

---

**Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190295089**

**Vítima: MAURICIO SILVANO DA COSTA**

**Data do Acidente: 20/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MAURICIO SILVANO DA COSTA**

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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190295089

Vítima: MAURICIO SILVANO DA COSTA

Data do Acidente: 20/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURICIO SILVANO DA COSTA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MAURICIO SILVANO DA COSTA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 00000733

Conta: 0000049473-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 12069755479 Nome completo da vítima: Maurício Silvano da Costa  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Maurício Silvano da Costa CPF: 12069755479  
Profissão: Recuso Endereço: Sit Pau Apique Número: 50 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Área Rural Cidade: São José dos Ramos Estado: PB CEP: 58339-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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\$1.001,00 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: 0733 ☐ CONTA: 49473 6 ☐ 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 entrega da documentação completa, a quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

**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 as 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 contestar o caso decorrente do seu conteúdo.

MORTE

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: São Paulo - PB 20/02/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

[\*] Assinatura de quem assina A ROGO

Maurício Silvano da Costa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.**



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 03788.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03788.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 05 de abril 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maurício Silvano da Costa**, CPF nº 120.697.554-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Josefa Severina da Silva e Severino do Ramo da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/09/1996 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Praça Noel Rodrigues de Lima, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Casa, na cidade de São José dos Ramos/PB.

#### **Dados do(s) Fatos:**

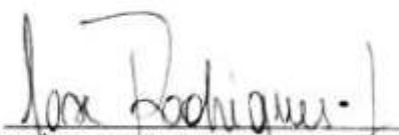
Local: Pb 054, Sentido Itabaiana, São José dos Ramos/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/08/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 20/08/2018, POR VOLTA DAS 16:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR BRANCA, ANO 2016, PLACA OEW-8102/PB, CHASSI 9C2KC2210GR029374, REGISTRADA EM NOME DE FABIO JUNIOR DA SILVA ARAUJO, NA RODOVIA PB 054, ALTURA DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DOS RAMOS/PB, QUANDO BATEU EM UM CACHORRO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO ATÉ O HOSPITAL DE ITABAIANA, ONDE FOI ATENDIDO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E APOS ATENDIDO FOI TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º PODODÁCTILO DIREITO, CONFORME CERTIDÃO 1667/2018, ASSINADO PELA DRA. ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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, exceção a presente Certidão, A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de abril de 2019.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
MAURÍCIO SILVANO DA COSTA  
Noticiante

CONTROLE DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS

23 ABR. 2019

PROJ. 100  
AS. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 03788.01.2019.1.00.401

# 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: 12069755479 Nome completo da vítima: Maurício Silvano da Costa  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Maurício Silvano da Costa CPF: 12069755479  
Profissão: Recuso Endereço: Sit Pau Apique Número: 50 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Área Rural Cidade: São José dos Ramos Estado: PB CEP: 58339-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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\$1.001,00 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: 0733 ☐ CONTA: 49473 6 ☐ 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 entrega da documentação completa, a quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

**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 as 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 contestar o caso decorrente do seu conteúdo.

MORTE

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou filhos/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: São Paulo - PB 20/02/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

[\*] Assinatura de quem assina A ROGO

Maurício Silvano da Costa  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.**



## CERTIDÃO

Nº. 1667/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155898 e Prontuário nº2018.08.003166 pertencentes **MAURICIO SILVANO DA COSTA** ao requerente que foi atendido dia 21/08/2018 às 00H47min, apresentando trauma em ante pé direito.

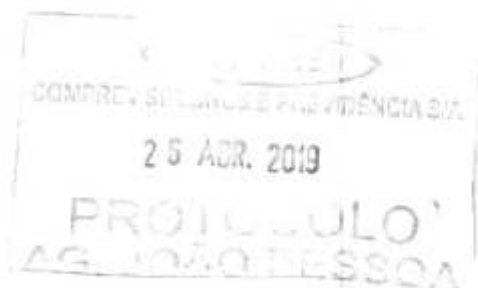
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de falange proximal do 4º pododáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/08/2018 com alta médica dia 29/08/2018.

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

João Pessoa, 10 de dezembro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 155898 Atd. Nao Regula  
Data: 21/08/2018  
Hora: 00:47:02  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MAURICIO SILVANO DA COSTA

CNS: 201237422710003 Sexo: M IDENTIDADE: 4076999 Fone: 987138092

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/09/1996 Id: 21 ano(s)

End.: SITIO/ LAGOA DE PEDRA,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAO JOSE DOS RAMOS UF: PB

Mae: JOSEFA SEVERINA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.003166

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPREGADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAURICIO SILVANO DA COSTA

Tel/Doc. Responsavel: 987138092 / IDENTIDADE: 4076999

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

25 ABR. 2019

PROTOCOLO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

C. Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE ENCAMINHADO DO HETSHL COM TRAUMA EM PE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente refere dor em pe Esq. apertado fr. exposto em IIIº POG.

Diagnostico

Fr exposto de IIIº POG  
falange proximal

Conduta Rx

Prescricao

Internado p/ ortopedia il anti-hemorr. prop.

Horario da medicacao

# 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: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: MAURICIO SILVANO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000049473-6

---

Nr. da Autenticação F2AB8577A8A6106F



ENTRADA PARA O DISTRITO VALE DO PARAÍSO  
R. 23 - Curitiba - Paraná - CEP 81.610-000  
(41) 336.66.10 - 001.40 - 001.40.0000

Call your Cash Automatic. 000 133 9044 \*

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Ago / 2018	13/08/2018	11/09/2018	977.804.134-20

UC (Unidade Consumidora): 5/1855046-7

**Canal de contacto**

- Tarifa Social de Energia Eléctrica - TSEE (ordinado pelo L.º nº 10.430, de 26 de abril de 2002)

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
12/07/19	821	13/09/19	697				76		22
<b>Depositive</b>									
CC1	Descrição	Quantidade	Valor (R\$)	Valor Base Calc.	Alíq.	Imposto	Base Calc.	Por (R\$)	Código (R\$)
			Três (R\$)	CMR (R\$)	ICMS		Por (R\$)	ICMS (R\$)	(1.045%) (1.045%)
0601	Consumo de 30kWh-BR	33.000	0.245940	7.37	7.37	05	1.64	7.37	0.08
0601	Consumo - 31 de 100kWh-BR	48.000	0.421510	19.36	19.36	25	4.94	19.36	0.21
0601	Adic. B Vermeira			2.76	2.76	25	0.69	2.76	0.03
0610	Subtotal			30.52	30.52	25	7.63	30.52	0.39
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>									
0604	JUROS DE MORA 06/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0605	MULTA 06/2019			0.74	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2019			0.48	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	Devolução Subsidio			-27.54	0.00	0	0.00	0.00	0.00

COMPTON  
26 APR 2019  
FRONT-LO  
AD JOURNAL

ENERGISA

[illegible]

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

### Canal de contato

Quali i rischi di un'eventuale introduzione di un  
sistema di gestione delle risorse umane? Quali i rischi  
di un'eventuale introduzione di un sistema di gestione  
delle risorse umane?

#### Histórico de Consumo (kWh)

44	124	14	109	221	212	187	205	186	226	211
Jan-15	Feb-15	Mar-15	Apr-15	May-15	Jun-15	Jul-15	Aug-15	Sep-15	Oct-15	Nov-15

85f1 69f1 dd42.d3c2 aaed 644b 9cc1 1932

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Março de 2019

[illegible]

**ATENÇÃO**

### Faturas em atraso

Lindholm et al. • Cerebellar Atrophy in Schizophrenia
J. Neurosci., September 24, 2008 • 28(39):9781–9788 • 9785

**PARA 94**

Received 22 October 2003  
Accepted 14 February 2004

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
------------	---------------

28/01/2019 R\$ 195.22

83690000001-6 95220149000-2 18983582019-5 01300005019-8



26 APR. 2013



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4028-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Alexandria Bezerra Duarte  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Chaurício Silvano da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 120697554 / 79  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Chaurício Silvano da Costa  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 120697554 / 79, 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, 6. 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): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 26/04/2019

Alexandria Bezerra Duarte  
Assinatura do Declarante

23 ABR 2019

## Declaração do Proprietário do Veículo


Eu, Fábio Júnior da Silva Araújo,  
RG nº 3.538.198 data de expedição 17/04/2007  
Órgão SSP-PB portador do CPF nº 09614854421 com  
domicílio na cidade de São José dos Ramos no Estado de  
Paraíba onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Pau-a-Pique nº 514  
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 Maurício Silvano da Costa cujo o condutor era  
Maurício Silvano da Costa

Veículo: MOTO 160 TITANEX  
Modelo: 2016  
Ano: 0EW8102/PB  
Placa: 9C2K2210GR029374  
Chassi: 20-08-18  
Data do Acidente: 08-09-19  
Local e Data: São José dos Ramos, 08-09-19


x Fábio Júnior da Silva Araújo  
Assinatura do Declarante

Maurício Silvano da Costa

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

 **CARTÓRIO DO REG. DAS PESSOAS NATURAIS**  
Rua Sebastião J de Lima, 10, Centro, São José dos Ramos

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**MAURICIO SILVANO DA COSTA**  
Dou fe, São José dos Ramos/PB - 08/04/2019  
Escrevente: ADRIANA MEIRE ALVES DA SILVA  
Selo Digital: AIC82446-OAT6  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,91 Famen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Feni R\$ 1,82



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maurício Silvano do Couto Data da Admissão: 21.08.18  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: DR + frumento em antipt D.  
 HDA: Paciente vítima de trauma suspi o hoje após acidente motorista, admitido do Hosp. de trauma com fr. de clavícula-lombosador e fr. exposte de IIIº ADD falange proximal com 9 horas de evolução.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_ 23 ABR 2019

### 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 [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
 [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]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-reposu [ ]Deformidades  
 [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

**SN e PSQ:** [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor \_\_\_\_\_



**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: *Ex. end. fot. de III<sup>o</sup> PDD falange proximal*  
*proximal*

Hipóteses Diagnósticas: *Ex. upote de III<sup>o</sup> PDD falange proximal com t*  
*de 4 horas de evolução.*  
*Ex. de luxação E fechada - conservada.*

Conduta: *Internar p/ anti-hist e analg de Ex. ep. de III PDD*  
*ex de frax ap e outro E ap*  
*Rx de pt E Ap e outros*

*Dr. Everton*



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome MAURICIO SILVANO DA COSTA						CNS 201237422710003	Prontuário
Data de Nascimento 20/09/1996	Idade 21A 11M 1D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe JOSEFA SEVERINA DA SILVA			Nome da Pai SEVERINO DO RAMO DA COSTA			Cep 58339000	
Endereço LAGOA DE PEDRA			Bairro ZONA RURAL			Telefone Celular (83) 987794937	
Município SAO JOSE DOS RAMOS - PB			Telefone Residencial			Telefone (83) 32165700	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262				

### 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 A PEDIDO <i>melhora (transfusão)</i>		
Resultado de exames complementares #ORTOPEDIA  #PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, GS:15. REFERE QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO. FERIMENTO LOCAL EM PÉ ESQUERDO.  RX: FRATURA FECHADA DE CLAVICULA ESQUERDA (TRATAMENTO CONSERVADOR - IMOBILIZAÇÃO EM 8) FRATURA EXPOSTA DE DE 3º PODODACTILO ESQUERDO (CEFALOTINA 1G AS 23:00) - EM ANEXO  CD: ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA, CONFORME PACTUAÇÃO HOSPITALAR.		
CID S92.3	Data de encaminhamento 20/08/2018 23:56:01	

Assinatura e carimbo do profissional

CONFRE  
25 AUL 2013  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Nome: <i>Maurício Silvano da costa</i>			Registro:	
Idade: <i>21a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:
Data: <i>29/08/2018</i>			Cirurgião: <i>Thales couceiro</i>	
1º Assistente: <i>galvão</i>			2º Assistente:	
Anestesista: <i>imbelloni</i>			Instrumentador:	

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Fratura da falange proximal do 4 pododáctilo direito</i>	<i>S92.3</i>

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>O mesmo</i>	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
<i>Redução inCruenta + Fixação Percutânea do pé Dir</i>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não  
Descreva:

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:

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia*

*Assepsia + Antissepsia*

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

### Incisão:

### Achados:

*Visualização de fratura em falange proximal do 3º pdd com uso de intensificador de imagem*

### Conduta:

*Realizada manobra de redução da fratura do 3º pododactilo*

*Redução de fragmentos ósseo do pé direito*

*Aposição de 01 fio(s) de kirschner em 3º pododactilo direito sob uso de intensificador de imagem*

### Fechamento:

*Limpeza com SF a 0,9% de punho*

*Curativo*

### OBS:

Data: 29 / 08 / 2018

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**120.697.554-79**

Nome  
**MAURICIO SILVANO DA COSTA**

Nascimento  
**20/09/1996**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **4.076.999** DATA DE EXPEDIÇÃO **04/08/2012**

NOME **MAURICIO SILVANO DA COSTA**

FILIAÇÃO **SEVERINO DO RAMO DA COSTA**  
**JOSEFA SEVERINA DA SILVA**

NATURALIDADE **JOÃO PESSOA-PB** DATA DE NASCIMENTO **20/09/1996**

DOC ORIGEM **NASC. N. 78640 FLS. 045 LIV. A-75**

**CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB**

CPF

*Assinatura*

ASSINATURA DO DETENTOR DO DOCUMENTO

LEI Nº 7.118 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

 **ESTADO DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-063**

**INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA**

**DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO**

*Mauricio Silvano da Costa*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

COMPRENSIVE EXAMINATION  
25 APR. 2019  
PROF. DR. AGOSTO FERRARO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190295089 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURICIO SILVANO DA COSTA **Data do acidente:** 20/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 07/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). TRATAMENTO CONSERVADOR DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ALTA MÉDICA. PÁG 3 E 4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190295089 **Cidade:** São José dos Ramos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURICIO SILVANO DA COSTA **Data do acidente:** 20/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 07/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). TRATAMENTO CONSERVADOR DE CLAVÍCULA ESQUERDA E ALTA MÉDICA. PÁG 3 E 4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Maurício Silvano da Costa, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão desempregado, residente e domiciliado à Rua Sítio Lagoa de Pedra nº 51, bairro Sítio Lagoa de Pedra, Município de São José dos Ramos, Estado de (o) Paraná, Cep: 84.076-999, SSP/PB e CPF nº 120.697.554-79 portador(a) do Rg nº 4.076.999.

**Outorgado:** Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Mar Gabriel, Município de São José dos Ramos, Estado de (o) PR, Cep: 84.076-384 portador (a) do RG nº 362.7713 SSP/ PR e CPF nº 026.502.794-74.

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) Maurício Silvano da Costa, ocorrido em 20/08/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza unilateral.

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.

São José dos Ramos, 08, de abril de 2019.

Maurício Silvano da Costa  
Outorgante  
CPF Nº 120.697.554-79

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141877/19

**Vítima:** MAURICIO SILVANO DA COSTA

**CPF:** 120.697.554-79

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/08/2018

**Titular do CPF:** MAURICIO SILVANO DA COSTA

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

### MAURICIO SILVANO DA COSTA : 120.697.554-79

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS