

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528913

Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Recebedor: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000042

Conta: 0000027192-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528913

Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 3 - CPF da vítima: 074.770.654-96 4 - Nome completo da vítima: Josemilson Duarte dos Santos

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

5 - Nome completo: Josemilson Duarte dos Santos 6 - CPF: 074.770.654-96
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Rua Belo Horizonte 9 - Número: 229 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Alagoinha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58390-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 0042 CONTA: 27192 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.

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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascituro (vel nascido)? ☐ 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 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 restituir 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:

39 - 2ª | Nome: CPF:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 SET. 2019
Assinatura da testemunha
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura da testemunha

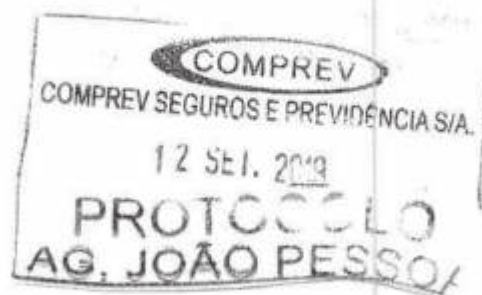
40 - Local e Data, 11/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09938.01.2019.1.00.401

2ª DSPC

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09938.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 29 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Josenilson Duarte dos Santos**, CPF nº 074.770.654-96, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Autônomo, filho(a) de Emidia Duarte dos Santos e José Antonio dos Santos, natural de Alagoinha/PB, nascido(a) em 23/06/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Belo Horizonte, Nº 229, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Samu., na cidade de Alagoinha/PB, telefone(s) para contato (83) 98661-7230.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Jacaré., Alagoinha/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 29/04/19 16:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 29/04/2019 por volta das 16:15 horas quando transitava, pelo Zona Rural do município de Alagoinha-PB; nas proximidades do sítio Jacaré, com o veículo tipo HONDA/POP 110l ano/mod: 2017/2017, de cor vermelha de placa: QFD3252/PB CHASSI: 9C2JB0100HR240510 pertencente ao Sr. JOSEMBERG DOS SANTOS SOARES; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando ao reduzir a marcha o pneu dianteiro travou, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1287/2019, FRATURA DE ESCAFÓIDE + LUXAÇÃO SMILUNA, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM/PB 3883.

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

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2019,

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

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: 3 - CPF da vítima: 074.770.654-96 4 - Nome completo da vítima: Josemilson Duarte dos Santos

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

5 - Nome completo: Josemilson Duarte dos Santos 6 - CPF: 074.770.654-96
7 - Profissão: Recusado Informar 8 - Endereço: Rua Belo Horizonte 9 - Número: 229 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Alagoinha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58390-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: 0042 CONTA: 27192 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.

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 à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 nascituro (vel nascido)? ☐ 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 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.

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: COMPREV

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: PROTOCOLO

CPF:

Assinatura da testemunha

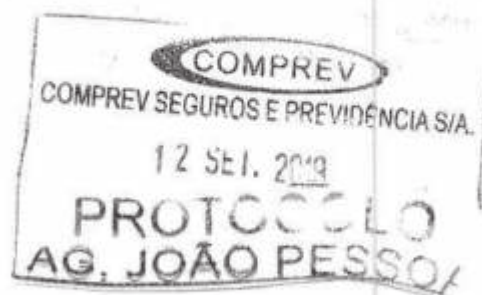
40 - Local e Data, 11/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

agência



Ficha Nr: 225482 Atd: Nao Regulado
Data: 29/04/2019
Hora: 17:57:44
Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEREIRA
Clinica: ORTOPEDIA

UNIDADE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
JOSE COSTA DUARTE S/N
356-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

NOME: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

Nº: 707401038299274 Sexo: M

Município: ALAGOA GRANDE/PB

Endereço: BELO HORIZONTE, 229

Bairro: CENTRO Cidade: ALAGOINHA UF: PB

Nome da Mãe: EMÍLIA DUARTE DOS SANTOS

Profissão: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Formação: SERVENTE SEM ESPECIFICACAO

Formações de Entrada

Nome do Responsável: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

CPF/Doc. Responsável: 988128612 / IDENTIDADE: 3166582

Residência: RESIDENCIA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.04.003529

Fone: 988128612

Data Nasc.: 23/06/1981 Id: 37 ano(s)

Pai: JOSE ANTONIO DOS SANTOS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Tipo de acidente por: NAO

Tipo de violência por: NAO

Caso Policial

3-CONSULTA

Classificação de Risco: AMARELO

FR:

TP:

Altura:

IMC:

O2%:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
12 SET. 2019
PROTOCOLO
AQ. JOAO PESSOA

Aparentemente Bem

Traumatizado

Hemorragia

Diarreia

Regular

Vômito

Observacao

☐ Grave

☐ Convulsao

☐ Dispneia

☐ Agitado

☐ Chocado

Principal

EM MSE

Art. 1º luxação punho (E)

há 8 dias

Exame Físico - (hora do atendimento médico)

alimentou-se às 12h.

deixo em fralda p/ reduzir

Conduta

as 20h.

Horario da medicacao

Medicacao

*Dexametasona 1mg + ADIV
Tramadol 100mg + 10ml SF 091.
injeção.*

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 6912 CRM-PE 17606
30/07/2014

0139: Este paciente tem a dor de
de cabeça. Foi no laboratório
20/04/19 e o paciente ad
primário médico (Ficou evitando ir ao
médico) Hoff

Nota: PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

reflexo. Medicação a medicação foi
em probabilidade
foi encaminhado para
traumático.

Os familiares o dete a este foi
folha informada de possível fratura de

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Não houve resultado
pelo médico

AG. JOAO PESSOA
PROTOCOLO
12 SET. 2019
COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.662833 / 033.662833
CPF: 131.533.594-68

Reservado p/ liberação

EDIMENTO REALIZADO

TIPO 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: 25/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000027192-7

Nr. da Autenticação F70B33824CB29A05

PAULA FRANSSINETTI DOMINGOS DA
RUA BELO HORIZONTE, 228 - CENTRO
ALAGOINHA / PB CEP: 58390000 (AG: 22)

Ligação: MONOFÁSICO

Cls/Sbc: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA

Roteiro: 16 - 42 - 715 - 6100

Medidor: 00001045385

Referencia: Jun / 2019

Emissão: 26/06/2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA

0800 08

Conta referente a

Jun / 2019

Apresentação

26/06/2019

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.498, de 29 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrazil

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Consta

Anterior

Data

Leitura

Data

Leitura

Leitura

Leitura

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Boleto para simples pagamento na hora fiscalizante da energia elétrica. Nº 029.664.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.825-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

20/08/2019

CONSUMO

150

VENCIMENTO

27/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 138,62

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 00229.271176 9 79940000013862

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número

31502440000229271

Nr Documento

001371069201908

Data Vencimento

27/08/2019

Valor do Documento

R\$ 138,62

Valor Pago

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

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

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



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET. 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=25636>

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 COAP².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar Duarte

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

Jeremilson Duarte dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.770.654 / 96

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima Jeremilson Duarte dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 074.770.654 / 96 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 Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB; 12/09/2019

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

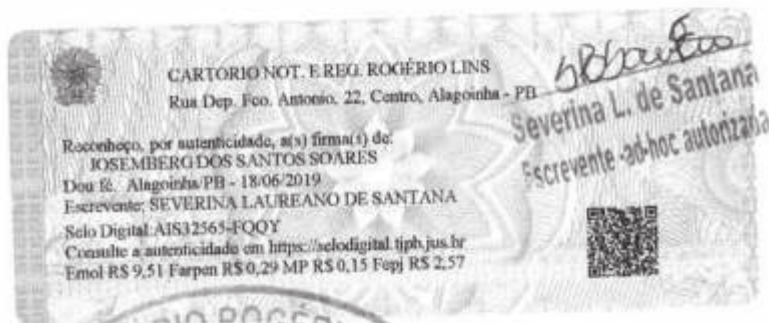
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josemberg dos Santos Soares,
RG nº 3.569.962, data de expedição 30/09/15,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 089.095.414-31 com
domicílio na cidade de Alagoinha, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Elias Barbosa, 218 - Centro, nº 218,
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 Josemilson Duarte dos Santos, cujo o condutor era
Josemilson Duarte dos Santos

Veículo: moto
Modelo: HONDA 160F 1601
Ano: 2017
Placa: QFD3252
Chassi: 9C23B0100HR290510
Data do Acidente: 29-04-19
Local e Data: Alagoinha, 18-06-19

Josemberg dos Santos Soares
Assinatura do Declarante

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



CERTIDÃO

Nº. 1287/2019

Atendendo solicitação de **JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº225482 e Prontuário Nº 2019.04.3529 pertencentes ao paciente **JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS** que foi atendido dia 29/04/2019 às 17H57min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

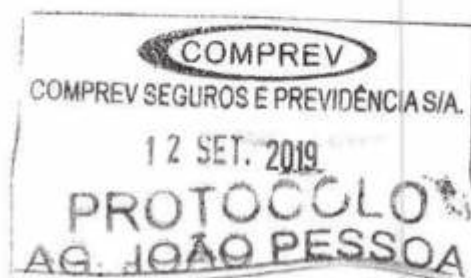
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de escafóide + luxação semilunar esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/05/2019. Com alta médica dia 23/05/2019.

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

João Pessoa, 08 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Arnellon Duarte do Brito Data da Admissão: 29-4-2019
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____
QPD: o Pcte. Apresenta Lixado no
HDA: pulso e (do) de corpo. Há (6) dez
anos, já foi quantida tanto a
doença como a estada que é
ben difícil de lidar com instabilidade com
febre, portanto não cabem
resultados de
medico

Medicações em uso: _____

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.02833 / CRP 2833
CPF: 181.863.594-88

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____

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

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

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

12 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HTF

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Joelson Duarte Dos Santos				Registro:			
Idade: 37	Sexo: M	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:		
Data: 05/19		Cirurgião: Tibério Vasconcelos		1º Assistente: Residência			
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:			
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO						CID	
Fratura de osso transesfago por trauma no esterno							
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO						CID	
O mesmo							
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)						CÓDIGO	
Redução da fratura + osteossíntese do osso do + fixação							
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (☒) Não				Descreva: 			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (☒) Não							
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (☒) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico							

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Pac. em DDH sob bloqueio do plexo braquial
segundo
2. Assuprio, autoexprio, colocação campos estéreis

Incisão:

3. Incisão dorsal no ponto tipo Mercedes
4. Dissecção γ plane
5. Libertação capsule articular

Achados:

6. Fratura fragmentada do polo proximal da escá
7. Luxação do corpo α artífices exte

Conduta:

8. Limpar articular
9. Redução do corpo + fixar do escáfide α
profund. hébert. 2.3x4mm α auto bo do
escápula
10. Fixação do corpo α fio K.
11. Fechamento γ plane
12. Curativo
13. Rx central
14. Tala axilohumeral esq

Fechamento:

OBS:

Data: 22/05/19

MÉDICO/CRM

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 37	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF. 02	LEITO 112
DATA DE ADMISSÃO 29/04/2019		DATA DE ALTA 23/05/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRATURA DE ESCAFOIDE + LUX SEMILUNAR</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx da Mão e punho esquerda demonstrando solução de continuidade óssea</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) fratura de escafóide esquerdo e luxação do semilunar, submetido a tratamento cirúrgico por redução aberta e fixação interna com parafuso de herbt e fio khirchiner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: PROFENID, CEFALEXINA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (Dra. TIBERIO)

23/05/2019

DATA

Dr. Yury Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia

CRM: 13507
ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO.

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO DETITULAR

JOSE NILSON DUARTE DOS SANTOS




ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.166.582 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/11/2011

NOME JOSE NILSON DUARTE DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSE ANTONIO DOS SANTOS
EMÍLIA DUARTE DOS SANTOS

NATURALIDADE ALAGOA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 23/06/1981

DOC. ORIGEM NASC. N. 8207 FLS. 50 LIV. 9
CARTÓRIO ALAGOINHA/PB

CPF 074.770.654-96

JOÃO PESSOA - PB ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET. 2019

PROTOCOLO

AO JOÃO PESS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE / OR: 22222222-2
2627718 SSP RJ

CNPJ
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

PERMIAÇÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMIAÇÃO
ACC CALHA D

Nº REGISTRO
01851259660

VALIDADE
16/01/2019

1ª VALIDADE
29/06/2001

VALIDADE EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

ORIENTAÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

Rodolfo Carneiro
66588356744
PB027919595

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROBANDO PLASTIFICAR
894056231

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 SET. 2019
PROTOCCLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528913 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528913 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.5)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Josnilson Duarte dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Belo Horizonte, nº 229, bairro Centro, Município de Alagoinha, Estado de (o) PE, Cep: 58390-000, portador(a) do Rg nº 3.166.582, SSP PE e CPF nº 074.770.654-96

Outorgado: Alexandra Cruz Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão cofeira, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte, nº 157, bairro Marinheiros, Município de João Pessoa, Estado de (o) PE, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.778, SSP/ PE e CPF nº 096.502.754-74

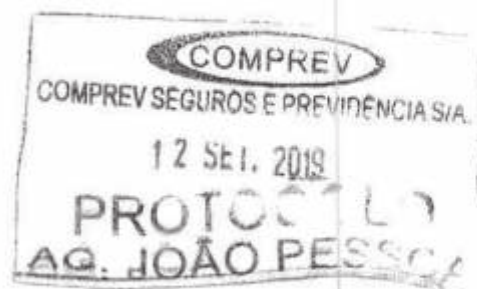
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Josnilson Duarte dos Santos, ocorrido em 29/09/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imobiliz

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Alagoinha, 18 de Junho de 2019.

Josnilson Duarte dos Santos
Outorgante
CPF Nº 074.770.654-96

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316377/19

Vítima: JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS

CPF: 074.770.654-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/04/2019

Titular do CPF: JOSENILSON DUARTE
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSENILSON DUARTE DOS SANTOS : 074.770.654-96

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: 12/09/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA