ± 1 hora
transportado pelo SAMU. Nesse período de consciência
ou não. ABD VDN. Tumor se encontra no
abdômen EC G 15 do Atendimento.

Diagnostico

Conduta

Rx / ORTO
Alta de Emergência

Prescrição

Horario da medica

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

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência
☐ Alta
☒ Transferido
☒ Obito

☐ Desistência ☐ UTI

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Emanoel Quaresma 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: 1/1

QPD: On no pake ch

HDA: Delegado de Defesa Civil

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Kg em _____ ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Decúbito Dorsal; membros superiores + antebraços, abdução e supinação; antebraços, abdução e supinação;

Incisão:

Prometor mediano em antebraço;

Achados:

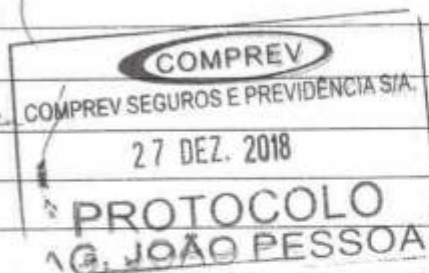
Fração de tecido conectivo - Barton Volcan;

Conduta:

- 1) Incisão prometor mediano em antebraço;
- 2) Dissecção da pele superficial, interdigital e profunda;
- 3) Variação e limpeza da pele de fração;
- 4) Preparação de material de sutura (placa 3x3);
- 5) Sutura por placas;

Fechamento:

Sutura contínua



OBS:

Data:

09.11.11

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 13H18mim, 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, dato 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



EDDUR
COMPLEXO

RUA: AGENT

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

FAX: () - CNPJ:

DAO PESSOA

BEIRA GOV. TARCISIO BURITY

ASTA DUARTE S/N

Ficha Nr: 70930

Atd: Nao Regulad

Data: 20/10/2017

Hora: 13:18:30

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AR

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

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

Prêdencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vítima de violência por: PROX POSTO AFRANIO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Quê Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de moto há ± 1 hora
transportado pelo SAMU. Nesse período de consciência
ou não. ABD VDN. Tumor se encontra no
abdome. ECG 15

Diagnostico

Conduta

Rx / ORTO
Alta de Emergência

Prescrição

Horario da medica

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

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 DEZ. 2018

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência
☐ Alta
☒ Transferido
☒ Obito

☐ Desistência ☐ UTI

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Emanoel Quaresma 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: 1/1/

QPD: On no pake ch

HDA: Ocupação de Dependente

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Kg em ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Posição e Preparo:

Decidua Dorsal; ovulário; anexos +
antecipação; apertado e compacto; íntimo;

Incisão:

Permutationen werden für Ordnungstheorie

Achados:

Forschen & reichten digital - Benjamin Volare;

Conduta:

- 1) Inserção por condução natural em Curitiba?
- 2) Dimensões da placa superficial / interna e profunda;
- 3) Verificação e limpeza da face da fundação;
- 4) Lavagem de material / de estrutura (placa 1,3x3)
- 5) Sinal por placas;

Fechamento:

Super white

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

OBS:

Data:

Oct. 22, 11

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENT. N.º - C.D. - END. N.º
1054562 SSP PB

CPF 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1967

FUNÇÃO
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERM. N.º - REC. N.º - C. N.º
AD

V.º NÚMERO 00724153162 VALIDEZ 10/11/2019 1.ª EMISSÃO 06/04/1989

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

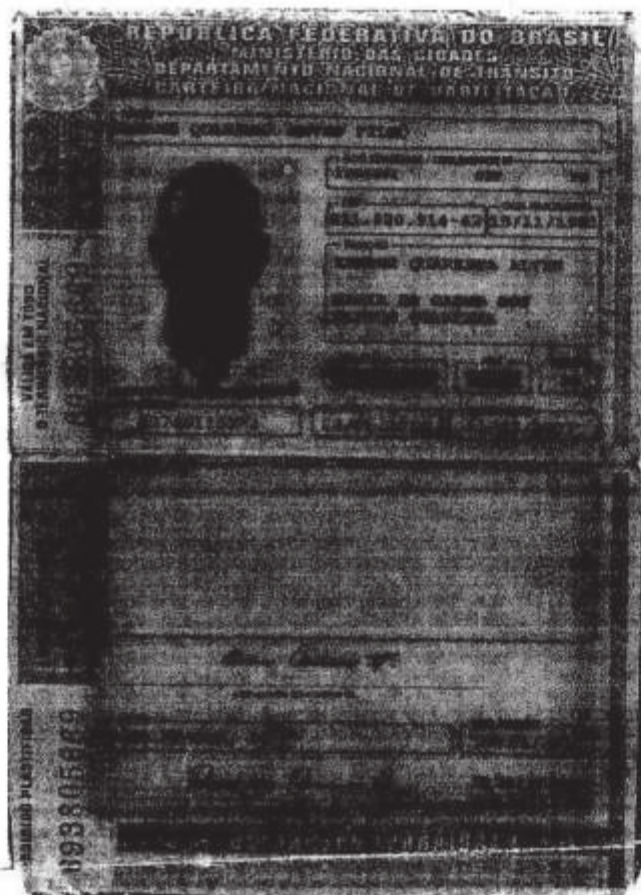
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 11/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR 60378988469 PB029545609

DETRAN - PB (P. R. T. B. A.)

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



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
27 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENT. N.º - CDD - ENDER. UF
1054562 SSP PB

CPF 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1967

FUNÇÃO
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERM. ADIC. REC. CATEG. AD

V.º NÚMERO 00724153162 VALIDEZ 10/11/2019 1.ª EMISSÃO 06/04/1989

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

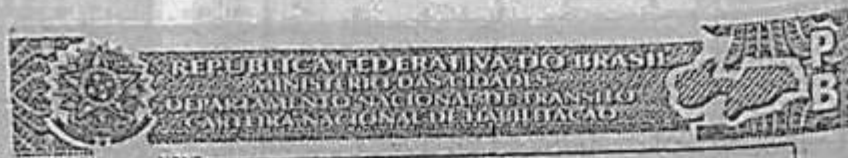
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 11/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR 60378988469 PB029545609

DETRAN - PB (P. R. T. B. A.)

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



NOME
ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

DOC. IDENTIDADE / OAB. EMISSOR UF
2696664 SSP PB

CPF
011.920.914-42

DATA NASCIMENTO
13/11/1981

IRACAO
ERNANE QUARESMA ALVES

MARIA DO CARMO DOS
SANTOS QUARESMA

REMESSA

ACC

CALHAS

AB

Nº REGISTRO
02740115292

VALIDADE
01/06/2023

1ª REGISTRAÇÃO
11/02/2003

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1656326706

OBSERVAÇÕES

Ernane Quaresma Alves Filho

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
04/06/2018

02213038487
PB036956112

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAIBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1656326706

COMPREV PREVIDENCIARIA

11 FEV. 2019

PROTOCOLO

JOAO 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

Valoração 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

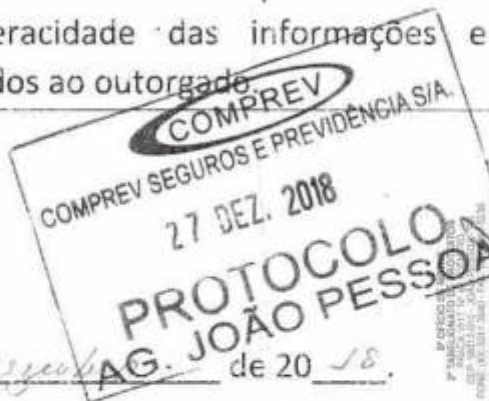
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Ernane Quaresma 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 Barbosa de Sousa, 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.



João Pessoa, PB, 13 de dezembro de 2018.



Ernane Quaresma Alves Filho

OUTORGANTE

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de
 ERNANE QUARESMA ALVES FILHO
 (2010-030066) ENL: R\$ 19,48 FAPEN: R\$ 0,28 FAPEN: R\$ 1,90 ISS: R\$ 1,90
 José Francisco da Silva
 Em test. da verdade. João Pessoa-PB 13/12/2018
 Selo Digital: ARV90774-SUMH
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.ufpb.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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERNANE QUARESMA ALVES FILHO

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2017

Titular do CPF: ERNANE QUARESMA
ALVES FILHO

CPF de: Próprio

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/10/2017

Titular do CPF: ERNANE QUARESMA
ALVES FILHO

CPF de: Próprio

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS