
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190202993

Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190202993

Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

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

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190202993

Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

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 joelho 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: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000042

Conta: 0000020227-5

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou A.S.: 108.939.844-18 CPF da vítima: 108.939.844-18 Nome completo da vítima: João Ferreira de S. Junior
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: João Ferreira de S. Junior CPF: 108.939.844-18
Profissão: Recuso Endereço: Rua Artur Emédino dos Anjos Número: 82 Complemento:
Bairro: Atiplama Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail: Tel: (DDD)

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 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. Assinar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 20227 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 ativação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 esmado, 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 de cunho da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa a prorrogação com a futura avaliação médica ou remissão ao IML de contábil, caso discordando, seu portador.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se 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 Se tinha pais/avós vivos, informar o nome completo:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquilo(s) beneficiário(s) que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ônus ou detração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 170 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 25/03/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RDCO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

(*1 A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo da mesma, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02638.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02638.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:42 horas do dia 08 de março 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 **Jose Ferreira de Souza Junior**, CPF nº 108.939.844-18, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria do Socorro Matias de Souza e Jose Ferreira de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 05/09/1995 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Artur Enedino dos Anjos, Nº 90, bairro Altiplano Cabo Branco, tendo como ponto de referência Apt 304, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98609-3614,

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Antonio Carlos Araujo; Xxx: João Pessoa/PB; bairro Cabo Branco; Tipo do Local: via local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/09/18 16:00h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

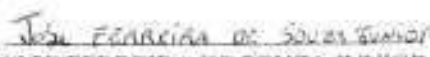
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA TARDE DO DIA 15/09/2018, POR VOLTA DAS 16:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2013, PLACA NQK-9793/PB, CHASSI 9C2KC1670DR021408, NA RUA ANTONIO CARLOS ARAUJO, CABO BRANCO, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU EM UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, O QUAL LHE TRANCOU NAQUELA RUA, VINDO A CAIR DA MOTOCICLETA; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES ATÉ O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PATELA DIREITA, CONFORME CERTIDÃO 0158/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSÂNGELA 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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de março de 2019


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR
Noticiante



Procedimento Policial: 02638.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou A.S.: 108.939.844-18 CPF da vítima: 108.939.844-18 Nome completo da vítima: Jose Ferreira de S. Junior
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Jose Ferreira de S. Junior CPF: 108.939.844-18
Profissão: Recuso Endereço: Rua Artur Emédino dos Anjos Número: 82 Complemento:
Bairro: Atiplama Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000 Te: (DDD)
E-mail:

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\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 20227 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 ativação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 esmado, 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 de cunho da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa a prorrogação com a futura avaliação médica ou remissão ao IML de contábil, caso discordar de sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a) ☐ Sim ☐ Não Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascidos (ou nascem)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquilo(s) beneficiário(s) que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ônus ou detração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 170 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 25/03/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RDCO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

(*1 A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo da mesma, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 05/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000020227-5

Nr. da Autenticação DE0C04CF9A28E273

Figure 1. The effect of the concentration of the polymer on the gelation time of the epoxy resin system.

Access: www.enrjgls.com.br

Data prevista di
predestinata lettura

2003/03/14

571696550-9

Canal de exportación

[illegible][illegible][illegible]

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

R\$ 87,43
05/03/2018 (sexta-feira)



Enviado: 21/01/2012 - Referência: Jan/2012
Classe/Sucesso: COMERCIAL/COMERCIAL MONOFASICO
Roteiro: 12-5-202-450 - Mensagem: 00000007576

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
 BRUNO KIMES - Diretor Regional - João Pessoa/PB - CEP 58071-020
 C/P: 09 Out 143/0001-40 - Insc. Est. 16.015.203-0

Nat'l Fossil Fuels or Energy Educ'n 908 924 751
Call your state Automobile: 800 555 3587

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.842.224-45

UC (Unidade Consumidora): 6/1698358-7

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe a máxima de roupa possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

[Handwritten signature]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/12/16	3510	31/12/16	3738	1	227	33
Demonstrativo						
C/A Descrição		Quantidade Teórica Valor Base Cóp. Ass. Homolog. Base Cóp. Pag. Cóp. Cóp.				
		Trabalho Teórico (CÓPIAS) / CÓPIAS Pag. Cóp. (CÓPIAS) / (CÓPIAS) (CÓPIAS)				
DE01 Consumo em kWh		302.000 0,628610	184,17	184,17	25	45,04 184,17 1,89 0,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
DE07 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			11,05	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00

CO	Código de Classificação do Item	TOTAL	165,22	164,17	46,04	164,17	1,86	9,26
----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
167	28/01/2019	R\$ 195.22

Histórico de Consumo (HCH)

44	26	4	180	221	323	187	206	142	204	220	222
Jan16	Feb16	Mar16	Apr16	May16	Jun16	Jul16	Aug16	Sep16	Oct16	Nov16	Dec16

RESERVADO AO FISCO

85f1.69f1.dd42.d3c2.aaed.644b.9cc1.f932

Indicadores de Qualidade (2011) No. 466

	Limites da ANEEL	Ajustado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,16	0,00	
DIC TRIMESTRAL	10,38		
DIC ANUAL	20,77		
FIC MENSAL	3,23	0,00	
FIC TRIMESTRAL	8,47		
FIC ANUAL	12,85		
TUA	12,85	0,00	
DECI	12,85		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	45,04	13,32
Emprego de Energia	04,74	1,41
Serviços de Transmissão	7,51	2,28
Serviços de Distribuição	10,05	3,00
Impostos de Estado e Energia	35,29	10,65
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	106,22	100,00

2001-03-05D (Rev. 11/2010) R166.5r

ATENÇÃO

Faturas em atraso

* Letura confirmada

PARAIBA

Retiro: 12-6-202-450
Matriculas: 1698598-2019-01...

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/01/2019

RS 195.22

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

15 MAR. 2019

AG PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Valor (R\$)	%
1.04	100%
74	71%
01	1%
86	83%
00	0%
22	100.00

em atraso

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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: 0800-1556 / 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 00 | Central Ovidoria: 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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=39536>

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 COAF¹.

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Gera Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 503 754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Ferreira de S. Junior inscrito (a) no CPF sob o Nº 108 939 844 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima João Ferreira de S. Junior

inscrito (a) no CPF sob o Nº 108 939 844 / 18, 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>57</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Angaúba</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 15/03/19

Alexandra Gera Duarte
 Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 15 MAR 2019
 PROTOCOLO
 AG JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 0158/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e 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 163676 e Prontuário nº 2018.09.002096 pertencentes a **JOSE FERREIRA DE SOUZA JR** que foi atendido dia 15/09/2018 às 18H08min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em joelho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de patela direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/09/2018 com alta médica dia 29/09/2018.

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

João Pessoa, 15 de fevereiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
MPLEXO 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: 163676 Atd: Nao Regulado
Data: 15/09/2018
Hora: 18:08:17
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3922945 Fone: 988244062

Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 05/09/1995 Id: 23 ano(s)

End.: RUA ARTUR ENEDINO DOS ANJOS, 90 CARTAO DO SUS 206141953270000

Bairro: ALTIPLANO CABO BRANCO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DO SOCORRO MATIAS DE SOUZA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA THAIS AMANDA

Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.002096

Pai: JOSE FERREIRA DE SOUZA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Transporte utilizado: VEIO DE CARONA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO NO CABO BRANCO

Vitima de violencia por: HJ AS 16/30 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

EC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal:

VA DE MOTO



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)

Exame físico realizado no momento da chegada ao pronto-socorro. Paciente com queixa de dor abdominal, em especial na região superior direita. Dor descrita como pontada, com intensidade moderada. Paciente apresenta sinais vitais estáveis. Não há sinais de trauma externo. Paciente consciente e orientado. História de dor abdominal há alguns dias, sem relação com alimentação. Paciente não toma medicamentos. História de hipertensão arterial. Paciente não fuma e não bebe álcool.

Diagnostico

Conduta

1. Analise de exames
2. Rx abdome + TC
3. Analise de exames

Prescrição

Horario da medicacao

5. Sol. TC de Crânio + Observação



Marcela Vieira
Cirurgia Vascular
CRM: 25.110
CBO: 34.11.01

Tumor
15 kg
20:30

Data e Hora PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Paciente com fratura de fêmur da perna
Dr. Renato Lygth

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 9293 / TEOT 15946

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos Dose Horário Evolução
B.A.1
Paciente apresenta fratura em
1/3 fêmur da perna lado (D).
Após TC foi evidenciado quando sugestivo de
fratura de arco zigomático lado (D), com limi-
tação de abertura bucal. Também possui fran-
tura em joelho (D) nos quadros TB DA
ORTOPEDIA

Dr. Alexandre da Nobrega
Cirurgia e Traumatologia
CRM-RS 44248

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
15 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG-1000 PESSOA

José Amanda da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Nome: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR				Registro: 2018.09.2096	
Idade: 23 A	Sexo: M	Cor:	Clinica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 28 / 09 / 2018			Cirurgião: CLÉCIO LOPES		
1º Assistente:			2º Assistente:		
3º Assistente:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
FRATURA PATELA DIR					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
OSTEOSSÍNTESE COM BANDA DE TENSÃO					
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					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

Dr. Clécio Lima Lopes
Ortopedista/Cirurgia de Joelho
CRM-PB 9487/SEOT:13144



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Acesso anterior mediano até foco de fratura

Conduta:

Visualizado foco de fratura e realizada drenagem de hemartrose

Irrigação com SF0,9%

Redução de fratura e fixação com 02 fios Kirschner 2.0 e 01 fio de cerclagem em banda de tensão

Irrigação com SF0,9%

Fechamento:

Sutura por planos com pontos descontinuos

Curativo

OBS:

Dr. Cláudio Lima Lopes
Ortopedia/Cirurgia de Joelho
CRM-PB 91871/SBOT:13144

Data: 28 / 09 / 2018

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Ferreira de S. Junior Data da Admissão: 15/09/18
Prontuário: _____ Idade: 2 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor e edema em joelho @ há ~ 3h.

HDA: Paciente infante de guarda de estado c/ dor
e edema em joelho @.
do Sr. Sr. profeta @.

Medicações em uso: Ø

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 [] 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 PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

COMPREV
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACION
 INSTITUTO NACIONAL DE HABITACION

ALEXANDRA CESAR DUARTE



ENC. DOCUMENTOS (DEB) HABITACIONAL: 2027736
 LIT: 046.502.754-74
 DATA DO DOCUMENTO: 21/08/1982

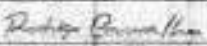
COGNOME: ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PROFISSÃO: ☐ ATO: ☐ COTIZA: 2

DATA DE NASCIMENTO: 07/05/1980
 DATA DE EMISSÃO: 14/01/2013
 DATA DE VALIDADE: 29/04/2021



JOÃO PESSOA, SR



DATA DE EMISSÃO: 17/01/2014
 DATA DE VALIDADE: 17/01/2014

ENC. DOCUMENTOS (DEB) HABITACIONAL: 2027736
 LIT: 046.502.754-74
 DATA DO DOCUMENTO: 21/08/1982

COGNOME: ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PROFISSÃO: ☐ ATO: ☐ COTIZA: 2

DATA DE NASCIMENTO: 07/05/1980
 DATA DE EMISSÃO: 14/01/2013
 DATA DE VALIDADE: 29/04/2021

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 12 de 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190202993 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(BANDA DE TENSÃO P.4)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose FERREIRA DE SOUZA JUNIOR
 brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão
VIGILANTE, CI RG nº 3.922.945
 CPF/MF nº 428.434.844-18, residente e domiciliado(a) à Rua
ARTUR FERNANDES DOS ANJOS
 Cidade de JOÃO PESSOA - PB, Estado
PARAIBA, CEP: 58046-130, telefone
98663-4900, 99105-5363

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

João Pessoa, 07 de março de 2019.

5º OFÍCIO

JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

OUTORGANTE

ET Eunápio Torres
 Rua Maria Emília Coutinho Torres de
 Albuquerque, 100 - 41500-000, João
 Pessoa - PB (31) 3219-1234

Selo Digital: **AH284982-60KD**
 Consulte a autenticidade em www.eunapio.com.br

Faço pi impressão digital
 Em testemunho de verdade
 João Pessoa, 07 de Março de 2019
 Assinatura digital do Semelhante (Ficha 244/02)
 JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR *****
 O Cível

EUNÁPIO TORRES
 TEL 3219-1234
 JOÃO PESSOA
 PARAIBA



IMPRESSÃO SEGURA E PREVENÇÃO S/A

07 de março de 2019

PROCURAÇÃO
 JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089768/19

Número do Sinistro: 3190202993

Vítima: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

CPF: 108.939.844-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/09/2018

Titular do CPF: JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

Documentos de identificação

JOSE FERREIRA DE SOUZA JUNIOR : 108.939.844-18

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: 27/03/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA