



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14036.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14036.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:11 horas do dia 09 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Luiz Gustavo Hipolito Silva Marcone**, CPF nº 708.232.024-88, RG nº 4341170 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Estudante, filho(a) de Glaucyane Hipolito da Silva Marcone e Jimmy Lima Marcone, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/06/2001 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Anísio Borges Monteiro de Melo, Nº 90, complemento casa, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado de Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98624-6768.

Dados do(s) Fatos:

Local: Não Informado, João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/10/19 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO POR ACIDENTE DE TRABALHO**.

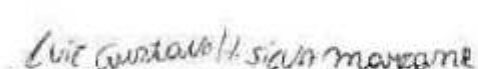
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que Conduzia o veículo HONDA/CG 160 FAM ESDI 2016, ano/mod 2016, Cor: Vermelha, PLACA: QFQ1876/PB - Chassi: 9C2KC2200GR079719, registrara no nome de José Romualdo da Silva - CPF: 092.399.504-86 na Av. João Cândio -B. Manaira- João Pessoa/PB quando foi surpreendido por outro veículo, não identificado que não respeitou a placa de PARE, da rua paralela, vindo a colidir na lateral esquerda, do veículo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o mesmo caísse ao solo, onde foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros onde foi conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma e logo após transferido para o Complexo Hospitalar Gov. Tarcísio Buriti, sendo diagnosticado com fratura exposta da perna esquerda, conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Thales F. Seabra - CRM 7124 /PB.

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

João Pessoa/PB, 09 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 708.232.024-88 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Luiz Gustavo H. Silva Marcone

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 4/5/2012

5 - Nome completo: Luiz Gustavo H. Silva Marcone 6 - CPF: 708.232.024-88
7 - Profissão: Recusado 8 - Empresa: R - Kaimunda Gonzaga de Souza 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: duarteasilva@outlook.com 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 47151 7 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 de valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER 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

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso decida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luiz Gustavo H. Silva Marcone

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Trasmobillogista

Lojas

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Ata de abertura da Caixa Econômica Federal - Caixa

13.334691-4

13/12/2013

hora de 17:15:00

13.334691-4

13.334691-4

EMPRESA: JOAO PESSOA

CPF: 3487

CONTROLE: 13.334691-4

COMPROVANTE DE ABERTURA DE FOLP CAIXA FACIL

NOME: LUIZ GUSTAVO HIRACLIO SILVA MACIEL

CPF: 3487

GERACAO: 013

DATA DV: 000,000,000,000

DATA DA ABERTURA: 05/12/2013

LOJAS CAIXA

13.334691-4

12 VIA

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200017566

Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

Data do Acidente: 28/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

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.

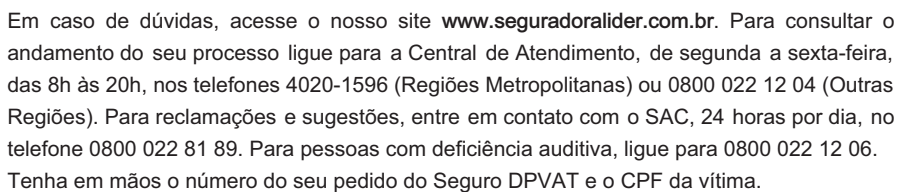
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015297/20

Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONI

CPF: 708.232.024-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/10/2019

Titular do CPF: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE : 708.232.024-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE
CPF: 708.232.024-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013930093404

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VA 1 0110416966-2 00/00000000 2018

JOSE ROMUALDO DA SILVA

09239950486

NOV 8 902KC2200GR079719

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/CG 160 FAN ESDI

2 P/162 /CI PARTIC

00/00/0000

0

PRÊMIO TOTAL (R\$) 30/04/2018

SEGURO PAGO

A.F BANCO HONDA S.A

0

GUARABIRA - PB LOCAL

16497

02/05/2018

11622

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
/AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARCA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930093404 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 02/05/2018

09239950486

01104169662

HONDA/CG 160 FAN ESDI

9C2KC2200GR079719

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

DEQUATINHA (R\$) *****

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

11622-1015271-20180502

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015297/20

Número do Sinistro: 3200017566

Vítima: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONI

CPF: 708.232.024-88

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/10/2019

Titular do CPF: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/03/2020

Nome: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

CPF: 708.232.024-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/03/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PREFEITURA MU PESSOA Ficha Nr: 273913 Atd: Nao Regul.
COMPLEXO HOSPI MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 27/10/2019
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 17:56:41
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista: MARIA JOSE DE ALCANT.
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: LUIZ GUSTAVO HIPOLITO SILVA MARCONE Num. Prontuario: 2019.10.003175
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 708.232.024-88
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4341170 Fone: 988721872
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/06/2001 Id: 18 ano(s)
End.: RUA RAIMUNDA GONZAGA DE SOUZA, 141
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: GLAUCY JANE HIPOLITO DA SILVA MARCONE Pai: JIMMY LIMA MARCONE
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: ESTUDANTE
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: MAE
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: ☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
EC: TP: ☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
Peso: Altura: ☐ Hemorragia ☐ Dispineia
Glicemia: IMC: ☐ Diarreia ☐ Agitado
Circ. Abd: O2%: ☒ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito
Aixa Principal Observacao
FRATURA EXPOSTA DE PERNA E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE TRAUMA

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)
Ondulou 18.34 - Pto umb 2 dedos a 10 Ann
2 nudo de fcu H2+406 Hove
Diagnostico Fr exposta a ossa do Bm
Conduta

Prescricao Horario da medicacao

1/ DUTO VENOSO
2/ 100 3000 UNIDADES PI LAM + fixado 5x1m
3/ Coracao

Ortopedia e Trauma
27/10/2019
17:56:41





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Luiz Gustavo H. S. Avelar</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Ricardo B. Oliveira</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fistula exposta ORL sup (E)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0 Mucup</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Fistuliz</u>					
<u>ostium</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico				Descreva:	
1 () Sim 2 (X) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Limpou anestesia local

Incisão:

EF 008

Osteotomia fratura externa

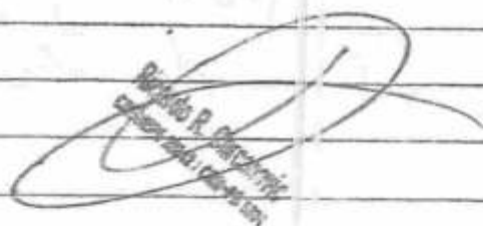
Achados:

Fratura externa

Redução OK

Procedimento sem suturas

Conduta:


Ricardo R. Gasparini
CRM 100.000.000-0

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome LUIS GUSTAVO HIPOLITO DA SILVA MARCONE						CNS	Prontuário
Data de Nascimento 10/06/2001	Idade 18A 4M 17D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe LAUCIJANE HIPOLITO DA SILVA MARCONE			Nome da Pai JIMMY LIMA MARCONE				
Endereço RAIMUNDA GONZAGA DE SOUZA			Bairro MANGABEIRA				Cep 58057090
Município JOAO PESSOA - PB			Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 988687314		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262		Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
--	----	---

Motivo do encaminhamento
ALTA MEDICA

Resultado de exames complementares
ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO DOR EM PERNA ESQUERDA

AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, EDEMA, DOR, FERIMENTO CONTUSO EM PERNA ESQUERDA, NEUROVASCULAR OK.

RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA (FRATURA EXPOSTA)

CD: TALA INGUINO PODALICO + SAT + CEFAZOLINA + ENCAMINHO AO TRAUMINHA

CID T14.9	Data de encaminhamento 27/10/2019 16:28:29
--------------	---

Medico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PE 1385

Assinatura e carimbo do profissional

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4 341 170 - 2ª VIA

DATA DE
EXPIRAÇÃO

23/07/2019

NOME

LUIZ GUSTAVO HIPÓLITO SILVA MARCONE

FILIAÇÃO

JIMMY LIMA MARCONE

GLAUCY JANE HIPÓLITO DA SILVA MARCONE

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO

10/06/2001

DOC ORIGEM

CERT. NASC Nº3 550 - LIVA-5 - FLS.350 - CARTÓRIO 7º JOÃO
PESSOA-PB

CPF

708.232.024-88

João Pessoa - PB

Adilson Lima
Adilson Lima
Alcides Pereira Furtado

LEI Nº 7.118 DE 29/08/63

SECRETARIA DE JUSTIÇA DO ESTADO

8-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

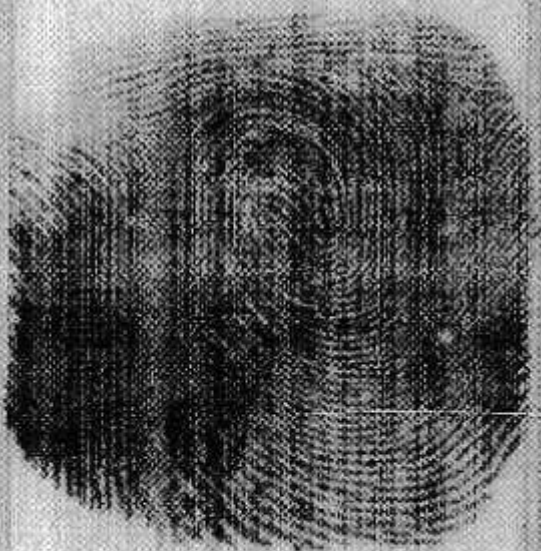
ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005



Edwig Guebara H. S. Marcondes

CARTeira DE IDENTIDADE

BOLETO PARA PAGAMENTO

Boleto enviado pelo e-mail fiscal.

Boleto enviado pelo e-mail fiscal e inscrito em nome da conta.

Boleto enviado pelo e-mail fiscal e inscrito em nome da conta. Nº 032.745.599



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 23.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.815.3234

DADOS DO CLIENTE

JANIZETE HIPOLITO DA SILVA
RUA RAIMUNDA GONZAGA DE SOUZA 141
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/401765-3

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

17/10/2019

CONSUMO

193

VENCIMENTO

24/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,21

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07041.476172 1 80520000013121

Pagador: JANIZETE HIPOLITO DA SILVA CNPJ/CPF: 203.627.304-15

RUA RAIMUNDA GONZAGA DE SOUZA 141 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007041476	000401765201910	24/10/2019	R\$ 131,21	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

BR-230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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



1000

LACINO MEDICO - HILARIO DE ALTA

Ing. Antonio Sandoval

28/10/13

Tratamiento de la Lesión Espinal

Señor

UPEL - Universidad de la Paz - La Paz - Bolivia

Excmo. Sr. Rector

Presente. Se le informa de la siguiente manera: que el Sr. Antonio Sandoval, estudiante de la carrera de Ingeniería Civil, ha sido admitido en la Universidad de la Paz, para cursar la carrera de Ingeniería Civil, en el año 2013.

ORIENTACIONES DE ALTA

SEÑOR

REPORTE

El Sr. Antonio Sandoval, estudiante de la carrera de Ingeniería Civil, ha sido admitido en la Universidad de la Paz, para cursar la carrera de Ingeniería Civil, en el año 2013.

SEÑOR

REPORTE

El Sr. Antonio Sandoval, estudiante de la carrera de Ingeniería Civil, ha sido admitido en la Universidad de la Paz, para cursar la carrera de Ingeniería Civil, en el año 2013.

SEÑOR

REPORTE

El Sr. Antonio Sandoval, estudiante de la carrera de Ingeniería Civil, ha sido admitido en la Universidad de la Paz, para cursar la carrera de Ingeniería Civil, en el año 2013.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 708.232.024-88 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Luiz Gustavo H. Silva Marcone

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 4/5/2012

5 - Nome completo: Luiz Gustavo H. Silva Marcone 6 - CPF: 708.232.024-88
7 - Profissão: Recusado 8 - Empresa: R - Kaimunda Gonzaga de Souza 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: duarteasilva@outlook.com 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 47151 7 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER 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 de valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER 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

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

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso decida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luiz Gustavo H. Silva Marcone

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Trasmobillogista

Lojas

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Ata de abertura da Caixa Econômica Federal - 2013

13.334691-4

13/12/2013

13.334691-4

13.334691-4

13.334691-4

13.334691-4

13.334691-4

13.334691-4

COMPROVANTE DE ABERTURA DE FOLP CAIXA FACIL

NOME: LUIZ GUSTAVO HIRACLIO SILVA MACIEL

CPF: 3487

GERAÇÃO: 013

DATA DV: 000,000,000,000

DATA DA ABERTURA: 05/12/2013

LOJAS CAIXA

13.334691-4

13.334691-4