

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

Rio de Janeiro, 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:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	088.455.934-36	José Glebe de Souza bernes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
José Glebe de Souza bernes	088.455.934-36		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recuso	Absent	5N	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - UF:	14 - FAIXA:
Apasa	Pitimbu	PB	58000 - 000
15 - E-mail:	(83) 986634900		

DADOS CADASTRAIS

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 - CRM 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00		
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:		
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/>		
Nome do BANCO: _____		
AGENCIA: 2108 3 CONTA: 0532646 0		
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
AGENCIA: _____ _____ CONTA: _____ _____		
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		

Digitized by srujanika@gmail.com

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laude do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DIFUM, por motivo de não constar no laude a morte da paciente.

Não há IMI que atenda a reação do acidente ou da minha residência; ou

□ O IML, que atende a região do acidente ou da morte, realizaria exames para fins de Section DIRFAT-01.

CONTA CORRENTE (saques ou depósitos)

Nome do BANCO: _____

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Pelo motivo acima mencionado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 154/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEIRA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima denunciou campanheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima denunciou campanheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deu à luz:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deu à luz pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso devide, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer irrisão na declaração não verdadeira poderá levar a cobrança de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

38 - 1º | Nome: **JAG. JOÃO SOLO PESSOA**

ANALISADO

34

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assinara topo/a pedido

38 - 1st Name:

CPF:

Assinatura da testemunha

39-24 | Name:

Assinatura da testemunha

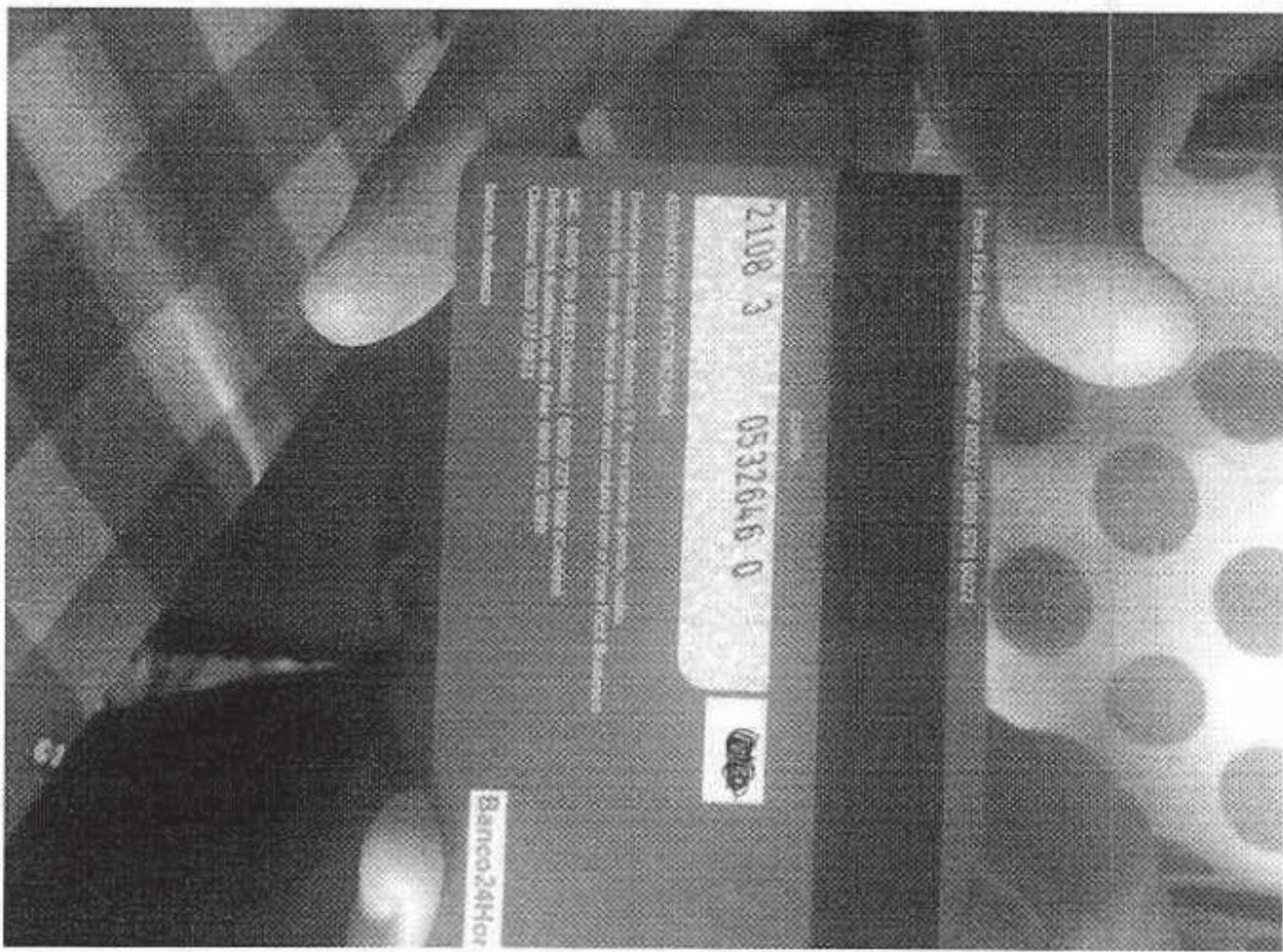
40 Journal of Data

João Penca - PTB 04140119
des. Ele e os Suaçalameis.

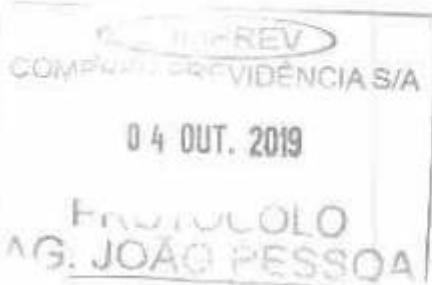
43- Assinatura da vítima/beneficiária declarante

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

13 - Assinatura do Procurador (se houver)



3 C1P



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 integra: 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 TARCISIO 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de setembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOHÉ CLEBE DE SOUZA LEMOS
Noticiante

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
04 OUT. 2019
COMPRA PREDIFÍCIO S/A
CONCRETE
Procedimento Policial: 10232.01.2019.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	088.455.934-36	José Glebe de Souza bernes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
José Glebe de Souza bernes	088.455.934-36		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recuso	Absent	5N	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - UF:	14 - FAIXA:
Apasa	Pitimbu	PB	58000 - 000
15 - E-mail:	(83) 986634900		

DADOS CADASTRAIS

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 - CRM do Representante Legal:										
19 - Profissão do Representante Legal:										
<p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p>										
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00								
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00								
21 - DADOS BANCÁRIOS: <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) </td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table>			<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)									
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)										
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)									
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)									
AGÊNCIA: 2108 3 CONTA: 0532646 0										
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)										
AGÊNCIA: _____ _____ CONTA: _____ _____										
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)										

ANSWER

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laude do Instituto Médico Integral (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DESAT, por motivos de comodato, que não é da iniciativa meu da propriedade.

Não há IMI que atenda a reação do acidente ou da minha residência; ou

□ O IML, que atende a região do acidente ou à minha residência, não realiza exames, para fins do Sistema DIFRAT, que

Q3. IMI: quando o usuário descreve o que é mais importante para ele nessa questão, o que é mais importante para ele nessa questão?

Pelo motivo acimaelucado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 16.194/24, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou reunião acordada em contrapartida ao meu consentimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORTEIRA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data de óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou campanhete(s):					<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou campanhete(s), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	nasceu (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Não	teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer mentira ou declaração não verdadeira poderá levar a cobrança de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

38 - 1º | Nome: JAG. JOÃO PESSOA

ANALISADO

24

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

36 - CPF (nível) de quem assina a conta/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assinava roteiro/pedido

38 - 1st | Name: _____

CPF:

Assinatura da testemunha

39-2⁴ | Name: _____

CPF:

Resumo do teste anônimo

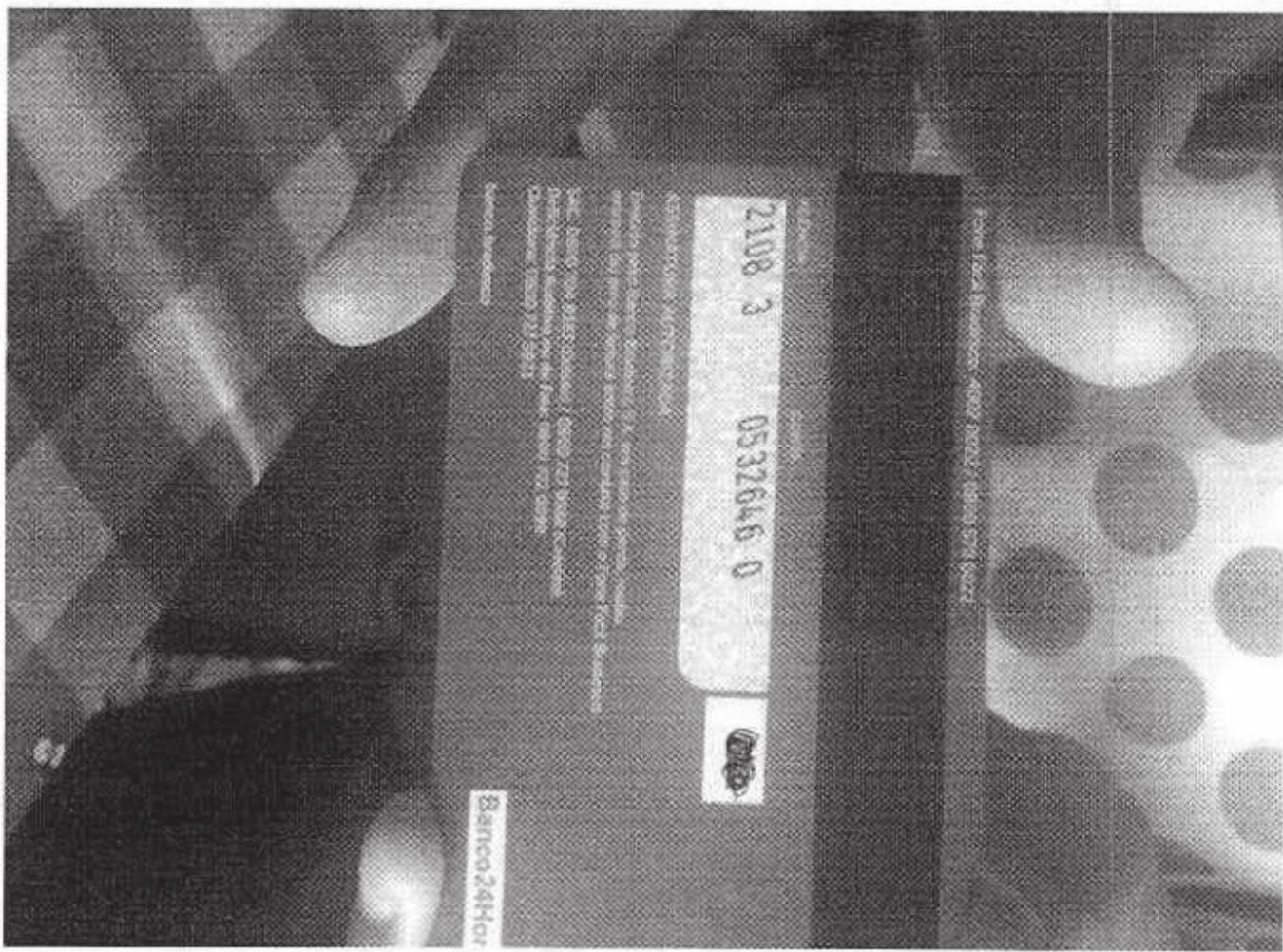
40 Journal of Data

João Penca - PRB 04/10/19
Bem Eleito de Sucesso Lameiro.

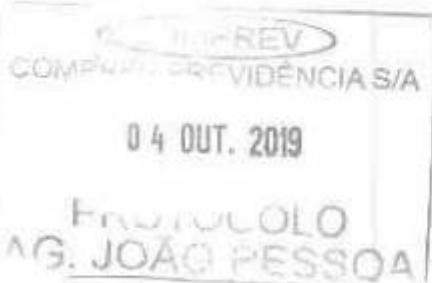
43- Assinatura da vítima/beneficiária declarante

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

13 - Assinatura do Procurador (se houver)



3 C1P





CERTIDÃO

Nº. 1351/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO 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.

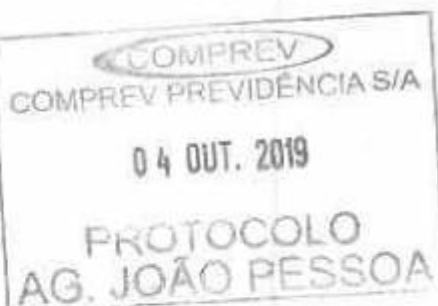
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º metatarso esquerdo + luxação. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/05/2019. Com alta médica dia 18/05/2019.

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

João Pessoa, 15 de agosto de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



BRADESCO

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

BRADESCO1610201905000000000237021080000053264613500 PAGO

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é resguardado de conta.

Permito para sempre pagamento da fatura fiscalizada da energisa paraíba N° 031.407.896

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 29.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

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

Acesse: 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

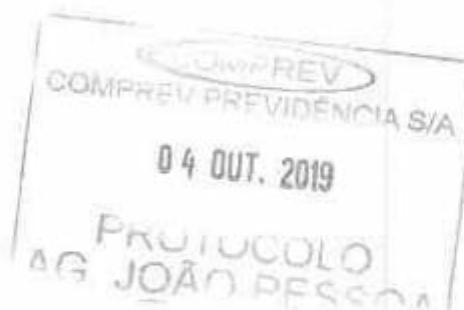
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número:	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000596489	000000000201909	26/09/2019	R\$ 131,50	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

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 resguardado de conta.

Permito para sempre pagamento da fatura fiscalizada da energisa paraíba N° 031.407.896

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 29.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

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

Acesse: 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

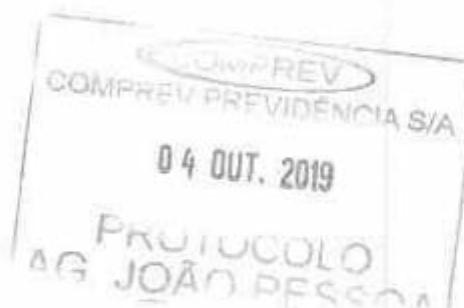
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número:	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000596489	000000000201909	26/09/2019	R\$ 131,50	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 80 | 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 da 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 de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº29.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

José Glebe de Souza bemos inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.455.934-36,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Glebe de Souza bemos

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:	Rua Agente Fiscal José 6. Duarte	Número: 157	Complemento:
Bairro:	Changabeira	Cidade: João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:	Tel. (ODD): (83) 98663-4900		

Local e Data:

João Pessoa - PB 04/10/19

Assinatura do Declarante


COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019


FRUJUCOL
AG. JOÃO PESSOA

REFE. TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COM. XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
GENTE 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
Recepctionista: LENICE FLORENCIO DE AP
Clinica: ORTOPEDIA

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

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Ca de acidente por: NAO
Ca de violencia por: NAO
Caso Policial

E-CONSULTA
Co de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FR: TP:
Altura:
IMC:
O2%:
Síntese Principal:
RACAM EM MTE

Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito
Observacao 04 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Exame - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

2019-04-30 11:21:55

do p' E

Diagnosticos | Conduta

Rx d p' E

Prescriçao

Horario da medicacao

2019-04-30 11:21:55

Rx d p' E

OD: For fuhi adue reu
visto

---a e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

- CEDIMENTO REALIZADO

TÍTULO DO PACIENTE

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

afaseis illes de Segundo vides.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 30/04/19

Nome: José Elídio da Silva Lima Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Prontuário: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

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

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

Escolaridade: _____ Data de Nascimento 1/1

QPD: Padre de Deus b. p. @ apm

HDA: on/it d. moto

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: Cefaleia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

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

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

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

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

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

+ Pct em decúbito dorsal
+ Drapagem ótica +
morfologia menor cefálica

Incisão:

- Incisão em face dorsal
ao 2º molar superior

- luxação da Fractura +
varicosas ócimas

Achados:

abdução + passagem
P.D. 12 30° ↗

Conduta:

- Redução Hemostasia
- Da Pta
- Cepatino

Fechamento:

OBS:

Data: 18/05/19

Dr. Flávio Henrique
Ortopedia e Traumatologia
MÉDICO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	OS	Cirurgia:	Sam	Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data:	Cirurgião:	Fábio Loyola		1º Assistente:
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I: T:	CID
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				

DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO	
Platôum 2º PAB + Uso de urina	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	
0 urina	
CID	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
<p>REDU^ç ABS^ç +</p> <p>osteotom + PASSEGUE</p> <p>TRIO K.</p>	

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: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipe

[] 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: _____

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	C.P.S.		CLAS	03	Saude Bemar	PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	SEXO	COR	COR	CÉNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	20/04/19	DATA DE ALTA	18/05/19		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura 2º P.D.G + luxação					CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Neonatal PAVOINHA + luxação						
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES	ultrass						

TRATAMENTO REALIZADO:	ultrasscan Fratura + luxação F.O N. Interno 0122						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA							
ANESTESIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLTECA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA							
CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	REMÓVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO		

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES						
<p>P.F. 41/04/1991, sexo: M, 2º P.D.G + luxação</p> <p>Neonatal PAVOINHA + luxação</p> <p>Foto: 21/04/1991, aberto + passou a raspado.</p>							

DIETA:	4000	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: Lavi-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:		

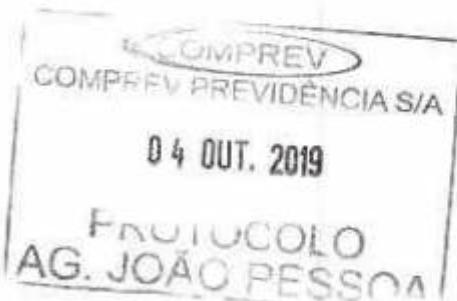
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.
DATA	
18/05/19	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	

Dr. Haim Henrique Loyola
CRM-PB 16267
Traumatologia / Ortopedia
CRM-PB 16267



Lori Plets

Scanned with CamScanner





COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019

PROJETO DE
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB

Nº 012235527991

87181263426

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20150000372592-4

1 0032977267-8 00/00000000

JOSE CLEBE DE SOUZA LEMOS
RUA RUA DAS AMELIAS 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

03/09/2015

40665

34584

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019

VEÍCULO
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

Valorização 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

Valorização 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

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 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