

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANANIAS FRANCISCO DE MELO**

Nº Sinistro: **3180327599**

Vitima: **ANANIAS FRANCISCO DE MELO**

Data do Acidente: **27/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180327599**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13134598



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANANIAS FRANCISCO DE MELO**
Nº Sinistro: **3180327599**
Vitima: **ANANIAS FRANCISCO DE MELO**
Data do Acidente: **27/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180327599**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13139873



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180327599

Vítima: ANANIAS FRANCISCO DE MELO

Data do Acidente: 27/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANANIAS FRANCISCO DE MELO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento e indenização no banco.

EU, Amaris Francisco de Melo
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.201.695 EXPEDIDO POR SSPB EM 25/10/2013
CPF 032332714-17 /CNPI 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorid escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Banco Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1909 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 11566001263

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

S.P.

08 de maio de 2018

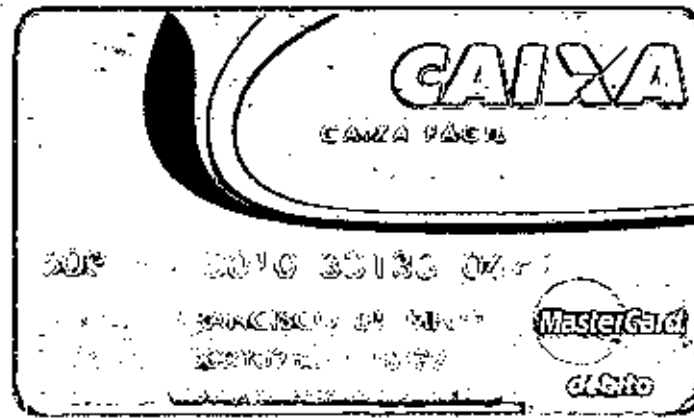
LOCAL E DATA

Amaris Francisco de Melo

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº: 690/2017

Boletim de ocorrência



Aos (05) de junho de 2017, nesta cidade, na delegacia do Conde -PB, onde presente encontrava o(a) Exmo(a) **HECTOR NUNES AZEVEDO**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de seu cargo, por volta das 11:30min;

COMUNICANTE: ANANIAS FRANCISCO DE MELO
CPF: 032.332.714-17 **RG: 4.201.095 SSP/PB**
NACIONALIDADE: Brasileira **NATURALIDADE: Recife/PE**
ESTADO CIVIL: solteiro
DATA DE NASCIMENTO: 05/09/1980 **PROFISSÃO: Auxiliar de Serviços Gerais**
FILIAÇÃO: José Francisco de Melo e Genelicia Maria de Melo
ENDEREÇO: Assentamento dona Antonia, S/N, Quadra A, Lote 07, Jacumã, Conde/PB.
TELEFONE: 83 9 87594711

OCORRÊNCIA: AFIRMA O NOTICIANTE que na data de 27/12/2016, por volta das 16:30h da tarde estava trafegando com a sua **MOTOCICLETA, uma HONDA CG/160 FAN ESDI, PLACA PCE0380/PE, ANO/FAB 2015/2016, CHASSI 9C2KC2200GR100455, COR VERMELHA** na avenida principal da localidade de Jacumã, próximo à invasão Capadócia numa curva. Que no momento do fato um carro desconhecido vinha em direção oposta ao motociclista e bateu no mesmo, fazendo com que o Sr **ANANIAS FRANCISCO** freasse sem sucesso, onde a sua moto levantou a traseira vindo a cair por cima do mesmo que foi ao solo. Que o Sr **ANANIAS** ficou inconsciente e foi socorrido por particulares para o Ortopedia, mais conhecido como Trauminha do Bairro da Mangabeira em João Pessoa/PB, onde foi encaminhado para o **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA HUMBERTO LUCENA**, dando entrada no mesmo dia 27/12/2016, às 20:37h com diagnóstico de **HEMORRAGIA EXTRADURAL PARIETAL E TRAUMATISMO MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS**. Que o noticiante ficou internado e realizou procedimento cirúrgico, tendo alta hospitalar no dia 08/01/2017. Que o notificante veio a esta delegacia no dia 18/09/2017, retificar a data do acidente, onde declarou que a data foi 27/12/2016 CIENTE DAS SANÇÕES PENAS CIVIS E CRIMINAIS ÀS QUAIS ESTARÁ SUJEITO QUANTO AO QUE AQUI DECLAROU NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR..

Conde, 18 de setembro de 2017.

Notificante: Ananias Francisco de Melo

POLICIAL CIVIL: Ivã da Silva Paula Junior
MAT. 182.276-4

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58000-174 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

ato

Data: 27/12/2016

Hora: 17:52:04

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVI

Clinica: CIRURGICA

CONDICAO DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 4

ANUNIAS FRANCISCO DE MELO

Num. Prontuario: 2009.02.001544

CNS Sexo: M IDENTIDADE: 5070397 Fone: 986511749

RECEITE/PE Data Nasc.: 05/09/1980 Id: 36 ano(s)

End.: CAPADOCIA, CASA, CNS/ 708003383531120

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Pai: JOSE FRANCISCO DE MELO

Mae: GENELICIA MARIA DE MELO

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO JACUMA

Comprovacao de ato da clareira



FATURADO

Modo de transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Causa do acidente por: QUEDA DE MOTO PROXIMO AO POSTO DE SAUDE

Horário de ocorrência por: AS 16HRS CARONA

Local do acidente: Rua Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: 120x70 mm Hg FR: 80 bpm

FC: 49 bpm TP:

Peso: Altura:

Glicemia: 86 mg/dl IMC:

Circ. Abd: 028

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ Aparentemente Bem | ☐ Grave |
| ☐ Politraumatizado | ☐ Convulsao |
| ☐ Hemorragia | ☐ Dispneia |
| ☐ Diarreia | ☐ Agitado |
| ☐ Regular | ☐ Chocado |
| ☐ Vômito | |

Observacao

Queixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Prescrição

Paciente admitido em emergência trazido por familiares, com relato de queda de moto, sem perda de consciência, sem trauma aparente. Exame físico: PA: 120x70 mmHg, FR: 80 bpm, FC: 49 bpm, TP: -, Peso: -, Altura: -, Glicemia: 86 mg/dl, IMC: -, Circ. Abd: 028. Queixa principal: dor abdominal. História: paciente admitido em emergência trazido por familiares, com relato de queda de moto, sem perda de consciência, sem trauma aparente. Exame físico: PA: 120x70 mmHg, FR: 80 bpm, FC: 49 bpm, TP: -, Peso: -, Altura: -, Glicemia: 86 mg/dl, IMC: -, Circ. Abd: 028. Diagnóstico: dor abdominal. Prescrição: analgésico.

glucose 8. APMK diminuída em 10%
 normal 10-15mg. AL R21 com agn
 APMK 120 bpm PA 70/40 mmHg
 Abdom. macio, pele úmida.

Data e hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

com 1h. 11 Ringer Lactato 2000 ml
 27 de 4 e 11h

3) Dexamet 15mg 12h

4) Fentanyl 3cc 12h

5) Tot N. 8

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

6) Dexamet 15mg 12h

Qtdel Medicamentos

Dose Horário Evolução

Soluto

1) 10 cc D5W
 2) " 100cc 0.9% NaCl
 3) " 10cc
 4) 1. Adm. Abdom.

Dr. Eduardo Jorge Doretti
 Cirurgia Geral
 CRM 5181

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

1) Preenchimento de Neurologia

TIPO DO PACIENTE

Residência

[] Transferido

[] Desistência

[] UTI

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Vanessa S. Oliveira

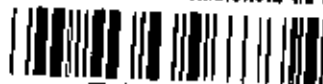
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

0301062261

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência do IML



Eu, Ananias Francisco de Melo portador da carteira de identidade nº 4.801.095 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032332214-12 residente e domiciliado na Assentamento Dona Antonia A.P.F Cidade Ipumema Estado PB, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ananias Francisco de Melo

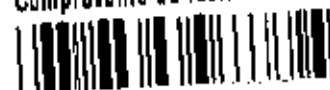
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

g.P 08-05-2018

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Arnanias Francisco de Melo

RG nº 4201.095, data de expedição 25/10/2013 Órgão SSLPB

CPF nº 032332714-17, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Assentamento Zona Atômica</u>
Número	<u>av. 207 s/n</u>
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	<u>Salvador</u>
Estado	
CEP	<u>58322-000</u>
Telefone de Contato	<u>98659-6620 - 98759-4711</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SP. 08-05-2018

Assinatura do Declarante: Arnanias Francisco de Melo

MARIA CRISTINA RODRIGUES SANTO
ASSIST. DONA ANTONIA, S/N/O ALTO - JACUMA
COND. / PB CEP: 58322000 (AG: 1)

CASA/SUBD. RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO 230, Km 25 - Distrito Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
Roteiro: 12 - 21 - 511 - 1800 Referência: Fev / 2017
NP Creditor: 00008159827 Emissão: 18/02/2017

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 03.085.192/0001-40 Ins. Est. 18.018.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000082 / 207
Código para Débito Automático: 00010200939

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1020093-9

Fev / 2017

Canal de contato

Apresentação

18/02/2017

Data prevista da
próxima leitura

21/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

124 1039

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Outs
Data	Data			
18/01/17	18/02/17		182	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	182	0,22610	41,02
Subsídio			21,40
PS			0,83
COFINS			3,82
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,47
JUROS DE MORA 31/03/17			0,02
MULTA 01/2017			1,14
Devolução Subsídio			-21,40

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/17	170
Dez/16	124
Nov/16	159
Out/16	161
Set/16	182
Ago/16	187
Jul/16	196
Jun/16	182
Maio/16	185
Abr/16	152
Mar/16	176
Fev/16	188

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00
PI	75,87	1,0958
COF	75,87	5,0288

VENCIMENTO
23/03/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 64,20

Mé. Aut. 02/10/2015

INFORMAÇÃO ADICIONAL

6607.23bb.59d0.a2c7.d71a.0fc0.2ae7.91db.

Indicadores de Qualidade 2016 - Gerais

Unidade	Apurado	Limite de Tensão (V)
DE MÉDIA	0,87	
DE TENSÃO	13,24	
DE ANUAL	21,49	
DE MENSAL	3,73	
DE TRIMESTRAL	7,47	
DE ANUAL	14,95	
DE MENSAL	3,87	
DE TRIMESTRAL	12,27	

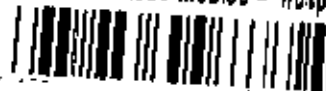
Composição dos Custos Tarifários 2016

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PS	18,98	29,58
Geração de Energia	22,18	34,56
Serviço de Transmissão	1,30	2,02
Impostos, Contribuições e Encargos	14,26	22,24
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,20	100,00

Valor do EUSD (01/12/2016) R\$ 20,45

ATENÇÃO

Subvenção DEC 1 681/13 R\$ 21,40
Fonte ICMS




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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ANANIAS FRANCISCO DE MELO

DATA DE NASCIMENTO 05/09/80

NOME DA MÃE GENELICIA MARIA DE MELO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 970.408

Nº PRONTUÁRIO 99.485

DATA DO ATENDIMENTO 27/12/2016

HORA DO ATENDIMENTO 20:37

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) HEMORRAGIA EXTRADURAL PARIETAL E + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 06.4 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), encaminhado do Ortotrauma e com entubação oro-traqueal, apresentando TCE e rebaixamento do nível de consciência. Glasgow 4. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio e subsequentes
TC da coluna cervical
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Hemorragia extradural parietal E à TC do crânio. Sem alteração à TC cervical, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Alécio Barcelos e Dr. Gerorge Mendes. Obteve suporte da Terapia Intensiva.

ALTA HOSPITALAR: 08/01/17

DATA DA EMISSÃO: 15/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EM EMERGÊNCIA
CRM: 2516

Dr. Ewerton/Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

CERTIDÃO

Nº. 1231/2017

Atendendo solicitação de **ANANIAS FRANCISCO DE MELO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento nº 917100 pertencentes ao requerente, que foi atendido dia 27/12/2016 às 17H52min, vítima de queda de moto, apresentando múltiplas escoriações.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e liberado.

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

João Pessoa, 29 de agosto de 2017

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


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÙBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917

Ananias Francisco de Melo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.201.095 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/10/2013

NOME ANANIAS FRANCISCO DE MELO

FILIAÇÃO JOSÉ FRANCISCO DE MELO
GENELICIA MARIA DE MELO

NATURALIDADE RECIFE-PE DATA DE NASCIMENTO 05/09/1980

DOC ORDEM NASC.N. 5109 FLA 184 LIVRA 184
CARTÓRIO RECIFE-PE

CPF 032.332.714-17

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259827/18
Vítima: ANANIAS FRANCISCO DE MELO
CPF: 032.332.714-17

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/12/2016
Titular do CPF: ANANIAS FRANCISCO DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ANANIAS FRANCISCO DE MELO : 032.332.714-17

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: 13/07/2018
Nome: ANANIAS FRANCISCO DE MELO
CPF/CNPJ: 032.332.714-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2018
Nome: ROZIMERE CARDOSO MOREIRA VILLAR RUMIE
CPF: 900.783.907-10

ANANIAS FRANCISCO DE MELO

ROZIMERE CARDOSO MOREIRA VILLAR RUMIE

Date: 09/10/2018 Assinatura: [Signature] 8.473.037-1

De: José Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904