

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 708.974.464-70 Nome completo da vítima: Gleydson Santos Ferreira

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

Nome completo: Gleydson Santos Ferreira CPF: 708.974.464-70

Profissão: Pintor Endereço: Av. Souza Rangel Número: 148 Complemento: _____

Bairro: Marão Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58070-070

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: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do 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: ☐ 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) 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: _____

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.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 708.974.464-70 Nome completo da vítima: Gleydson Santos Ferreira

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

Nome completo: Gleydson Santos Ferreira CPF: 708.974.464-70

Profissão: Pintor Endereço: Av. Souza Rangel Número: 148 Complemento: _____

Bairro: Marajó Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58070-070

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: 1033 CONTA: 109.311 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 lesões permanentes decorrentes do 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 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: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

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.

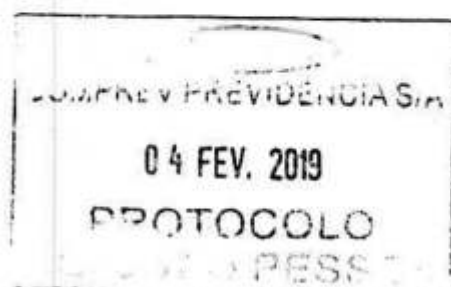
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1033 - agência

Gledson Santos
Ferreira

op. 01

conta - 109.311.2





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00429.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00429.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 11 de janeiro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Gleydso Santos Ferreira**, CPF nº 708.974.464-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pintor, filho(a) de Paulo Santos de Oliveira e Francisco das Chagas Ferreira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/09/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Souza Rangel, Nº 148, bairro Varjão, tendo como ponto de referência Varjão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98646-3070.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua São Geraldo, Próximo a Feira de Jaguaribe., João Pessoa/PB, bairro Varjão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/06/18 22:28h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

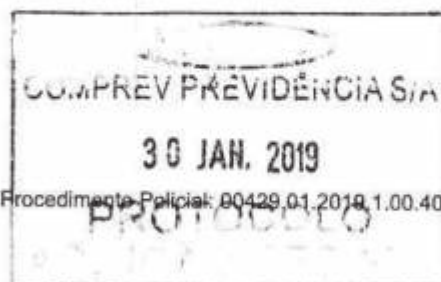
QUE, segundo o notificante no dia 11/06/2018 por volta das 22:28 horas quando transitava, pela Rua São Geraldo, Varjão nas proximidades da feira de Jaguaribe, cidade de João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA NXR 160 BROS ano e modelo: 2017/2017, de cor branca de placa: OFE2992/PB CHASSI: 9C2KD1000HR010639 pertencente a THUALIS BELANIO DA SILVA GOMES; Que segundo o mesmo seguia normalmente sentido Jaguaribe/Varjão que estava pilotando na sua mão quando surgiu um veículo não identificado/que fugiu do local que vinha na outra faixa sentido contrário do declarante e fez uma manobra abruptamente sem sinalizar para entrar numa rua paralela; invadindo a via do declarante e fazendo com que a moto conduzida pelo declarante se chocasse com o referido veículo; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar, Que foi socorrido por veículo particular e levado ao COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA DE nº 1195/2018, Prontuário de nº 2018.06.001548 vítima de FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITA E FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DE 4º E 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

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, 11 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

GLEYDSO SANTOS FERREIRA
Notificante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 708.974.464-70 Nome completo da vítima: Gleydson Santos Ferreira

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

Nome completo: Gleydson Santos Ferreira CPF: 708.974.464-70

Profissão: Pintor Endereço: Av. Souza Rangel Número: 148 Complemento: _____

Bairro: Marão Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58070-070

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: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do 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: ☐ 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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) 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: _____

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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 135927

Atd: Nao Regu

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 11/06/2018

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 22:28:18

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SIL

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: GLEYDSO SANTOS FERREIRA

Num. Prontuario: 2018.06.001548

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 88559624

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/09/1998 Id: 19 ano(s)

End.: NAO INFORMADO, 0

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ANA PAULA SANTOS DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Reso.: GLEYDSO SANTOS FERREIRA

Te/Doc. Responsavel: 88559624 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violência por: EM JAGUARIBE/COND.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

COLISAO MOTO X CARRO. TRAUMA EM MSD. CORTE EM NEGA PANCADA EM CABECA, DESMAIO E VOMITO

Pat. vítima de queda de moto há 1h. apresentando

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*edema + dor intensa em punho (D). Apresentando escoria
em AM 55 e AM 11. Alergia a dipirona.*

ABD: NDN

TORAX: NDN

Diagnostico

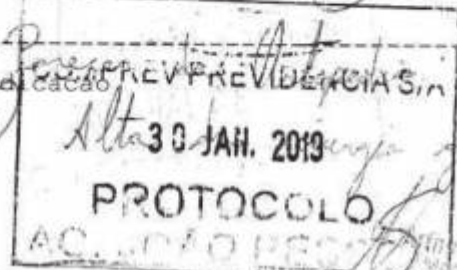
Conduta

1 Sol Rx Punho (D).

Prescrição

Horario da medicação

1 Paracetamol 500mg 1x p. V.O.



#0 xto julie

Paciente com dor, edema e deformidade em punho @ distal troc me por acidente de moto

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Obs: 5 x alimento por volta das 16:00 hrs (Sopa).

HD: Fratura da rádio distal @ + 5º OB
col: Redução imediata sob sedação.

Internação hospitalar
Dr. Everton T. Vasconcelos
MÉDICO
CRM-PB. 8612

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Redução
Sedação e
Estabilização +
Redução Inicial
Julio Cesar

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

8557

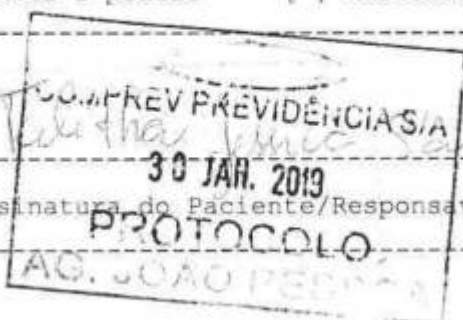
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



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: 13/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000109311-2

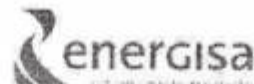
Nr. da Autenticação 08CDF1A566F68A0E

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

O documento não é documento fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Revista para depósito pagamento da rede elétrica. Nº 017.366.054



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680
CNPJ 03.065.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
AV. SOUZA FANGEL 148
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/488642-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

19/12/2018

CONSUMO

259

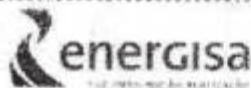
VENCIMENTO

27/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,86

Acesse: www.energisa.com.br



SEMPRE AQUI

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA

Roteiro: 12-002-412-5700

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/12/2018

VENCIMENTO

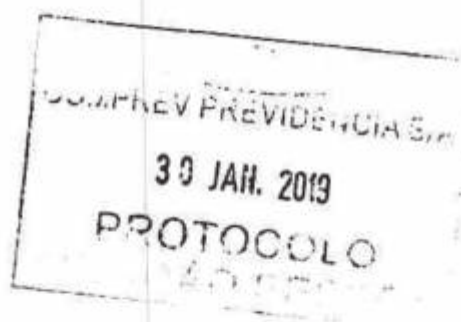
27/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,86

MATRÍCULA

488642-2018-12-5

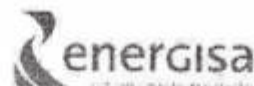


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

O documento não é documento fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Revista para depósito pagamento da rede elétrica. Nº 017.366.054



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680
CNPJ 09.985.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA
AV. SOUZA FANGEL 148
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/488642-0

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

19/12/2018

CONSUMO

259

VENCIMENTO

27/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,86

Acesse: www.energisa.com.br



SEMPRE AQUI

SEVERINA SANTOS DE OLIVEIRA

Roteiro: 12-002-412-5700

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/12/2018

VENCIMENTO

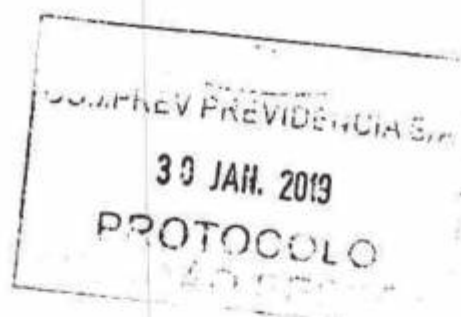
27/12/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 195,86

MATRÍCULA

488642-2018-12-5





© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–407

2000年12月1日

電話: 12-5-272-450 傳真: 222-3214

ETHANOLAMINE, 10.7% (W/W), DOPRADETHYLENE SULFONATE

Environ Monit Assess (2008) 142:179–190

2009년 12월 4일 목요일

Autofluorescence imaging of the *Arabidopsis* root tip

Cód. para E4B Automático: 000149E3587

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45 MIR Sol

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
25/07/15	0000	25/07/15	0000		0000	00	
Demonstrativo							
001 - Energia		Quantidade (m³)	Valor Base Calc.	Alug. (m³)	Base Calc. (R\$)	Cobrança (R\$)	
		Quantidade (R\$)	(R\$) (R\$)	100%	Quantidade (R\$)	(R\$) (R\$)	
0021 - Consumo (m³)		122.050	0,022220	192.45	25	45.17	192.45
0021 - Adic B Vermelho				4.75	0.21	25	1.18
0021 - Adic B Amarelo				2.00	0.20	25	0.65
LAVAGATORIO E SERVIÇOS							
0021 - CONTRA SERVIÇOS LUBRILCA				11.24	0.00	25	0.00

Media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62
	Histórico de Consumo (kWh)	

	23	44	57	6	110	227	322	737	1005	136	216
Nov-17	Dec-17	Jan-18	Apr-18	May-18	Apr-18	Mar-19	Jun-18	Jun-18	Apr-18	Apr-18	Jun-18

RESERVADO A 3-10-13

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

[illegible]

ATENÇÃO

Faturas em atraso

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

1500 PREV PREVIDENCIA SA

33 JAN. 2019

PROTOCOLLO

AQUILA PESCA

	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

[illegible][illegible]

836400000001:1 98620149000-0 16983562018:7 11400005019:4



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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 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 e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, regular, supervisionar, administrar, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 456.536.024 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gleydson Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.974.464 / 70 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez inscrita em nome de Gleydson Santos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 308.974.464 / 70 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 <u>Rua Agente Fissal Jose Costa Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento <u>384</u>
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) _____

João Pessoa, 30 de Jan de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

COMPREV PREVIDENCIA S.A.
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
2019.001.00000000

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Thalis Belantio dos Santos Gomes,
RG nº 4044421, data de expedição 12/12/2014
Órgão SSPB, portador do CPF nº 702.229.514-08 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: Luiz Carlos Bezerra nº 312
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 CELEDA SANTO FERNANDES, cujo o condutor era
CELEDA SANTO FERNANDES.

Veículo: moto
Modelo: HONDA NXR 160 PRO S
Ano: 2017/2017
Placa: OFB 2992 / PB
Chassi: 9C2K D3000 HR010639
Data do Acidente: 11-06-18
Local e Data: João Pessoa, 11-01-19

OFICINA
DISTRITAL

Thalis Belantio dos Santos Gomes
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JOCELINO KUNTSCHER, 111 - ERNESTO DESE - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (33) 3221-4075
Reconheço Por Autenticidade a firma de THALIS BELANTIO
DA SILVA GOMES, [117964], J. Pessoa-PB, 11/01/2019 14:34:45
Emol R\$9,91 Farpen: R\$10,29 Fepj: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA.
Selo Digital AH298748-7503 Consulte em
<https://selodigital.tpb.jus.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 1195/2018


Atendendo solicitação de **GLEYDSO SANTOS FERREIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº135927 e Prontuário Nº 2018.06.001548, pertencente ao mesmo que foi atendido dia 11/06/2018 às 22H28min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em punho direito.

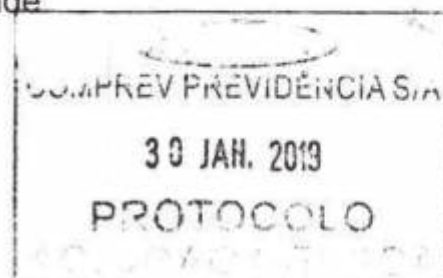
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direita e fratura de falange proximal de 4º e 5º quirodáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/06/2018 com alta médica dia 14/06/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2018

Dr^a Rossana de F. A. Barbosa
Clínica Médica / Saúde da Família
Geriatria / Terapia Intensiva
CRM/PB 3533


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] 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: _____

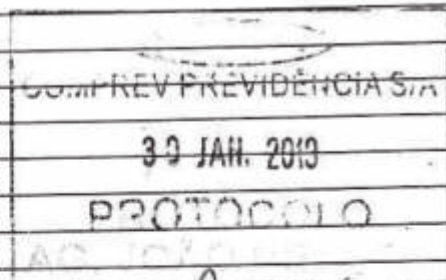
AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____



Resultados de Exames Complementares:

Ex. evidenciando pat. de rádio distal D e pat. de 4ª e 5ª falange proximal de 4ª e 5ª ASD.

Hipóteses Diagnósticas:

pat. de rádio distal D e pat. de falange proximal de 4ª e 5ª ASD.

Conduta:

*- ao bloco p/ redução intra + sub. guado
- intervenção p/ trat. cirúrgico.*

Dr. Thales
maia

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição de decúbito lateral com o membro superior direito flexionado e aduzido.
Anestesia regional com bloqueio do plexo braquial.
Preparo da pele com antisséptico e drapeamento.

Incisão:

Incisão em Z-plastia com extensão de 10 cm.
Alongamento da pele e fechamento em 3 planos + 06 pontos de sutura.
Curativo com gaze e gaze adesiva.

Achados:

Lesão completa do tendão do flexor pollicis longus.
Tendão do flexor pollicis longus rompido.
Macroscopia e exame histológico.
Sempre com 50x.

Conduta:

Sucesso na reparação com 100% de sucesso.
Sem complicações.
Sem dor pós-operatória.
Sem infecção.

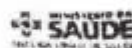
Fechamento:

Dr. Luis Felipe Lessa
Traumatologia / Ortopedia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-PB 10.266 TEOT 14328
30 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

OBS:

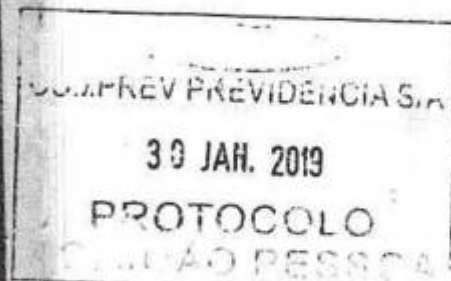
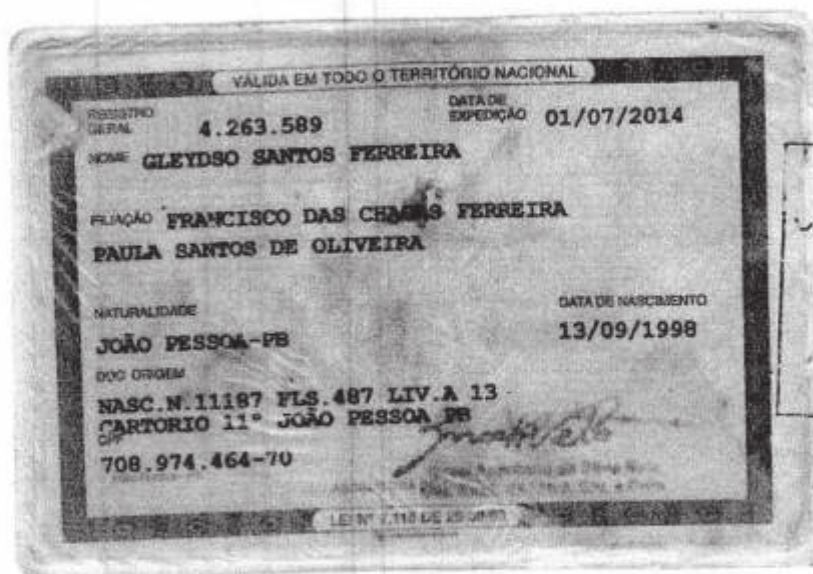
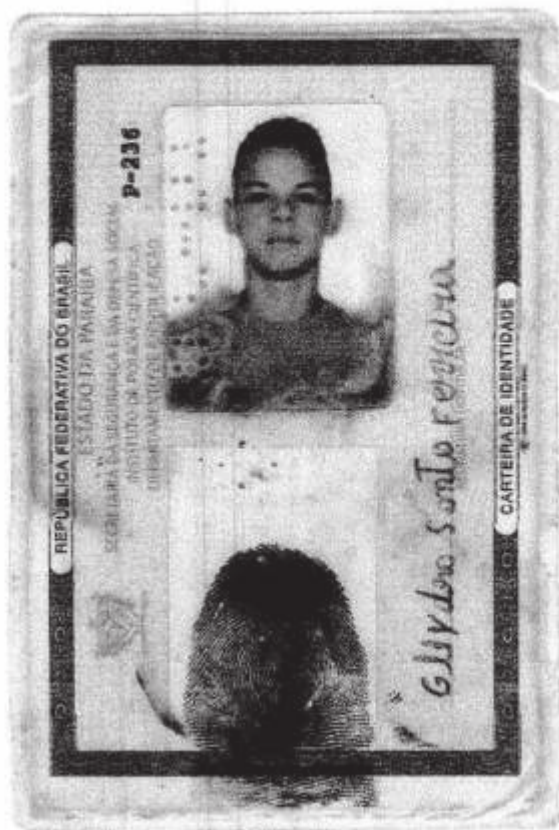
Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2013
PROTOCOLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME: JOSE EDUARDO DA SILVA	
	
DOC. EMITENTE / ORG. EMISSOR Nº	1054562 SSP PB
CNP	435.536.024-91
DATA NASCIMENTO	02/04/1967
FUNÇÃO	
JOSEFA GERVASIO DA SILVA	
PERMISSÃO	ADJ
Nº RENOV	00724153162
VIGÊNCIA	10/11/2019
1ª EMISSÃO	06/04/1989
OBSERVAÇÕES	
	
AUTENTICAÇÃO DO PORTUGAL	
LOCAL	JOAO PESSOA, PB
DATA EMISSÃO	11/11/2014
	
6037898469	
PB029545609	
DETRAN - PB - PRATICA	

COMPREV PREVIDENCIA

30 JAN. 2013

PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190083137 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS - RADIO E FIOS K. - 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO E LEVE DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

* Gleydson Santos Ferreira
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
 Pintor, CI RG nº 4.263.589
CPF/MF nº 708.974.464-70, residente e domiciliado(a) à Rua
Vov. Souza Ramal, 148 - Varzea
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58070-070, telefone
83-98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.


Serviço
DISTRITAL

João Pessoa, 11 de Janeiro de 2019

* Gleydson Santos Ferreira

OUTORGANTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 JAN. 2019
PROTOCOLO

 **CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço Por Autenticidade a firma de GLEYDSON SANTOS
FERREIRA, [117966], J. Pessoa-PB, 11/01/2019 14:38:01 Emol
R\$9,91 Farpen: R\$0,29 Fepj: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da
verdade. Tabela CELEIDA DUSMO PEREIRA SILVA. Selo
Digital 44298749-AL22 Consulta em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035735/19

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

CPF: 708.974.464-70

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/06/2018

Titular do CPF: GLEYDSO SANTOS
FERREEIRA

CPF de: Próprio

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

GLEYDSO SANTOS FERREEIRA : 708.974.464-70

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: 30/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190083137

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

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

Autorização de pagamento 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



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190083137

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190083137

Vítima: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

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 completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: GLEYDSO SANTOS FERREEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000109311-2

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.

