



Número: **0802739-69.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **15/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

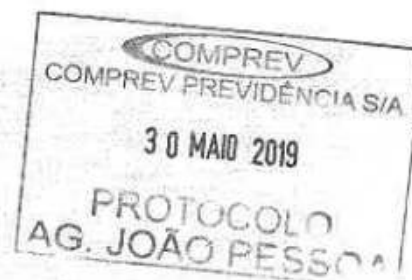
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|-------------------|
| SEVERINO GOMES DOS SANTOS (AUTOR)                          |                    | JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO (ADVOGADO) |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)           |                   |
| Documentos                                                 |                    |                                            |                   |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo              |
| 30659029                                                   | 14/05/2020 11:41   | <a href="#">2716486_PROC_AD</a>            | Outros Documentos |





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190355570 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 26/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190355570 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 24/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P3

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

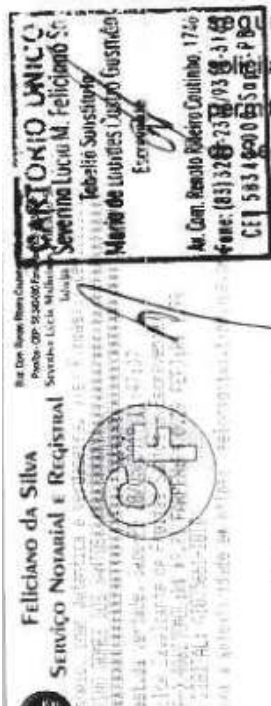
### OUTORGANTE:

Nome: SUELIO GOMES DOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: ADVOGADO  
Identidade: 1205533 CPF: 723.04.724-00  
Endereço: RUA VIGILANTE, 50 - LARIL CARACOLINHA - SDO / PB

### OUTORGADO:

Nome: FRANCIELLE DA MOTA FELICIANO  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
Profissão: ADVOGADA  
Identidade: 2.569.321 SSP/PB CPF: 036.219.034-88  
Endereço: RUA DOUTOR ANTONIO POLIST, 175, BARRAGEM, BOA VISTA, POUA

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e dar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima SUELIO GOMES DOS SANTOS



SUELIO GOMES DOS SANTOS  
Local e data

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

SUELIO GOMES DOS SANTOS  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Suelio GOMES DOS SANTOS  
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SETELO  
 Profissão: ADVOGADO  
 Identidade: 12005663 CPF: 253.641.284-00  
 Endereço: RUA BOXTON, 50 - LOJA COVALCONE, SDO/PO

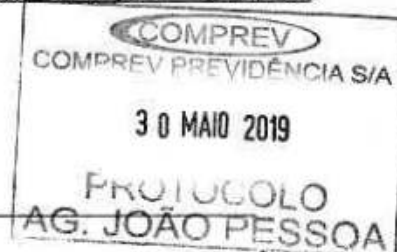
### OUTORGADO:

Nome: Franciellen de Melo Feliciano  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
 Profissão: ADVOGADA  
 Identidade: 2.569.321 SSP/PA CPF: 036.219.034-88  
 Endereço: Rua Doutor Antônio Polist, 175, Barra da Piraí, RJ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e realizar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito tidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima SUELIO GOMES DOS SANTOS



\_\_\_\_\_  
 Local e data



\_\_\_\_\_  
 Local e data

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Outorgante  
 (reconhecer firma por autenticidade)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

**JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88**

Documentos de identificação

Procuração

**SEVERINO GOMES DOS SANTOS : 853.274.924-00**

Autorização de pagamento

### 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](http://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: 03/06/2019  
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO  
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019  
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-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

### 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](http://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: 17/09/2019  
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO  
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

**Vítima:** SEVERINO GOMES DOS SANTOS

**CPF:** 853.274.924-00

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/01/2019

**Titular do CPF:** SEVERINO GOMES DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

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

#### SEVERINO GOMES DOS SANTOS : 853.274.924-00

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](http://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: 30/05/2019  
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO  
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184607/19

Número do Sinistro: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019  
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO  
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

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

Carta nº 14397000

Pag. 00715/00716 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Pag. 00053/00054 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050027



Carta nº 14418666





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355570

Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS

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

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Boletim de ocorrência</b> | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), devidamente assinado pela autoridade policial responsável. |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Pag. 00439/00440 - carta\_03 - INVALIDEZ

00020220



Carta nº 14769251







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190355570**

**Vítima: SEVERINO GOMES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 05/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SEVERINO GOMES DOS SANTOS**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: SEVERINO GOMES DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000922**

**Conta: 0000038779-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: |
|                                                                                                                                       | 853.234.924-00 | SUELIO MOREIRA TORRES    |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                |                          |
| Nome completo:                                                                                                                        |                | CPF:                     |
| SUELIO MOREIRA TORRES                                                                                                                 |                | 853.234.924-00           |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:      | Número:                  |
| INTELENTE                                                                                                                             | 000 FLORESTA   | 20                       |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:        | Estado:                  |
| PRATA-CRISTÓFARO                                                                                                                      | SÃO            | PA                       |
| E-mail:                                                                                                                               |                | CEP:                     |
|                                                                                                                                       |                | 05244-000                |
|                                                                                                                                       |                | Tel.(DDD):               |
|                                                                                                                                       |                | (052) 2666-2530          |

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

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                             |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                     | Nome do BANCO:                                            |
| <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                                         |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                              |                                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                           |                                                           |
| AGÊNCIA: 0922                                                                               | CONTA: 32772                                              |
| (Informar o dígito se existir)                                                              | (Informar o dígito se existir)                            |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:                                                       | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima:                                              | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                         | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos:                                                                                                                                                              | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|                                                                               | Vivos: Falecidos:                                                                                                                                                                               | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:                                  | Spx/PA, 23 de maio de 2019 |
| Nome:                                          | SUELIO MOREIRA TORRES      |
| CPF:                                           | 853.234.924-00             |
| Assinatura de quem assina A ROGO               |                            |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |                            |

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

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

COMPROVANTE PREVIDÊNCIA SIA  
30 MAIO 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.

FP5.001 V001/2018



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

|                        |                |                           |
|------------------------|----------------|---------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima:  |
|                        | 853.274.924-00 | SUELIO MOREIRA DOS SANTOS |

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

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Nome completo:            | CPF:            |
| SUELIO MOREIRA DOS SANTOS | 853.274.924-00  |
| Profissão:                | Número:         |
| ASSALTO                   | SN              |
| Endereço:                 | Complemento:    |
| AV. PARANÁ                |                 |
| Bairro:                   | Cidade:         |
| BOA ESPERANÇA             | SP              |
| Estado:                   | CEP:            |
| SP                        | 06340000        |
| E-mail:                   | Tel.(DDD):      |
|                           | (11) 96661-4550 |

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

**DADOS CADASTRAIS**

**REDA 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**

|                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                                                                                          | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____                                      |
| AGÊNCIA: 0922 CONTA: 38777 1                                                                                                                                                                    | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____                               |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                  | (Informar o dígito se existir)                            |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

|                                  |                                                                                                                                                                                                |                                                              |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:          | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grav de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                        | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                      | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                  | Vivos: Falecidos:                                                                                                                                                                              |                                                              |
|                                  | Vítima deixou nascituro (vai nascer)?                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    |
|                                  | Vítima deixou pais/avós vivos?                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, SP/PA 28 de maio de 2019

Nome: SUELIO MOREIRA DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

SUELIO MOREIRA DOS SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**COMPROVANTE PREVIDÊNCIA SIA**

**30 MAIO 2019**

**PROTOCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949

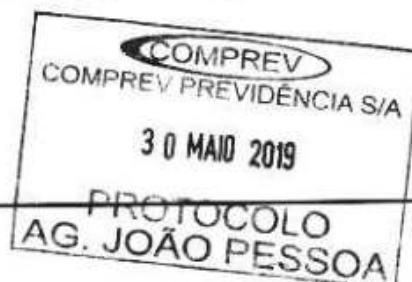
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 773/2019

Aos SEIS dias do mês de MAIO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, ai por volta das 08h40min; compareceu **SEVERINO GOMES DOS SANTOS**, RG: 1609663-SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de Pilar/PB, nascido aos 29/11/69, agricultor, alfabetizado, filho de Pai não declarado e de Josefa Maria dos Santos, residente na rua Projetada-111-Bairro Abel Cavalcante- Sapé-/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 05/01/2019, por volta das 18:00h, na PB 073, o declarante ia no bagageiro de uma MOTO DE MARCA HONDA CG/125 FAN KS, DE PLACA NQG5629, ANO 2010, DE COR VERMELHA CHASSÍ 9C2 JC4110AR712394, EM NOME DE DAMIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, CONDUZIDA PELO SENHOR VINICIUS SOUZA ALVES; QUE no giradouro no centro desta Cidade vinha um veículo não identificado bateu de lado na Moto do declarante; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Sá Andrade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital; Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: S. Severino Gomes dos Santos

ESCRIVÃO: [Assinatura]





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRÂNSITO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 773/2019

Aos SEIS dias do mês de MAIO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 08h40min; compareceu **SEVERINO GOMES DOS SANTOS**, RG: 1609663-SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de Pilar/PB, nascido aos 29/11/69, agricultor, alfabetizado, filho de Pai não declarado e de Josefa Maria dos Santos, residente na rua Projetada-111-Bairro Abel Cavalcante- Sapé-/PB. **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA:** QUE no dia 05/01/2019, por volta das 18:00h, na PB 073, o declarante ia no bagageiro de uma MOTO DE MARCA HONDA CG/125 FAN KS, DE PLACA NQG5629, ANO 2010, DE COR VERMELHA CHASSÍ 9C2 JC4110AR712394, EM NOME DE DAMIANA MARIA DA CONCEIÇÃO, CONDUZIDA PELO SENHOR VINICIUS SOUZA ALVES; QUE no giradouro no centro desta Cidade vinha um veículo não identificado bateu de lado na Moto do declarante; QUE o declarante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Sá Andrade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital; Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: [Assinatura]

ESCRIVÃO: [Assinatura]

Cezarina Maria Araújo de Medeiros  
Escrivã de Polícia Mat:135.635-6







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: |
|                                                                                                                                       | 853.234.924-00 | SUELIO MOREIRA TORRES    |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                |                          |
| Nome completo:                                                                                                                        |                | CPF:                     |
| SUELIO MOREIRA TORRES                                                                                                                 |                | 853.234.924-00           |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:      | Número:                  |
| INTELENTE                                                                                                                             | 000 FLORESTA   | 20                       |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:        | Estado:                  |
| PRATA-CRISTÓFARO                                                                                                                      | SÃO            | PA                       |
| E-mail:                                                                                                                               |                | CEP:                     |
|                                                                                                                                       |                | 05244-000                |
|                                                                                                                                       |                | Tel.(DDD):               |
|                                                                                                                                       |                | (052) 2661-2130          |

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

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|                                                                                             |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)                                                     | Nome do BANCO:                                            |
| <input type="checkbox"/> Itaú (341)                                                         |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)                                              |                                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                           |                                                           |
| AGÊNCIA: 0922                                                                               | CONTA: 32772                                              |
| (Informar o dígito se existir)                                                              | (Informar o dígito se existir)                            |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:                                                       | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima:                                              | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                        | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos:                                                                                                                                                             | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|                                                                               | Vivos: Falecidos:                                                                                                                                                                              | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:                                  | Spx/PA, 23 de maio de 2019 |
| Nome:                                          | SUELIO MOREIRA TORRES      |
| CPF:                                           | 853.234.924-00             |
| Assinatura de quem assina A ROGO               |                            |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |                            |

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

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

COMPROVANTE PREVIDÊNCIA SIA  
30 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

FP5.001 V001/2018



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

|                        |                |                           |
|------------------------|----------------|---------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima:  |
|                        | 853.274.924-00 | SUELIO MOREIRA DOS SANTOS |

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

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| Nome completo:            | CPF:           |
| SUELIO MOREIRA DOS SANTOS | 853.274.924-00 |
| Profissão:                | Número:        |
| ASSALTO                   | SN             |
| Endereço:                 | Complemento:   |
| AV. PARANÁ                |                |
| Bairro:                   | Cidade:        |
| BOA ESPERANÇA             | SP             |
| Estado:                   | CEP:           |
| SP                        | 06340000       |
| E-mail:                   | Tel.(DDD):     |
|                           | (11) 9666.4450 |

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

**DADOS CADASTRAIS**

**REDA 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**

|                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                                                                                          | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | Nome do BANCO: _____                                      |
| AGÊNCIA: 0922 CONTA: 38777 1                                                                                                                                                                    | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____                               |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                  | (Informar o dígito se existir)                            |

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

|                                  |                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:          | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                 |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                        | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                             |
| Vítima teve filhos?              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                      | Se tinha filhos, informar quantos:                                                       |
|                                  | Vivos: _____ Falecidos: _____                                                                                                                                                                  |                                                                                          |
|                                  | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                | Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: SP/PA 28 de maio de 2019

Nome: SUELIO MOREIRA DOS SANTOS

CPF: 853.274.924-00

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

SUELIO MOREIRA DOS SANTOS

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

COMPROVANTE PREVIDÊNCIA S/A

30 MAIO 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

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

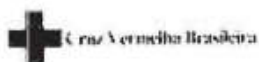
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

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

FP.001 V001/2018







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1133820



### Identificação do paciente

|                                                        |                                                         |                          |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| ID<br>1363168                                          | Nome<br>SEVERINO GOMES DOS SANTOS                       | Sexo<br>Masculino        |
| Data de nascimento<br>29/11/1969                       | Idade<br>49 anos 1 mes 7 dias                           | Estado civil<br>Religião |
| Mãe<br>JOSEFA MARIA DOS SANTOS                         | Pai<br>NAO DECLARDO                                     | Prontuário               |
| Escolaridade                                           | Responsável (Parentesco)<br>GISELE GERONIMO - ESPOSO(A) |                          |
| DDD Móvel<br>83                                        | Fone Móvel<br>991150045                                 | DDD Fixo<br>Fone Fixo    |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                      | Número documento<br>1609663                             | Nº Cns                   |
| Local de procedência<br>HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE) | Tipo<br>UNIDADES SAUDE                                  | UF<br>PB                 |
| Email                                                  | Naturalidade<br>PILAR                                   | CBO/R                    |

### Endereço

|                 |                                 |                           |                       |
|-----------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| CEP<br>58240000 | Município de residência<br>SAPE | UF<br>PB                  | Logradouro<br>PROJETA |
| Número<br>111   | Complemento                     | Bairro<br>ABEL CAVALCANTE |                       |

### Admissão

|                                    |                                                  |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Data e Hora<br>05/01/2019 20:46:59 | Número da pulseira<br>100007160508               | Convênio<br>SUS                       |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clinica                                          |                                       |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE     |                                       |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |

### Indicadores e Transporte

|                                  |                       |                           |               |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não             | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>AMBULANCIA | Quem transportou      |                           |               |

### Sinais Vitais

|    |   |      |       |             |
|----|---|------|-------|-------------|
| PA | X | mmHg | Pulso | Temperatura |
|----|---|------|-------|-------------|

### Exames complementares

|            |            |           |        |            |         |                     |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [ ] | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Liquor [ ] | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
|------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|

Dados clínicos

Paciente admitido com trauma de cabeça, membros superiores e inferiores com fraturas em ATIE e Korte

Diagnóstico

Atendido por  
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA



CID

Tempo  
48seg

05.01.2019 20:45





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 01/10/2019 |
|------------------------|------------|

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

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.362,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: SEVERINO GOMES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000038779-1

---

---

Nr. da Autenticação 1810B56DCE4CA133



**ENERGISA**  
ENERGISA PARA A DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S.A.  
R/120 Km 28 - Cristóvão Colombo - Jd. do Fênix/SP - CEP 06071-080  
CNPJ 08.096.783/0001-43 - Insc. Est. 16.916.822-0  
Fala Fácil/Cont. de Energia Elétrica 11002 566 441  
Ced. por Jd. Autenticação: 00019054878

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0198 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF / CNPJ / RAS          |
|-------------------|--------------|----------------------------------|---------------------------|
| Mar / 2019        | 27/03/2019   | 26/04/2019                       | 093.979.464-21<br>Igarapé |

UC (Unidade Consumidora): 5/1505497-8

Com a segurança por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle do seu consumo e qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato com um dos nossos correios e saiba a sua

| Anterior               |                          | Atual                   |                 | Constante |       | Consumo     |         | Dias    |         |
|------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------------|-----------|-------|-------------|---------|---------|---------|
| Data                   | Letura                   | Data                    | Letura          |           |       |             |         |         |         |
| 26/02/19               | 865                      | 27/02/19                | 8758            |           |       | 185         |         |         | 28      |
| Demonstrativo          |                          |                         |                 |           |       |             |         |         |         |
| Seq                    | Descrição                | Quantidade              | Valor Base Calc | Ala       | Cons  | Base Calc   | Preço   | Consumo | Consumo |
|                        |                          | Tratada Total (CMV/R\$) | CMV/R\$         | CMV       |       | Preço (R\$) | CMV/R\$ | CMV/R\$ | CMV/R\$ |
| 0601                   | Consumo - 220V/1-6R      | 70,000 0,001540         | 8,28            | 8,82 27   | 2,55  | 8,82        | 1,09    | 0,42    |         |
| 0601                   | Consumo - 41 a 120V/1-6R | 70,000 0,002860         | 9,40            | 34,50 27  | 9,51  | 34,50       | 3,37    | 1,70    |         |
| 0601                   | Consumo - 10 a 220V/1-6R | 95,000 0,009420         | 82,85           | 82,85 27  | 16,87 | 82,85       | 1,67    | 5,10    |         |
| 0610                   | Subtotal                 |                         | 46,53           | 46,00 27  | 12,42 | 49,02       | 0,49    | -2,27   |         |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                          |                         |                 |           |       |             |         |         |         |
| 0601                   | CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA |                         | 11,01           | 0,00 0    | 0,90  | 0,00        | 0,00    | 0,00    |         |
| 0604                   | JUROS DE MORA 02/2018    |                         | 0,02            | 0,00 0    | 0,59  | 0,00        | 0,00    | 0,00    |         |
| 0608                   | MULTA 22/02/19           |                         | 1,27            | 0,00 0    | 0,00  | 0,00        | 0,00    | 0,00    |         |
| 0608                   | Desenvolvimento Subtotal |                         | -35,84          | 0,00 3    | 0,20  | 0,00        | 0,00    | 0,00    |         |

|                                     |                  |                  |                  |       |        |      |      |
|-------------------------------------|------------------|------------------|------------------|-------|--------|------|------|
| CCI Código de Classificação do Item | TOTAL            | 132,55           | 151,29           | 31,63 | 151,92 | 1,62 | 1,49 |
| Tarifa de Tributos A1430Wh 0,192800 | A1430Wh 0,192800 | A1430Wh 0,192800 | A1430Wh 0,192800 |       |        |      |      |

| DATA DE PAGAMENTO                           | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------------------------|---------------|
| 11/04/2019<br>(Ratificação de Contas) (RWR) | R\$ 133,55    |

|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 101   | 120   | 120   | 102   | 118   | 90    | 121   | 148   | 128   | 178   | 128   | 117   |
| Mar18 | Apr18 | Mar18 | Jun18 | Jun18 | Apr18 | Sec18 | Oct18 | Nov18 | Dec18 | Jan19 | Feb19 |

© 2007 Pearson Education, Inc. All rights reserved.

f608.cfe7.dcf2.91fc.f607.1bb7.d9e5.0c82

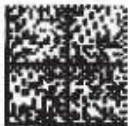
[illegible]

Atención

- Sua unidade foi furada como Balsa Renda, tendo um decoro de R\$ 50,34
- Letura confirmada

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





01804067



CTC RECIFE PE PL7  
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO  
R DOUTOR ANTONIO PALITOS 175  
BANCARIOS  
58051-780 JOAO PESSOA PB

DATA DE VENCIMENTO 10/04/19 DATA DE POSTAGEM 01/04/19



7218210573001750000225067130010419



Número do seu Claro 83 99181 6739 Período de Uso de 23/02/2019 a 22/03/2019 Vencimento 10/04/2019 Total a Pagar R\$ 229,56

Valor pago na última conta: R\$ 188,29

## Veja aqui o que está sendo cobrado

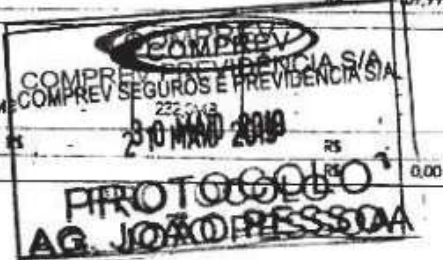
|                                                         | Contratado | Utilizado | Excedente  |
|---------------------------------------------------------|------------|-----------|------------|
| Permanência PF - Claro Pós 6GB (vigente até 12/03/2019) |            |           |            |
| Piano Claro                                             |            |           |            |
| Oferta Conjunto Claro MIX                               | R\$ 109,99 |           |            |
| Aplicativos Digitais                                    | R\$        |           |            |
| Claro Pós 6GB (128)                                     | R\$        |           |            |
| Desconto Claro Pós 6GB (128)                            | R\$        |           |            |
| Internet                                                |            |           |            |
| 6GB de internet                                         | 6.144,0MB  | 6.081,0MB |            |
| Serviços                                                |            |           |            |
| Torpedos ilim. nacionais para qualquer operadora        | ilimitado  |           |            |
| Voz                                                     |            |           |            |
| Ligações locais e LDN ilim. para qualquer operadora     | 10.1400    | 366min54s |            |
| Subtotal                                                | R\$ 109,99 |           | R\$        |
| Total - Plano Claro                                     |            |           | R\$ 109,99 |

Contratações Adicionais  
Promoção Nortes em Claro - 6GB  
Promoção WhatsApp grátis  
Internet

Subtotal

Total - Contratações Adicionais

6.144,0MB



R\$ 0,00

Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.  
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FURUTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Unasul 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do boleto

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO Código Débito Automático 108690678 Período de Uso 23/02/19 a 22/03/19 Total R\$ 229,56 Vencimento 10/04/19  
Claro NE DDD 81 a 89

84830000002-8 | 29560221201-3 | 90410108690-3 | 67803528122-1



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar  
esta parte do boleto, para não danificar o código de barras.

\*01804067\*

Pag. 1 de 1





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

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renan Ellen de Lede Feliciano  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034 / 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Sereuine Gomes dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.274.924 / 00  
do sinistro de DPVAT cobertura imobiliz da vítima Sereuine Gomes dos Santos  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.274.924 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: - - - Renda: - - - e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

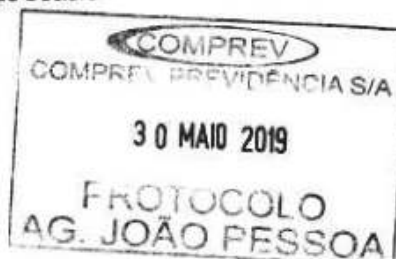
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

|                                               |                               |                                      |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Endereço:<br><u>Rua Santa Antônio Batista</u> | Número:<br><u>175</u>         | Complemento:                         |
| Bairro:<br><u>Panacóris</u>                   | Cidade:<br><u>João Pessoa</u> | Estado:<br><u>PB</u>                 |
| E-mail:<br><u>renanfeliciano@hotmail.com</u>  | CEP:<br><u>58051-780</u>      | Tel.(DDD):<br><u>(83) 99181-6739</u> |

Local e Data: Sopó / PB, 28 de maio de 2019

Renan Ellen de Lede Feliciano

Assinatura do Declarante



DLDRIL.001 V001/2017





### Declaração do Proprietário do Veículo.

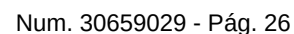
Eu, DANIELA MACIEL DA CONCEIÇÃO,  
RG nº 2569321, data de expedição 02/01/2008,  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 095 316.424 74, com  
domicílio na cidade de SABÁ, no Estado de  
PARANÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ROSA R. COSTA, N.º 300, nº 117,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima SABRINO GOMES DOS SANTOS, cujo o condutor era  
SABRINO GOMES DOS SANTOS.

Veículo: Moto  
 Modelo: NONO 00  
 Ano: 2010  
 Placa: NGG 5623  
 Chassi: 2C200411004712394  
 Data do Acidente: 02.01.2010  
 Local e Data: SP 28.05.2010

Assinatura do Declarante

Enorme Love des Lutes

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

[illegible]





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SEVERINO GOMES DOS SANTOS  
DATA DE NASCIMENTO 29/11/69  
NOME DA MÃE JOSEFA MARIA DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1133820  
DATA DO ATENDIMENTO 05/01/19  
HORA DO ATENDIMENTO 20:46  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA DE TIBIA PROXIMAL  
CID 10 S82.1 , SOO

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA E FRATURA DE TIBIA PROXIMAL NA ALTURA DO FERIMENTO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA. DEVIDO A PACTUAÇÃO FOI TRANSFERIDO PARA HOSPITAL ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

FAST  
TC DE CRANIO,  
RX Pelve, COXA ESQ. , PERNA ESQ. JOELHO ESQ.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX PERNA ESQ. - FRATURA EXPOSTA DE TIBIA PROXIMAL ESQ.

### TRATAMENTO:

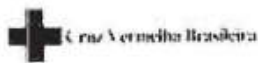
CURATIV, IMOBILIZAÇÃO DA PERNA ESQ. ENCAMINHADO AO H. ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 05/01/19  
DATA DA EMISSÃO: 29/03/19

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1133820



### Identificação do paciente

|                                                        |                                                         |                          |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| ID<br>1363168                                          | Nome<br>SEVERINO GOMES DOS SANTOS                       | Sexo<br>Masculino        |
| Data de nascimento<br>29/11/1969                       | Idade<br>49 anos 1 mes 7 dias                           | Estado civil<br>Religião |
| Mãe<br>JOSEFA MARIA DOS SANTOS                         | Pai<br>NAO DECLARDO                                     | Prontuário               |
| Escolaridade                                           | Responsável (Parentesco)<br>GISELE GERONIMO - ESPOSO(A) |                          |
| DDD Móvel<br>83                                        | Fone Móvel<br>991150045                                 | DDD Fixo<br>Fone Fixo    |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                      | Número documento<br>1609663                             | Nº Cns                   |
| Local de procedência<br>HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE) | Tipo<br>UNIDADES SAUDE                                  | UF<br>PB                 |
| Email                                                  | Naturalidade<br>PILAR                                   | CBO/R                    |

### Endereço

|                 |                                 |                           |                       |
|-----------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| CEP<br>58240000 | Município de residência<br>SAPE | UF<br>PB                  | Logradouro<br>PROJETA |
| Número<br>111   | Complemento                     | Bairro<br>ABEL CAVALCANTE |                       |

### Admissão

|                                    |                                                  |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Data e Hora<br>05/01/2019 20:46:59 | Número da pulseira<br>100007160508               | Convênio<br>SUS                       |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL    | Clinica                                          |                                       |
| Classificação de risco             | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE     |                                       |
| Caráter de atendimento             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |

### Indicadores e Transporte

|                                  |                       |                           |               |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não             | Plano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>AMBULANCIA | Quem transportou      |                           |               |

### Sinais Vitais

|              |       |             |
|--------------|-------|-------------|
| PA<br>x mmHg | Pulso | Temperatura |
|--------------|-------|-------------|

### Exames complementares

|                                                                                                              |            |           |        |            |         |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [ ]                                                                                                   | Sangue [ ] | Urina [ ] | TC [ ] | Liquor [ ] | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
| Dados clínicos<br>Paciente admitido com trauma de cabeça, membros superiores com fraturas em RT e L. R. Koma |            |           |        |            |         |                     |

Diagnóstico

Atendido por  
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA



CID

Tempo  
48seg

05/01/2019 20:45





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                       |               |               |         |
|---------------------------------------|---------------|---------------|---------|
| NOME <u>Suelio Moreira dos Santos</u> |               | PRONTUÁRIO Nº |         |
| IDADE <u>49 A</u>                     | SEXO <u>M</u> | COR           | CLÍNICA |
|                                       |               | ENF.          | LEITO   |

|                                    |                                |                      |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| DATA DE ADMISSÃO <u>02/01/2019</u> | DATA DE ALTA <u>02/03/2019</u> | TEMPO DE PERMANÊNCIA |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| DIAGNÓSTICO INICIAL <u>fratura exposta dos ossos do punho Esquerdo S.82</u> | CID |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO                                                      |     |

|                     |
|---------------------|
| OUTROS DIAGNÓSTICOS |
|---------------------|

|                                            |
|--------------------------------------------|
| PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx + exame físico</u> |
|--------------------------------------------|

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Intervenção cirúrgica</u> |
|------------------------------------------------------|

|                       |
|-----------------------|
| TERAPIA MEDICAMENTOSA |
|-----------------------|

|                     |
|---------------------|
| ANATOMIA PATOLÓGICA |
|---------------------|

|                                                                                    |                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                          |
|--------------------------|
| RESULTADO BACTERIOLÓGICO |
|--------------------------|

|                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONDIÇÃO DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <u>paciente foi admitido a laia com fratura exposta dos ossos do punho esquerdo com ferimento aberto com perda de sangue. Foi realizada a cirurgia de redução da fratura com fixação com placas e parafusos. Pós-operatório com boa evolução. Alta com medicação e orientações para cuidados com a ferida operatória.</u> |

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

|                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIETA:                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                            |
| REPOUSO:                                                                                                                                                                                                     | Relativo em casa por <u>90</u> dias.                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                              | Retorno às atividades sem esforço físico em <u>90</u> dias.                                                |
|                                                                                                                                                                                                              | Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>90</u> dias e com esforço maior em <u>      </u> dias. |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a 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: <u>apoflexone, AINE</u>                                                                                                                                                                |                                                                                                            |

|         |                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------|
| RETORNO | Ao posto de saúde em <u>02/03/19</u> para retirada de pontos.        |
|         | Ao Ambulatório do <u>Dr. Portela</u> em <u>02</u> dias para revisão. |

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| DATA <u>02/03/19</u> | ASS. MÉDICO / CRM <u>[assinatura]</u> |
|----------------------|---------------------------------------|

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





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

Ficha Nr: 195275 Atd: Nao Regul  
Data: 06/01/2019  
Hora: 03:26:48  
Recepcionista: HELENA MARIA HONORATI  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO GOMES DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 898003945100358 Sexo: M IDENTIDADE: 1609663 Fone: 993571167 Num. Prontuario: 2019.01.000581  
Natural: PILAR/PB Data Nasc.: 29/11/1969 Id: 49 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA - CASA, 11 CPF = 853274924-00  
Bairro: ABEL CAVALCANTE Cidade: SAPE UF: PB  
Mae: JOSEFA MARIA DOS SANTOS Pai: NAO DECLARADO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ENCARREGADO ADMINISTRATIVO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

MACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

Rel. ESPOSA - GISELE JERONIMO DA SILVA

Tel./e-mail: Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA S. H. LUCENA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO-CGARUPA - 05/01 - 17.00H

Vitima de violência por: PX. RESIDENCIA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

NEGA ALERGIA (SD)

AG. JOAO PESSOA

Queixa Principal

ENFIMINHADO DO HETSHL CONFORME PACTUACAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

\* *Prontuário com yunta de fax e conta de banco  
porém. Opc - Glicemia e glicose*

Diagnostico

*- Ataque de pânico  
- Doença de Alzheimer*

Prescrição

Horario da med

Dr. Carlos Lago da S. Chaves  
Oncologia e Radioterapia  
CRM-PB 3973 / TEOT 15816



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

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

**Antecedentes Familiares:**

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

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

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

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

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

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

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

AGÜ: \_\_\_\_\_

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

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

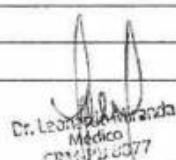
Resultados de Exames Complementares: *Rx*Hipóteses Diagnósticas: *fx. Externa de osso da perna*Conduta: *At. físico*

*Dr. Carlos Tiago da S. Chaves*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 22917 TEOT 15816

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA****Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***EM LOCAIS DE INSERÇÃO DE PINOS DE SCHANZ***Achados:****Conduta:***Realizado manobra de redução da fratura da tíbia**Realizado novo fixador externo tipo delta sob auxílio de fluoroscopia**Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%**Realizado RX controle***Fechamento:***Curativo***OBS:**Data: 07 / 02 / 2018  
Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM-PB 0077**MÉDICO/CRM**

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Aprovação de tempo, extenso

Incisão:  $\phi$

Achados:

Exerimento infectado em região anterior medial (4)  
anterior lateral e região posterior do paria (E)  
com moderada quantidade de secreções purulentas.

Conduta:

Comprova mecânica ceruegece  
Inclusivamente  
- Comprova com SIA91. arasteece  
Exateteo exteere  
Dx de certice

Fechamento:

OBS:

Isso arasteece em bilacem

Data: 1/1

Dr. Felipe Bezerra  
Médico Especialista em  
Otorrinolaringologia  
CRM 17.07  
MÉDICO CRM 17.07

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDM sobre omentose  
L. ...



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

① Paciente em DM x/b g/b  
sentado

**Incisão:**

② Ampulla + Antena + Ampulla de supra  
otica

③ Abertura + Limpa campo com  
surg. endoscópica

**Achados:**

④ Pedras de pedregal + Pedra de pedregal  
externa. Pl. antebraço de pedregal

⑤ Amarelo de base de pedregal

**Conduta:**

⑥ Curativo

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves  
Oncologista  
CRM-PB 32831 TFO 15816

**Fechamento:**

**OBS:**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MÉDICO/CRM**

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                      |                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| REGISTRO GERAL                                                            | 1.609.663 - 2ª VIA                                              |
| DATA DE EXPIRAÇÃO                                                         | 16/05/2019                                                      |
| NOME                                                                      | SEVERINO GOMES DOS SANTOS                                       |
| FILIAÇÃO                                                                  | VICENTE GOMES DOS SANTOS<br>JOSEFA MARIA DOS SANTOS             |
| NATURALIDADE                                                              | PILAR-PB                                                        |
| DATA DE NASCIMENTO                                                        | 29/11/1969                                                      |
| DOC ORIGEM                                                                | CERT. NASC. Nº0000934 - LIV.00001 - FLS.233 - CARTORIO PILAR-PB |
| CPF                                                                       | 853.274.924-00                                                  |
| Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2020 11:41:12 |                                                                 |
| LEI Nº 11.127 DE 20/08/03                                                 |                                                                 |

| MINISTÉRIO DA FAZENDA                                 |                           |
|-------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>Receita Federal</b><br>Cadastro de Pessoas Físicas |                           |
| <b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO</b>                       |                           |
| Número                                                | 853.274.924-00            |
| Nome                                                  | SEVERINO GOMES DOS SANTOS |
| Nascimento                                            | 29/11/1969                |
| VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO       |                           |

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
30 MAIO 2019  
AG. JOÃO PESSOA  
PROTOCOLO



