
Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180543956

Vítima: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543956.**

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



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **WANDERSON ARAUJO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180543956**

Vítima: **WANDERSON ARAUJO DA SILVA**

Data do Acidente: **27/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180543956**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **27/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: Nome completo da vítima:
10245239421 Wanderson Araujo da Silva

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

Nome completo:	Wanderson Araujo da Silva	CPF:	10245239421
Profissão:	Caseiro	Endereço:	Rua Maria Francisca da Cunha SN
Bairro:	Changabeira	Cidade:	João Pessoa
E-mail:		Estado:	PB
		CEP:	52059332
		Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 040726 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem eprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: João Pessoa - PB 19/11/18
 Nome: Wanderson Araujo da Silva
 CPF: 10245239421

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Wanderson Araujo da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02054.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02054.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:36 horas do dia 26 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Wanderson Araújo da Silva**, CPF nº 102.452.394-21, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Caseiro, filho(a) de Renata Maria Araujo da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 31/12/1997 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Francisca da Cunha, Nº S/N, complemento MANGABEIRA VIII -PROJETO MARIZ, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mercadinho Central, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98901-6201.

Dados do(s) Fatos:

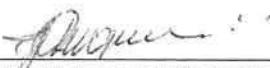
Local: Rua:diógenes Gomes da Silva, Mangabeira Viii, Igreja Católica, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/06/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

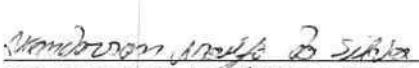
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE diz o notificante trafegava em uma bicicleta, quando foi vitima de uma colisão entre um veículo; QUE segundo o notificante estava indo para o trabalho; QUE o notificante não sabe identificar a marca e modelo do veículo pois devido a colisão ficou bastante machucado; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1175/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 15.01.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 26 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao


WANDERSON ARAÚJO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 02054.01.2018.1.00.420

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: Nome completo da vítima:
10245239421 Wanderson Araujo da Silva

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

Nome completo:	CPF:
Wanderson Araujo da Silva	10245239421
Profissão:	Número:
Gaseiro	Rua Maria Francisca da Cunha SN
Bairro:	Complemento:
Changabeira	CEP: 58059332
E-mail:	Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 040726 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem eprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: 19/11/18
 Nome: Wanderson Araujo da Silva
 CPF: 10245239421

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

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: 140072 Atd: Nao Regu
Data: 27/06/2018
Hora: 10:00:16
Repcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: WANDERSON ARAUJO DA SILVA Num. Prontuario: 2018.06.003605

CNS: 703405254979300 Sexo: M IDENTIDADE: 3880161 Fone: 989016201

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1997 Id: 20 ano(s)

End.: RUA PROJETADA SN,00

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: RENATA MARIA ARAUJO DA SILVA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: LAVADOR DE COUROS

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 989016201 / IDENTIDADE: 3880161

Procedencia: TRABALHO

Transporte utilizado: A PE

Vitima de acidente por: QUEDA DE BICICLETA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E BICICLETA
APRESENTANDOR EM MSD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pit com em punho ①, opus +mPRESSCA

Fx da bxe ab ge QD

Diagnostico

| Conduta

030106006

030309092

Prescricao

| Horario da medicacao

1. Dipirona 1amp ev d 10/10

2. Tl 100/40 mg ev. f/f

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 1113



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
67339808
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

OUT/2018

RENATA MARIA ARAUJO DA SILVA
RUA MARIA FRANCISCA DA CUNHA, S/N - MANGABEIRA
JOAO PESSOA PB 58059- 332

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável		
		Residencial	Comercial	Industrial	Público			
001.085.023.0224.000	000	1	0	0	0			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água		Situação Esgoto		
Y15N324012	02/09/2015	EXTERNO		LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (MB)		PROXIMA LEITURA		
515	524	9	31	20/11/2018				
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.								
PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES								
SET/2018	10	TURBIDEZ						
AGO/2018	12	CLORO						
JUL/2018	13	COL. TERMOT						
JUN/2018	13	COR						
MAI/2018	11	COL. TOTAIS						
ABR/2018	9	DADOS REFERENTES A: AGO/2018						
MEDIA(M)	11							

DATA DA IMPRESSÃO: 22/10/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 11:55:48	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA	RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
	CONSUMO DE AGUA	9 MB	37,91
ESGOTO	ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 08/2018		0,96
	JUROS DE MORA 08/2018		0,13

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS.LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 02/11/2018 Total a Pagar: R\$ 39,00

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TÁRIFA: 1
	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:		
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"		

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
67339808	OUT/2018	02/11/2018	R\$ 39,00

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE FLOREDO COSTA QUARTE, 157 SALA 08 MANGABEIRA
JOAO PESSOA - PB CEP: 58058410-11

Emissao: 29/10/2018 Referencia: Cut/2018
Classe/Série: COMMERCIAL/COMERCIAL MONOFASICO
Refero: 12-5-292-450 NF-metida: 00008657625

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
P-220 KM-15 - City Pernambuco - PB - CEP 58051-000
CNPJ: 00.000.000/0001-45 - INE: 10.001.522-0

Nota Fiscal: Controle Energia - NfCut/2018/291/24
Cadastral: Atualizado: 0001802017

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010.542.224-15

UC (Unidade Consumidora): **5/1698358-7**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
2900	22000000	1000	127	24
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade Tarifado	Vlcr Base Cred Ant Icmf(%) Bônus(%) Re.PS Outros(%)		
	Tributos(Tarifado) ICMS(%) ICMS	Re.Demanda(%) 00712% 00014%		
001 Consumo em kWh	224.000 0.002623	176.79 18.78 25 45.33 79.73 1.2 5.66		
001 Adm. B. Vermeia	11.73	15.12 28 3.99 15.72 0.10 0.49		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
007 CONTRIB SERVILUM PÚBLICA	11.73	0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00		

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
109 H 28/10/2018 R\$ 207,23

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 80 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 190 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 220 231 232 233 234 235 236 237 238 239 230 241 242 243 244 245 246 247 248 249 240 251 252 253 254 255 256 257 258 259 250 261 262 263 264 265 266 267 268 269 260 271 272 273 274 275 276 277 278 279 270 281 282 283 284 285 286 287 288 289 280 291 292 293 294 295 296 297 298 299 290 301 302 303 304 305 306 307 308 309 300 311 312 313 314 315 316 317 318 319 310 321 322 323 324 325 326 327 328 329 320 331 332 333 334 335 336 337 338 339 330 341 342 343 344 345 346 347 348 349 340 351 352 353 354 355 356 357 358 359 350 361 362 363 364 365 366 367 368 369 360 371 372 373 374 375 376 377 378 379 370 381 382 383 384 385 386 387 388 389 380 391 392 393 394 395 396 397 398 399 390 401 402 403 404 405 406 407 408 409 400 411 412 413 414 415 416 417 418 419 410 421 422 423 424 425 426 427 428 429 420 431 432 433 434 435 436 437 438 439 430 441 442 443 444 445 446 447 448 449 440 451 452 453 454 455 456 457 458 459 450 461 462 463 464 465 466 467 468 469 460 471 472 473 474 475 476 477 478 479 470 481 482 483 484 485 486 487 488 489 480 491 492 493 494 495 496 497 498 499 490 501 502 503 504 505 506 507 508 509 500 511 512 513 514 515 516 517 518 519 510 521 522 523 524 525 526 527 528 529 520 531 532 533 534 535 536 537 538 539 530 541 542 543 544 545 546 547 548 549 540 551 552 553 554 555 556 557 558 559 550 561 562 563 564 565 566 567 568 569 560 571 572 573 574 575 576 577 578 579 570 581 582 583 584 585 586 587 588 589 580 591 592 593 594 595 596 597 598 599 590 601 602 603 604 605 606 607 608 609 600 611 612 613 614 615 616 617 618 619 610 621 622 623 624 625 626 627 628 629 620 631 632 633 634 635 636 637 638 639 630 641 642 643 644 645 646 647 648 649 640 651 652 653 654 655 656 657 658 659 650 661 662 663 664 665 666 667 668 669 660 671 672 673 674 675 676 677 678 679 670 681 682 683 684 685 686 687 688 689 680 691 692 693 694 695 696 697 698 699 690 701 702 703 704 705 706 707 708 709 700 711 712 713 714 715 716 717 718 719 710 721 722 723 724 725 726 727 728 729 720 731 732 733 734 735 736 737 738 739 730 741 742 743 744 745 746 747 748 749 740 751 752 753 754 755 756 757 758 759 750 761 762 763 764 765 766 767 768 769 760 771 772 773 774 775 776 777 778 779 770 781 782 783 784 785 786 787 788 789 780 791 792 793 794 795 796 797 798 799 790 801 802 803 804 805 806 807 808 809 800 811 812 813 814 815 816 817 818 819 810 821 822 823 824 825 826 827 828 829 820 831 832 833 834 835 836 837 838 839 830 841 842 843 844 845 846 847 848 849 840 851 852 853 854 855 856 857 858 859 850 861 862 863 864 865 866 867 868 869 860 871 872 873 874 875 876 877 878 879 870 881 882 883 884 885 886 887 888 889 880 891 892 893 894 895 896 897 898 899 890 901 902 903 904 905 906 907 908 909 900 911 912 913 914 915 916 917 918 919 910 921 922 923 924 925 926 927 928 929 920 931 932 933 934 935 936 937 938 939 930 941 942 943 944 945 946 947 948 949 940 951 952 953 954 955 956 957 958 959 950 961 962 963 964 965 966 967 968 969 960 971 972 973 974 975 976 977 978 979 970 981 982 983 984 985 986 987 988 989 980 991 992 993 994 995 996 997 998 999 990 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1000 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1010 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1020 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1030 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1040 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1050 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1060 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1070 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1080 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1090 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1100 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1110 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1120 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1130 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1140 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1150 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1160 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1170 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1180 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1190 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1200 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1210 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1220 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1230 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1240 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1250 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1260 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1270 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1280 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1290 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1300 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1310 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1320 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1330 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1340 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1350 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1360 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1370 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1380 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1390 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1400 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1410 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1420 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1430 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1440 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1450 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1460 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1470 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1480 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1490 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1500 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1510 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1520 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1530 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1540 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1550 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1560 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1570 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1580 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1590 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1600 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1610 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1620 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1630 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1640 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1650 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1660 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1670 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1680 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1690 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1700 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1710 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1720 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1730 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1740 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1750 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1760 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1770 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1780 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1790 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1800 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1810 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1820 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1830 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1840 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1850 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1860 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1870 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1880 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1890 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1900 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1910 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1920 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1930 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1940 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1950 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1960 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1970 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1980 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 1990 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2000 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2010 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2020 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2030 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2040 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2050 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2060 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2070 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2080 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2090 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2100 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2110 2121 2122 2123 2124

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: Nome completo da vítima:
10245239421 Wanderson Araujo da Silva

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

Nome completo:	CPF:
Wanderson Araujo da Silva	10245239421
Profissão:	Número:
Gaseiro	Rua Maria Francisca da Cunha SN
Bairro:	Complemento:
Changabeira	CEP: 58059332
E-mail:	Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 040726 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem eprovarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: 19/11/18
 Nome: Wanderson Araujo da Silva
 CPF: 10245239421

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

CERTIDÃO

Nº. 1175/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº140072, pertencente a **WANDERSON ARAUJO DA SILVA** que foi atendido dia 27/06/2018 às 10H00min, vítima de colisão carro/bicicleta, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da base do 4º quirodáctilo direito. Medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de setembro de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



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: 140072 Atd: Nao Regu
Data: 27/06/2018
Hora: 10:00:16
Repcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: WANDERSON ARAUJO DA SILVA Num. Prontuario: 2018.06.003605

CNS: 703405254979300 Sexo: M IDENTIDADE: 3880161 Fone: 989016201

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1997 Id: 20 ano(s)

End.: RUA PROJETADA SN,00

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: RENATA MARIA ARAUJO DA SILVA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: LAVADOR DE COUROS

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 989016201 / IDENTIDADE: 3880161

Procedencia: TRABALHO

Transporte utilizado: A PE

Vitima de acidente por: QUEDA DE BICICLETA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E BICICLETA
APRESENTANDOR EM MSD

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Pit com em punho ①, opus +mão

Fx da bxe ab ge QD

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

030106006

030309092

1. Dipirona 1amp ev d 10/10

2. Tl 10ml 40 mg ev. f/f

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 1113

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

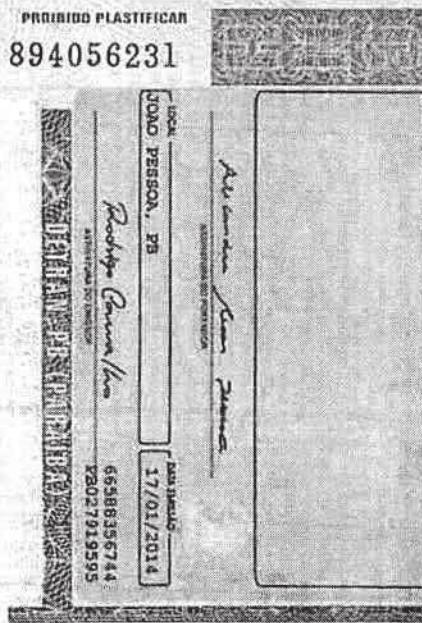
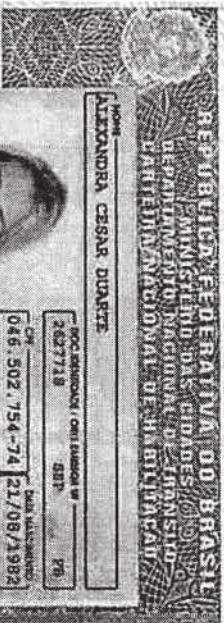


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.880.161	DATA DE EXPEDIÇÃO	28/07/2010
NOME WANDERSON ARAUJO DA SILVA			
FILIAÇÃO			
RENATA MARIA ARAUJO DA SILVA			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
JOAO PESSOA-PB	31/12/1997		
DOC ORIGEM	NASC.N.15800 FLS.149 LIV.16		
CARTÓRIO JOAO PESSOA PB			
CPF	102.452.394-21		
Joao Pessoa - PB	ASSINATURA DO TITULAR		
LEIAZ/150529/00032			

13 NOV. 2013
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
DISTRIBUIDORIAL DE DOCUMENTOS



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Wanderson Araújo da Silva,
brasileiro(a), estado civil únio estavel, profissão
caixero, CI RG nº 3880.561,
CPF/MF nº 302.452.394-21, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Maria Francisca da Cunha, 511 Mangabeira
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58059-332, telefone
99305.5363, 98663.4900.

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, 12 de novembro de 2018



CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

wanderson Araújo da Silva

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabuleiro / Bel*, Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rosângela Pinto de Anan, 40 - Mangabeira/Pixote - CEP 58056-010 - João Pessoa - PB
Phone/Fax: (23) 3612-1200/3612-2900

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:...
WANDERSON ARAÚJO DA SILVA*****
Em test da verdade, João Pessoa, 12/11/2018 10:39:22
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA
[2018-030175]EMOL:R\$ 0,48 FARFEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHS94528-F316

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419078/18

Vítima: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

CPF: 102.452.394-21

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/06/2018

Titular do CPF: WANDERSON ARAUJO DA SILVA

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
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

WANDERSON ARAUJO DA SILVA : 102.452.394-21

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: 19/11/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA