

---

**Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190567992**

**Vítima: JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS**

**Data do Acidente: 30/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 088.455.934-36 4 - Nome completo da vítima: José Clebe de Souza Berra

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

5 - Nome completo: José Clebe de Souza Berra 6 - CPF: 088.455.934-36  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Assent Apasa 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Apasa 12 - Cidade: Pitimbu 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2108 3 CONTA: 0532646 0 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 18, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

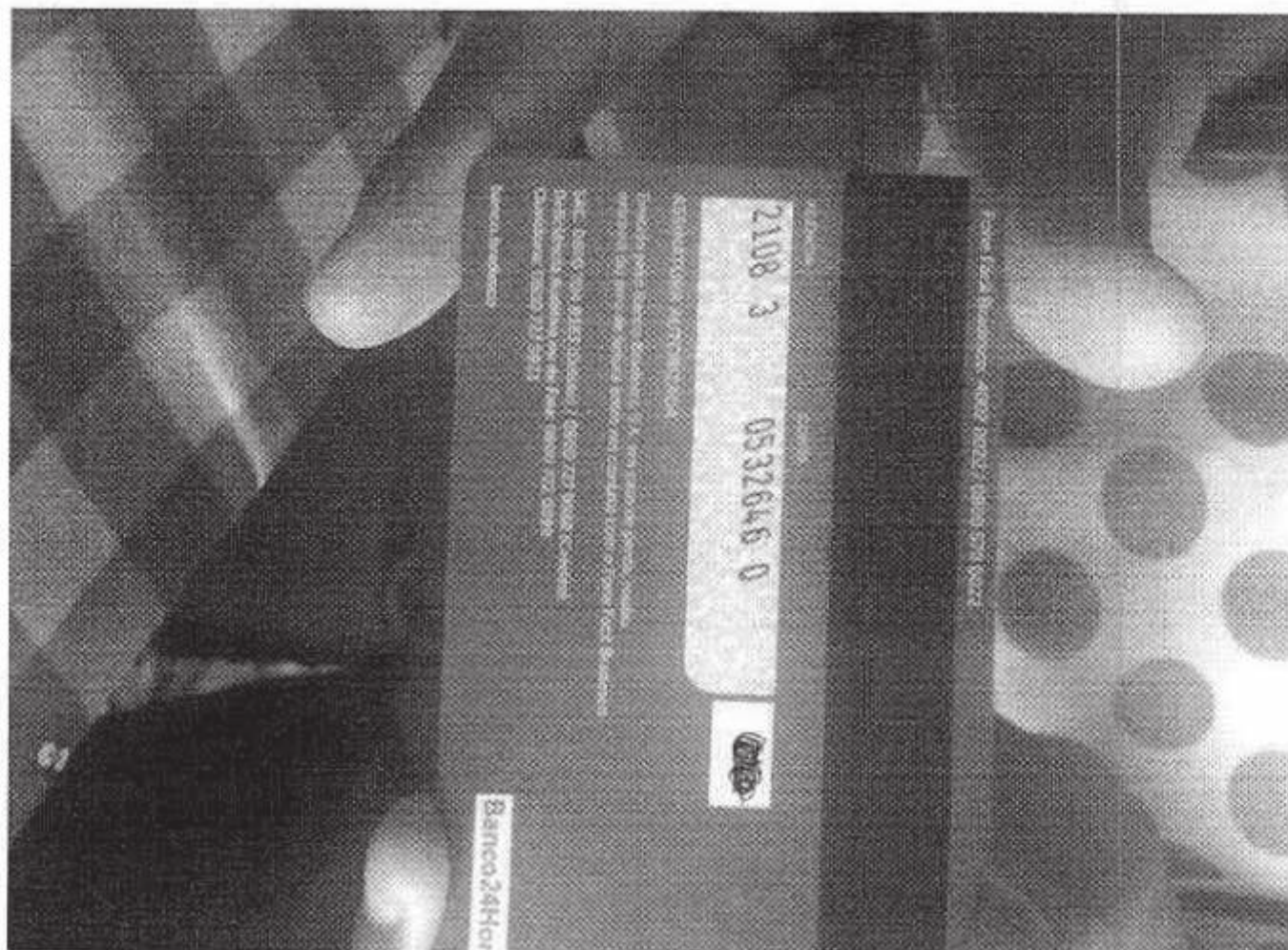
34 - [Assinatura] 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Clebe de Souza Berra

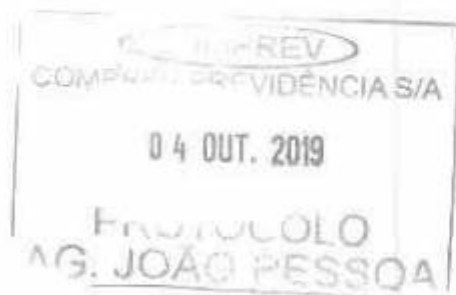
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





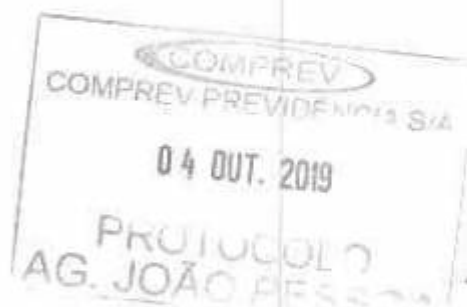
C/P







c/18







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10232.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10232.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 05 de setembro de 2019, 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **José Clebe de Souza Lemos**, CPF nº 088.455.934-36, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Josefa Idalina de Souza e Manuel Francisco Lemos, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 16/09/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Apasa, tendo como ponto de referência Zona Rural., na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99609-0613.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Presidente João Pessoa, Rua Principal de Alhandra., Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/04/19 09:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

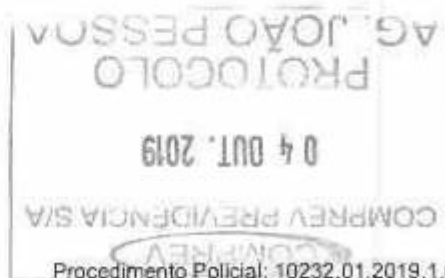
QUE, segundo o declarante no dia 30/04/2019 por volta das 07:00 horas quando transitava, pelo Centro do município de Alhandra-PB, na Rua Presidente João Pessoa, com o veículo tipo HONDA/HONDA CG150 FAN ESDI ano/mod; 2011/2011, de cor prata de placa: MOC0764/PB CHASSI: 9C2KC1680BR525516 pertencente ao Sr. José Clebe de Souza Lemos; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando surgiu abruptamente uma outra moto, não identificada/que evadiu-se, na contra-mão colidindo de frente com a moto conduzida pelo declarante. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1351/2019, FRATURA DO 2º METATARSO ESQUERDO + LUXAÇÃO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM/PB 3883.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 05 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

JOSÉ CLEBE DE SOUZA LEMOS  
Noticiante





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 088.455.934-36 4 - Nome completo da vítima: José Glebe de Souza Berra

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

5 - Nome completo: José Glebe de Souza Berra 6 - CPF: 088.455.934-36  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Assent Apasa 9 - Número: 510 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Apasa 12 - Cidade: Pitimbu 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: 16 - Telefone: (83) 986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2108 3 CONTA: 0532646 0 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 18, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

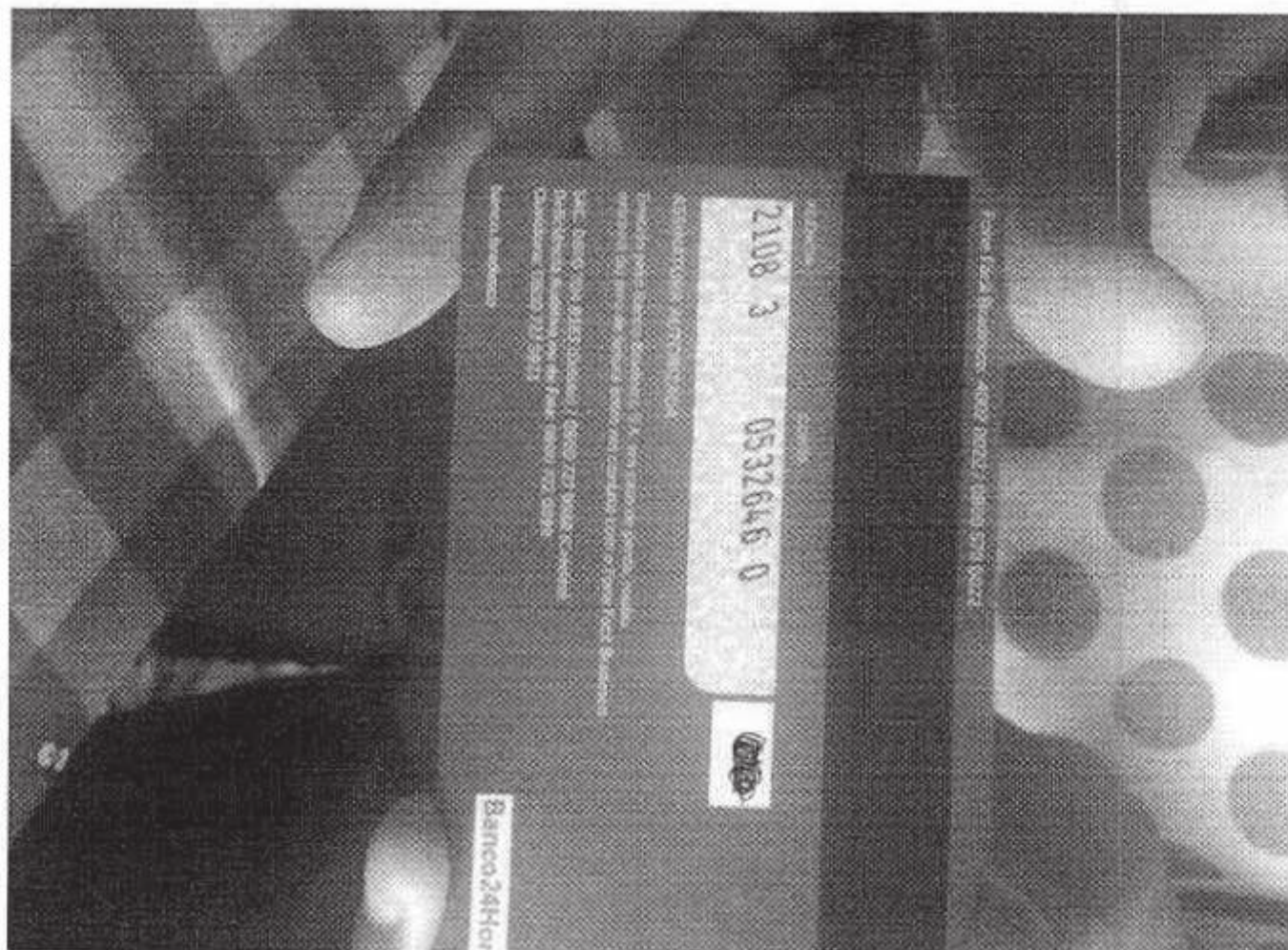
34 - [Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido] 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - [Assinatura de quem assina a rogo/a pedido] 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Glebe de Souza Berra

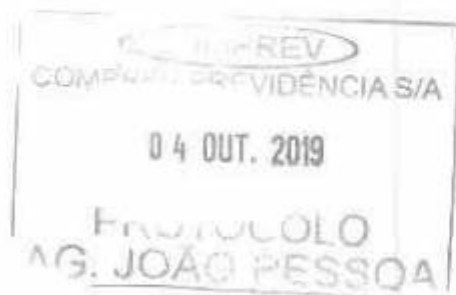
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





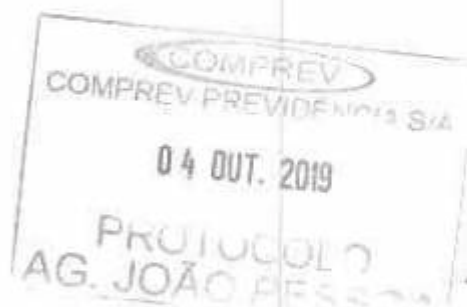
C/P







c/18







## CERTIDÃO

Nº. 1351/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº225703 e Prontuário Nº 2019.04.3612 pertencentes ao paciente **JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS** que foi atendido dia 30/04/2019 às 11H21min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membros inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º metatarso esquerdo + luxação. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/05/2019. Com alta médica dia 18/05/2019.

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

João Pessoa, 15 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





BRADERCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	135,00
--------------	--------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000532646-0

---

---

Nr. Autenticação

BRADERCO161020190500000000002370210800000053264613500 PAGO

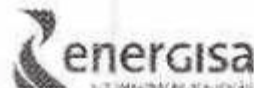


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Reverso para depósito pagamento (sa nota fiscalizada da empresa cedente) N° 031.407.896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

**DADOS DO CLIENTE**  
CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOAO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**

**5/1371069-4**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>SET/2019</b>	<b>19/09/2019</b>	<b>144</b>	<b>26/09/2019</b>	<b>R\$ 131,50</b>

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

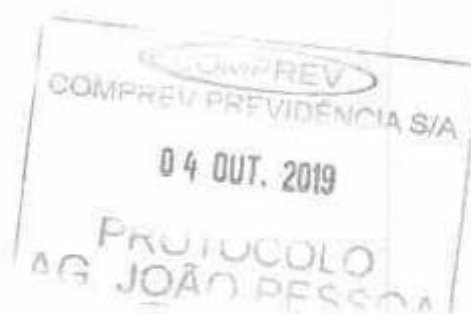
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 00596.489179 7 80240000013150

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000596489	000000000201909	26/09/2019	R\$ 131,50	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



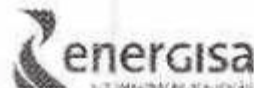


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Reverso para depósito pagamento da nota fiscalizada da empresa adutora. Nº 031.407.896



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

**DADOS DO CLIENTE**  
CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOÃO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**

**5/1371069-4**

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
<b>SET/2019</b>	<b>19/09/2019</b>	<b>144</b>	<b>26/09/2019</b>	<b>R\$ 131,50</b>

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

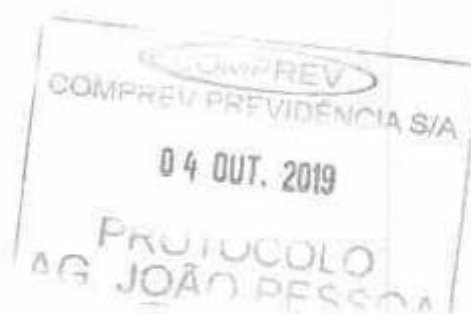
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 00596.489179 7 80240000013150

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000596489	000000000201909	26/09/2019	R\$ 131,50	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Bezerra Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Glebe de Souza Bentes Inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.455.934 / 36

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Glebe de Souza Bentes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.455.934 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19

Alexandrina Bezerra Duarte  
Assinatura do Declarante

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 OUT. 2019  
FRUITO COLO  
AG. JOÃO PESSOA



REFE. JURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
XOMF XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
X: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 225703 Atd: Nao Regulad  
Data: 30/04/2019  
Hora: 11:21:55  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AR  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS  
Sexo: M IDENTIDADE: 3533274 Fone: 0  
Natural: PILAR/PB Data Nasc.: 16/09/1988 Id: 30 ano(s)  
End.: ACENTAMENTO APAZA, 0  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PITIMBU UF: PB  
Mãe: JOSEFA IDALINA DE SOUZA Pai: MANUEL FRANCISCO LEMOS  
Naca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS  
Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 3533274  
Ocedencia: RESIDENCIA

Escolaridade:

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
Causa de acidente por: NAO  
Causa de violência por: NAO  
Caso Policial

SE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: VERDE  
A: FR:  
B: TP:  
C: Altura:  
D: IMC:  
E: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

04 OUT. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Exame físico de 2.º grau  
do p.º (E)*

Diagnóstico

*Tam no p.º (E)*

Conduta

*Rx de p.º (E)*

Prescrição

Horario da medicacao

*cerf. 0,5 x*

*1x dia*

*CD: Por tab. ridex na  
cabeça*

\_\_\_\_\_  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

TIPO DO PACIENTE

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Med





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jon Cláudio de Souza Lima Data da Admissão: 30/09/18  
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: Part. de parto leve de 1º @ 1º  
HDA: multa de moto

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ 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  
☐ Dispneia ☐ 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-reposso ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Pac em decúbito dorsal  
+ desinfecção +  
mosha para cateter

### Incisão:

- Incisão em face dorsal  
de 20 cm de comprimento

### Achados:

- presença de fratura +  
avulsão da

osteotomia + presença  
do RL no RL

### Conduta:

- Realizar Hemostasia  
- Da RL  
- Curativo

### Fechamento:

### OBS:

Data: 18/05/19

Dr. Flávio Henrique  
Ortopedia  
MEDICINA





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Jose Cezar de Souza Lemos</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Flávio Loyola</u>	1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia: <u>raquidural</u>	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Fratura 2º PDE +</u>			
<u>lesão do membro</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<u>o nome</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>Redução aberta +</u>			
<u>osteotomia + passagem</u>			
<u>do K.</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Dr. Flávio Henrique Loyola  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM-PB 10.205

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] IAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Tai \_\_\_\_\_

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

*Revisar exames + presc  
de 2° nível de FB @*





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE CUBAO DA SILVA LIMA PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ RACIA: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENF: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO: 20/04/19 DATA DE ALTA: 18/05/19 TEMPO DE PERMANÊNCIA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: FRATURA 2ª P.D.E. + UNION

OUTROS DIAGNÓSTICOS: HEMORRAGIA PULMONAR + CISTITE AGUDA

PRINCIPAIS EXAMES: WBC

PROCEDIMENTO REALIZADO: OSTEOTOMIA FRATURA + FISSURA DO N. INTEROSSEAR

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: \_\_\_\_\_

ANATOMIA PATOLÓGICA: \_\_\_\_\_

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLTA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES  
P.D. 1. HEMORRAGIA UNION 2ª P.D.E. + UNION  
HEMORRAGIA PULMONAR + CISTITE AGUDA  
FRATURA REDUZIDA ABERTA + FISSURA DO N. INTEROSSEAR

DIETA: LIVRE ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico em 20 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 40 dias e com esforço maior em 60 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: \_\_\_\_\_

RETORNO: Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

DATA: 18/05/19

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Henrique Loyola  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM-PB 19927





Jozi Phela

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA (INPOLL)  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-236

*Jose Clebe de Souza Lemos*

CARTERIA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.533.274 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 21/09/2015

NOME JOSÉ CLEBE DE SOUZA LEMOS

FILIAÇÃO MANUEL FRANCISCO LEMOS  
JOSEFA IDALINA DE SOUZA

NATURALIDADE PILAR-PB DATA DE NASCIMENTO 16/09/1988

DOC. ORDEM NASC.N. 12620 FLS. 288 LIV. A 13  
CARTÓRIO PILAR, PB

088.455.934-36

*Manoel A. B. Lacerda Jr.*  
Chefe do Núcleo de Identificação

LEI Nº 7.115 DE 08/01/83

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 OUT. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 012235527991

87181263426

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20150000372592-4

VIA

1 0032977267-8

00/00000000

JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS  
RUA RUA DAS AMÉLIAS SN

58320000 ALHANDRA-PB

08845593436

NOC0764/PB

LAYS BARBOSA DA SILVA

NOVO

PB

9C2KC1680BR525516

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI

2011 2011

2 P/149 /CI

PARTIC

PRATA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N.Motor : KC16E8B525516

0

ALHANDRA-PB

40665

03/09/2015

34584

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 OUT. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190567992 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS **Data do acidente:** 30/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 11/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 4/5.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			1 %	R\$ 135,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190567992 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS **Data do acidente:** 30/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 10/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 4/5.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
		<b>Total</b>	<b>1 %</b>	<b>R\$ 135,00</b>

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Jose Clebe de Souza Lemos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Agent. Alvaro nº 512, bairro afasa, Município de Ritimbú, Estado de(o) PR, Cep: 58804-000, portador(a) do Rg nº 3.533.274, SSP/PR e CPF nº 088.455.934-36.

**Outorgado:** Alexandra Lemos Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Mim Gabeite, Município de Joazeiro, Estado de (o) PR, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.7718, SSP/PR e CPF nº 046.502.754-74.

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) Jose Clebe de Souza Lemos, ocorrido em 30/04/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalides.

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.

Alexandra 07 de Junho de 2019.



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS  
Em test. de verdade: Alhandra-PR 07/06/2019 09:46:09  
Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto  
C2017-0013071E00:00 01 TAPEN:R0 0,20 FEPJ:R0 1,98 J0  
SELO DIGITAL: A1000700-6201  
Confira a autenticidade em <https://seledigital.trib-jus.br>

Jose Clebe de Souza Lemos  
Outorgante  
CPF nº 088.455.934-36

Bel. Victor Hugo F. Braga  
Tabelião Substituto

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019

PROJETO  
DESSU



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345084/19

**Vítima:** JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS

**CPF:** 088.455.934-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/04/2019

**Titular do CPF:** JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS : 088.455.934-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/10/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO