
Rio de Janeiro, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190187351

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO FERNANDO DA SILVA

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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190187351

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO FERNANDO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, 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, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190187351

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Data do Acidente: 21/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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: 043.555.414-01 Nome completo da vítima: Eduardo Fernando da Silva

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

Nome completo: Eduardo Fernando da Silva CPF: 043.555.414-01

Profissão: FISCAL AGRÍCOLA Endereço: R. Rui Barbosa Número: 11A Complemento: _____

Bairro: Centur Cidade: Pedras de fogo Estado: Pernambuco CEP: 58328-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (93) 99921-9283

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: Brasil

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

AGÊNCIA: 2425 CONTA: 23261
(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 (assinalar uma das opções):

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado 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 nascituro (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 àqueles 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, 20/02/2019.
 Nome: Eduardo Fernando da Silva
 CPF: 043.555.414-01

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Eduardo Fernando da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 2ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 Assinatura: _____
 08 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
 Assinatura: _____

(*) 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.

COE
ORTOP
CONSTR

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: <u>Eduardo Fernando doutra</u>		Nº
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>35</u>	Profissão:
Endereço:		
Unidade Adcritiva:		
Agente de Saúde		
Encaminhado(a) do:		
Para: <u>H. ortotoma</u>		
Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente com historia de queda de moto ha' ± 30 minutos, com queixa de dor e diminuição da mobilidade em tornozelo esquerdo.</u>		
<u>Do nome = LITE, BEG, NAA, hidrocloro, wroda qruuu; ECO=1</u>		
<u>aumento de volume local (tornozelo e)</u>		
<u>HP = fratura?</u>		

Encaminhamento _____
 Função [Assinatura]
 Data 21/10/18

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA
(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

_____ Data _____ Consultante

Tarifa Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 26/04/03



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005949-03 | www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE

GISELDA CORREIA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RUI BARBOSA 17 A

CPF 058 851 564-13 NIS 14857337528

PEDRAS DE FOGO PEDRAS DE FOGO
PEDRAS DE FOGO PB
58328-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA TENSÃO COM US
Monofásico

CONTA CONTRATADA

MÊS ANO

4012132412

10/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PARA A LEITURA

19/11/2018

19/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,34

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
035710137	UNICA	19/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/10/2018	2002905941	4161624

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

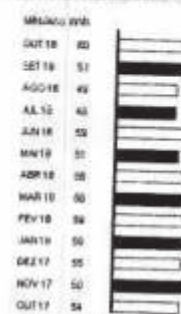
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abaixo de 30 kWh	30,0000000	0,24892885	7,40
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh	30,0000000	2,42340431	12,70
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,89
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,28
TOTAL DA FATURA			24,34

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0190272	CA1	17/09/18	8.387,88	19/10/18	8.417,88	31	1,0000		90,00

ISTÓRICO DE CONSUMO



RENDIMENTOS DE TENDÊNCIAS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	22,00	25,08
PIS	2,00	5,52
COPIS	2,00	9,44
	22,00	2,90

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	8,07	33,55%
Transmissão	0,98	4,04%
Distribuição (Celpe)	4,60	19,02%
Perdas de Energia	1,45	5,95%
Energias Setoriais	3,67	15,10%
Tributos	8,31	34,30%
Total	24,08	98%

Consumo Abaixo de 30 kWh
Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh

0,1752885
0,3022800

RECORRENTE DA FATURA

SWT D&D 7108 1DC8 510C 0495 A009 DOTE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague o valor devido pelo boleto bancário emitido em nome do cliente. O boleto é gerado pelo sistema de cobrança da Celpe e pode ser pago em qualquer agência bancária ou no site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a conta em dia, conforme o contrato de prestação de serviços. Pague em nome do titular da conta. A tarifa social de energia elétrica é concedida aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até 5 salários mínimos. Para saber mais informações sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site www.celpe.com.br ou Ligue 0800 000 0000. A Celpe é uma empresa de capital aberto listada na bolsa de valores sob o ticker CELPE3.

As condições gerais de prestação de serviços da Celpe estão disponíveis no site www.celpe.com.br

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
08 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaucard 

Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicas do Itaú.



DE
ELE
CO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
08 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



CTC RECIFE PE PL6
GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
R ABELARDO DA S G BARRETO 51
AP2502 A - A BRANCO
58046-110 JOAO PESSOA - PB

2502A



721109423029630000000009/830 241218
Data de Postagem: 24/12/2018
Data de Vencimento: 09/01/2019
Data de Fechamento (emissão): 23/12/2018
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 04/02/2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, têm por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávia de Amorim Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984/69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eduardo Fernando da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.555.414/01, do sinistro de DPVAT cobertura invalididez da Vítima Eduardo Fernando da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 043.555.414/01, 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>Rio Abelaards da Silva Guimarães, Barreto</u>		Número <u>51</u>	Complemento
Bairro <u>Altiplanos</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58046-110</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>	

João Pessoa, 08 de Março de 2019
Local e Data

Guilherme Flávia de Amorim Nobrega
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria Jose da Conceição Filha
RG nº 3418560 data de expedição 22/06/1995
Órgão _____ portador do CPF nº 03590898445 com
domicílio na cidade de Pedras fogo, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pinheirinha, nº 40
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Eduardo Fernando de Silve cujo o condutor era
Eduardo Fernando de Silve.

Veículo: MOTO
Modelo: Honda CG 150 Titan
Ano: _____
Placa: 2007
Chassi: 1972
Data do Acidente: _____
Local e Data: 20/02/2019 (2019)

Maria Jose da Conceição Filha
Assinatura do Declarante

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

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
ANTÔNIO SEVERINO DE PAIVA FILHO
Rua Elvaz Falcão, 86 - Centro - Paraíba - Fone (81) 3625-1336 - CEP 51920-001 - segundocartorio@notariopba.com.br, antonioseverino@notariopba.com.br
Reconheço Por Autenticidade a firma de MARIA JOSE DA CONCEIÇÃO
FILHA em 20/02/2019 dou fé. Em test. da verdade. TASSIA GYSEL DE
MORAES PAIVA - Escrevente Emol. R\$ 3,51 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40
Total 4,79 Selo: 0073593.HEZ02201901.00026.
Tassia Gm Paiva

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



18

CERTIDÃO

Nº. 0066/2019

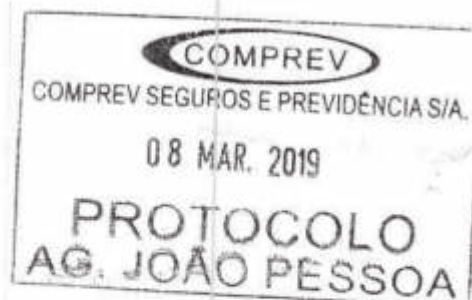
Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 174574 pertencente a **EDUARDO FERNANDO DA SILVA** que foi atendido dia 21/10/2018 às 15H13min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé e tornozelo esquerdos.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Tratamento conservador.

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

João Pessoa, 28 de janeiro de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 174574 Atd: Nao Regu³a
Data: 21/10/2018
Hora: 15:13:02
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEdia

DADOS PACIENTE
Nome: EDUARDO FERNANDO DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 898004040618841 Sexo: M IDENTIDADE: 2763175 Fone: 98194652 Num. Prontuario: 2018.10.003144
Natural: RECIFE/PE Data Nasc.: 05/06/1982 Id: 36 ano(s)
End.: RUA RUY BARBOSA, 17
Bairro: SANTO ANTONIO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB
Mae: MARIA JOSE DA CONCEICAO Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: FISCAL SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: EDUARDO FERNANDO DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 98194652 / IDENTIDADE: 2763175
Procedencia: HOSPITAL DE PEDRAS DE FOGO

FATURADO

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 14? CONDUCTOR EM PEDRAS DE FOGO
Vitima de violència por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICoes DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispineia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao

3210 6061 - 03030200

Historia - Exame fisico - (hora de atendimento medico)
pt relata trauma toracoabdom
lors

Diagnostico Consulta
Fr. de maleolo lateral @ em Direito

Prescricao Horario da medicacao
Fls. conservadas
Retorno a Fda
W. R. ... + Vitruviano
21 OUT. 2018

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Eduardo F. de Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1107019917

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1107019917

NOME
 EDUARDO FERNANDO DA SILVA

DOC IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) UF
 2763175 SSP PE

CPF DATA NASCIMENTO
 043.555.414-01 05/06/1983

FUNÇÃO
 NÃO DECLARADO

MARIA JOSE DA
 CONCEIÇÃO

RENUNCIADO ACC CAT HAB
 AD

Nº REGISTRO VALIDEZ 1º HABILITAÇÃO
 05659610935 11/08/2020 05/12/2012

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

Eduardo Fernando da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
 SIMBAUBA - PE 10/09/2015

50605778059
 38068070330

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 08 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011

NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM
 MARIA DE FÁTIMA PINTO

NATURALIDADE JOAO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985

DOC ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063

CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CPF 011.197.984-69

ASSINATURA DO TITULAR *Israel Aureliano da Silva Neto*
 Israel Aureliano da Silva Neto
 Ger. Pol. de Ident. e Crim.

LEI N° 7.116 DE 29/09/83

COMPREV

COMPREV. FIGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08. MAR. 2019

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012154005138
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

1 916927903 ***** 2015

MARIA JOSE DA CONCEICAO FILHA

ITAMBE - PE

035.908.984-45

KXG1972

9C2KC08107R163836

PAS MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS

2007

2007

2P/149CL

PARTIC

PRETA

IPVA 2015 QUITADO

1 *****

IPVA *****

PARCELAMENTO *****

2 *****

3 *****

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

Charles Andrews Sousa Ribeiro

ITAMBE - PE

18/09/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE
MOTORES DE VEICULO
TRANSPORTE

PE Nº 012154005138

MARIA JOSE DA

ESTE É O
PARA MAIS
AS CONDIÇÕES

www.dpv

ITAMBE - PE

1 035.908

916927903

2007 09

SEGURO

DESTAQUE E
ELE NÃO É D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190187351

Cidade: Pedras de Fogo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Data do acidente: 21/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190187351

Cidade: Pedras de Fogo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

Data do acidente: 21/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (PÁG 2)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Eduardo Fernando da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão fiscal agricultor, residente e domiciliado à Rua Rui Barbosa, nº 17, bairro Santo Antônio, Município de Patos de Feijó, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58328-000, portador(a) do Rg nº 2763375, SSP/PB e CPF nº 043.555.414.01

Outorgado: Guillyana Flávia de Amorim Nobrega, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão ADVOGADA, residente e domiciliado(a) à Rua Cibelando da Silva G. Barreto, nº 51, bairro Altiplano, Município de JOÃO Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep: 58046-110, portador (a) do RG nº 2665291 SSP/PB e CPF nº 011.197.984-69

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Eduardo Fernando da Silva, ocorrido em 23/10/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Tamboé 78, de João Pessoa, de 2015 2018

Eduardo Fernando da Silva
Outorgante
CPF Nº 043.555.414.01

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
ANTÔNIO SEVERINO DE FARIAS FILHO
Av. Elías Falcón, 36 - Centro - Tamboé-PE - Fone (81) 3025-1306 - CEP: 55600-000 - segundocartorioosantamboe.antonio.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de EDUARDO FERNANDO DA SILVA em 18/02/2019 dou fé. Em test. da verdade. TASSIA GYSEL DE MORAES PAIVA - Escrevente Emol. R\$ 3,51 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 Total 4,79 Selo: 0073593.VXR01201901.01380.

TASSIA GYSEL DE MORAES PAIVA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
08 MAR. 2019
PROJ. U. C. ILU
AG. JOÃO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080658/19

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

CPF: 043.555.414-01

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/10/2018

Titular do CPF: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

EDUARDO FERNANDO DA SILVA : 043.555.414-01

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: 08/03/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
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-0080658/19

Número do Sinistro: 3190187351

Vítima: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

CPF: 043.555.414-01

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/10/2018

Titular do CPF: EDUARDO FERNANDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 13/03/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE