

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Bolote para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 020.005.580



ENERGISA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.095.183 / 0001-18 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SIMONE CRISTINA DOS SANTOS SOUZA
RUA PROF. CLEBERTO DA SILVA FONSECA S/N
CABEDELO

CDG - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1211903-8

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

12/02/2019

CONSUMO

130

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 125,18

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

SIMONE CRISTINA DOS SANTOS SOUZA

Roteiro: 07-013-211-2940

83660000001-9 25180054000-6 12119032019-6 02200013019-9

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 125,18

MATRÍCULA

1211903-2019-02-2



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA OLIVEIRA, 157 - SALA 05 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58056384 (AO 1)

energisa

Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019
Classificação: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450 Nº medidor: 07008807525

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
RZDR, Km 05 - Crato Resende - João Pessoa/PB - CEP: 58071-080
CNPJ: 09.046.183/0001-40 Insc. Est: 18.015.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 024.751
Cód. para Dts Automático: 0001883587

Atendimento ao Cliente: **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAND
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-45 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **6/1698358-7**

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta do geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
19/12/18	3519	21/01/19	3738	1	222	33
Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Valor (R\$)	Cobrança (R\$)
			Tarifa Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
DE01	Consumo em kWh	222,000	0,825810	184,17	184,17	1,85
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
CB07	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			11,05	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item: TOTAL 105,22 184,17 46,04 184,17 1,85 6,20

Média últimos meses (kWh): **VENCIMENTO 28/01/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 195,22**

Histórico de Consumo (kWh)

44 | 20 | 4 | 150 | 221 | 223 | 187 | 100 | 152 | 134 | 223 | 223
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVADO AO EMISSOR

85f1.69f1.dd42.d3c2.aad644b.9cc1f932

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Obtido	Limite de Tensão (V)
CC MENSA	5,15	0,00
CC TRIMESTRAL	10,35	
CC ANUAL	20,72	
FC MENSA	3,35	0,00
FC TRIMESTRAL	8,47	
FC ANUAL	12,85	
DMC	2,94	0,00
DGR	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Contribuição de Energia Elétrica	45,04	23,05
Contribuição de Energia	94,34	48,28
Contribuição de Transmissão	7,51	3,85
Contribuição de Distribuição	10,85	5,56
Contribuição de Serviços	88,28	45,25
Contribuição de Serviços	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

Valor do Bico (Ref: 11/2018) R\$ 0,51

ATENÇÃO

Fatura em atraso

- Leitura confirmada

PARAIBA

Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450
Métrica: 1698358-2019-01-01

VENCIMENTO

28/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,22

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455 536 024 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jonian Euclides da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.550.694 / 20

do sinistro de DPVAT cobertura Integral da Vítima Jonian Euclides da Conceição

inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.550.694 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Ugento Firca</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>hangabeita</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____		CEP: <u>58.056-384</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: João Pessoa PB 20/02/2019

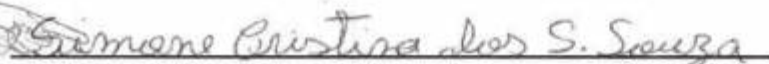
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Simone Cristina dos S. Souza,
RG nº 2.500.302, data de expedição 25/05/2008
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 047.511.184-20, com
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Cleberto da Silva Fandoca, nº 303,
complemento Bar. 4º Batalhão declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Josias Euclides, cujo o condutor era
Josias Euclides da Conceição

Veículo: Hato
Modelo: CG 150 Start
Ano: 2016
Placa: OEY B102/PB
Chassi: 9C2KC1670FR557972 15-06-2017
Data do Acidente:
Local e Data: BR 230 Proximo do Posto SETT.


Assinatura do Declarante

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



Figueirêdo Dornelas Serviço Notarial e Registral
1º Office de Notas e Privacidade de Registro Imobiliário
Rua Amador Fraga, 55 - Centro - CEP: 51100-000 - Cabedelo - PB
Fone: (51) 3321.1142

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
SIMONE CRISTINA DOS SANTOS SOUZA
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 16/11/2018 14:29:08
Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto
[2018-011736]EML:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHT17702-62KH
Confira a autenticidade em <https://smodigital.pb.jus.br>

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSIAS EUCLIDES DA CONCEIÇÃO
DADOS DE NASCIMENTO 13/03/80
NOME DA MÃE LUIZA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.006.510
Nº PRONTUARIO
DATA DO ATENDIMENTO 10/06/17
HORA DO ATENDIMENTO 18:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) CONUTUSÃO DO OMBRO E + FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO E
CID 10 S 40.0 + S 52.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando queixa de dor em ombro E e cotovelo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP
RX do cotovelo E - AP e P



TRATAMENTO:

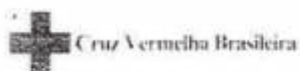
Fratura da extremidade superior (cabeça) do rádio E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 10/06/17
DATA DA EMISSÃO: 22/01/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/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 PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1006510



Identificação do paciente			
ID 1179476	Nome JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO	Sexo Masculino	
Data de nascimento 13/03/1980	Idade 37 anos 2 meses 28 dias	Estado civil	Religião
Mãe LUIZA JOSEFA DA CONCEICAO		Pai NAO DECLARADO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) JACKSON FELIPE DOS SANTOS SOUZA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987889505	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2414281	Nº Cns	
Local de procedência CABEDELO	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade LUCENA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro CLEBERTO DA SILVA FONSECA
Número 303	Complemento	Bairro CAMBOINHA II	
Admissão			
Data e Hora 10/06/2017 18:03:02	Número da pulseira 100006210105	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA 130 x 70 mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []			
ECG []			
Ultrasonografia []			
Dados clínicos Paciente admitido de quadro de trauma concomitante, orientado, eupneico, encaminhado de ED.			
Diagnóstico		CID	
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA		Tempo 01min 08seg	

Imprimir



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	13/03/1980	37	MASCULINO	1006510	Leito	10/06/2017 18:15:03
Setor			Posto de Trabalho				Prescrição válida a
							10/06/2017 18:15:03

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		AGORA		18.15
2 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA)	1.0	UI		INTRAMUSCULAR		AGORA		Fe
3 PARECER ORTO	0.0							

10 de Junho de 2017

RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS

CRM: 8572

Assinatura e Carimbo do Profissional



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO		BAE 1006510	Data/Hora Entrada 10/06/2017 18:03:02	Data Baixa
Data de nascimento 13/03/1980	Idade 37	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987889505
Mãe LUIZA JOSEFA DA CONCEICAO			Prontuário	
Endereço CLEBERTO DA SILVA FONSECA, 303		Bairro CAMBOINHA II	Município CABEDELO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS	Nº Cons. Regional 8572/PB
Data/Hora Classificação 10/06/2017 18:03:02			Data/Hora Prescrição 10/06/2017 18:15:03	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO SEGUE AO MOMENTO ORIENTADO COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS

Alta de Emergência Geral

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

RONNEY ALVES BRAGA DOS SANTOS
(8572/PB)

JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

*Ronney A. Braga dos Santos
Médico Residente
CRM PB 10.100*

Okupacija

Recante i suoi de Franco opportuno alla
sua cotovello (E) e ventino (E)

Re. Vintner sue him re frater who lived
before @ frater who lived

Ch. Prot. White rock 5/1000

Cal: Mochizue
Suzuki
Mitsunaka + 500P

Dr. Brício Keltov
Onopédia - 7100-0000
CRM 38 722

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P.900

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Josias Euclides da Conceição

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2411788 DATA DE EXPEDIÇÃO 08 ABR. 1997

NOME JOSIAS EUCLIDES DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO Luiza Josefa da Conceição

NATURALIDADE Lucena-PB DATA DE NASCIMENTO 13-03-1980

Cert. Nasc. 001. fls. 001, liv. A-01

DOC ORIGEM Cart. Fagundes-PB

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

TO VACINADO
ANILAR LIVRE
PARABÉIS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSIAS EUCLIDES DA CONCEIÇÃO

Nº de Inscrição
011550694-20

Data do Nascimento
13/03/80

BARCODE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

20 FEV. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. EMPREGO / CBO EMPREGO Nº: 1054562 SSP PB

CPF: 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO: 02/04/1957

Função: JOSEFA GERVASIO DA SILVA

REPUBLICAÇÃO: REC: CALHA: JB

Nº RENOV: 00724153182 VALOR: 10/11/2019 1ª RENOVACAO: 06/04/1985

VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS 1009001575

CERTIFICADO A 7

Assinatura do Titular

Assinatura do Detentor: *Roberto Carneiro*

Assinatura do Detentor: 60378988469 PB029545609

PROVIDO PLASTIFICAR 1009001575

DETRAN - PB (PARANÁ)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
20 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190157073 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO
FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190157073 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO **Data do acidente:** 10/06/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO
FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062851/19

Vítima: JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

CPF: 011.550.694-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2017

Titular do CPF: JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO : 011.550.694-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/02/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157073

Vítima: JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190157073

Vítima: JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

Data do Acidente: 10/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima: Jonian Euglieden Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP

Nome completo: Jonian Euglieden Conceição CPF: 58.101.298
Profissão: --- Endereço: R. Prof. Cleberto da Silva Fonseca, 51 Número: --- Complemento: ---
Bairro: Camboinha Cidade: Cabedelo Estado: PB CEP: 58.101.298
E-mail: --- Tel. (DDD): ---

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ---

AGÊNCIA: 0039 CONTA: 41205 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: ---

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ---

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatória

Local e Data: João Pessoa 20/02/2019
Nome: ---
CPF: ---

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Jonian Euglieden Conceição
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
20 FEV. 2019
Assinatura

2ª Nome: PROTECOLO
AG. JOAO 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 na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e ass.

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01806.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01806.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:17 horas do dia 14 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Josias Euclides da Conceição**, CPF nº 011.550.694-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Luiza Josefa da Conceição e Pai Não Declarado, natural de Lucena/PB, nascido(a) em 13/03/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prof. Cleberto da Silva Fonseca, Nº 303, complemento II, bairro Camboinha, tendo como ponto de referência Proximo Ao Batalhão da Pm, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98767-2664.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Posto Seta, Cabedelo/PB, bairro Poço; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 10/06/17 15:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 10/06/2017, por volta das 15h40min, foi vítima de acidente de motocicleta, vinha sentido João Pessoa/Cabedelo, e ao chegar nas proximidades do posto Seta, um veículo Fiat Uno, (não sabe placa nem o nome do condutor), o motorista do mesmo trancou a moto HONDA START 150CC, ANO/MOD 2015-2015, PLACA OEY8102/PB, CHASSI 9C2K1670FR557972, REGISTRADA NO DETRAN/PB, em nome de sua esposa a senhora Simone Cristina dos Santos Souza, RG.047.511.104-20, fazendo com que colidir-se na lateral do veículo Fiat, capotando a moto, caindo na Br, foi socorrido para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, lá chegando por volta das 18h03minutos, foi submetido a raio X e avaliado com Contusão do ombro esquerdo e fratura da extremidade superior do radio esquerdo, não foi encaminhado para cirurgia, e teve alta médica no dia 10/06/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de fevereiro de 2019.

JOSE INACIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação
2ª DSPC

JOSIAS EUCLIDES DA CONCEIÇÃO
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima: Jonian Euglieden Conceição

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP

Nome completo: Jonian Euglieden Conceição CPF: 58.101.298
Profissão: --- Endereço: R. Prof. Cleberto da Silva Fonseca, 51 Número: --- Complemento: ---
Bairro: Camboinha Cidade: Cabedelo Estado: PB CEP: 58.101.298
E-mail: Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0039 CONTA: 41205 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data, João Pessoa 20/02/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Jonian Euglieden Conceição
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
20 FEV. 2019
Assinatura

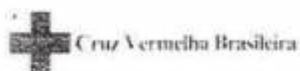
2ª Nome: _____
CPF: _____
AG. JOAO PESSOA
Assinatura

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 na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e ass

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1006510



Identificação do paciente

ID 1179476	Nome JOSIAS EUCLIDES DA CONCEICAO	Sexo Masculino
Data de nascimento 13/03/1980	Idade 37 anos 2 meses 28 dias	Estado civil
Religião		Prontuário
Mãe LUIZA JOSEFA DA CONCEICAO	Pai NAO DECLARADO	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JACKSON FELIPE DOS SANTOS SOUZA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987889505	DDD Fixo
Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2414281	Nº Cns
Local de procedência CABEDELO	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade LUCENA	CBO/R

Endereço

CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro CLEBERTO DA SILVA FONSECA
Número 303	Complemento	Bairro CAMBOINHA II	

Admissão

Data e Hora 10/06/2017 18:03:02	Número da pulseira 100006210105	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 70 mmHg	Pulso	Temperatura
---------------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente admitido de quadro de trauma concomitante, orientado, eupneico, encaminhado de CD I.						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 01min 08seg

Imprimir