

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **IGOR CORREIA HERCULANO**

Nº Sinistro: **3180195085**

Vitima: **IGOR CORREIA HERCULANO**

Data do Acidente: **04/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180195085**.

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 12757483



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **IGOR CORREIA HERCULANO**

Nº Sinistro: **3180195085**
Vitima: **IGOR CORREIA HERCULANO**
Data do Acidente: **04/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180195085**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/01/2018**. 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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deverá estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisa assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

079356064-04

Nome completo da vítima

Igor Correia Herculanov

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Igor Correia Herculanov		CPF titular da conta 079356064-04	Profissão Operador de máquinas
Endereço Sítio Curique - Area Rural		Número S/N	Complemento
Bairro Area Rural	Cidade Alagoa Nova	Estado PB	CEP 58125000
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0732

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

00059956

(Informar dígito se existir)

D/V

4

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Alagoa Nova - PB, 33 de Março de 2018
Local e Data

Igor Correia Herculanov

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

066-883116625-3

07/MAR/2018

HORA DE 09:43:11

TERM: 060076

LOI: 13.25047-3
LOCALIDADE: ALAGOA NOVA
AG. VINCULADA: 1100

CONTROLE: 586286488

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0737 013 00059956-4

IGOR CORREIA HERCULANO

VALOR

:

150,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

066-883116625-3

14 VIA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

VERSANDO SOBRE: ACIDENTE DE MOTO

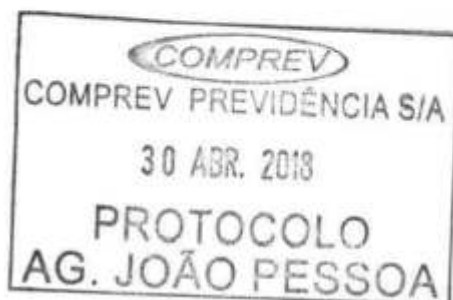
CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº **001/2018**, nele encontrei às folhas nº **103** o registro nº **103/18**, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos dias **26** do mês de **FEVEREIRO** do ano de **2018**, nesta cidade de Alagoa Nova/PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a Bel. **MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo, no final assinado e declarado, por volta das **10:38** horas, **COMPARECEU: IGOR CORREIA HERCULANO**, brasileiro, 24 anos, RG Nº **3.827.384 SSP/PB**, operador de máquinas, solteiro, médio completo, filho de **Lauro Adriane Herculano Duarte** e de **Selma Correia Duarte**, residente no **SÍTIO OURIQUE**, (próximo ao sítio Gameleira), **ALAGOA NOVA /PB**, fone: **9 8136-5046**. **NOTIFICOU QUE:** no dia **04/01/2018**, por volta das **22:25** horas, estava saindo da empresa **ALPARGATAS** neste município, quando ao trafegar com sua moto na Rua do Sertão, quando avistou uma outra motocicleta em velocidade muito abaixo da permitida a sua frente; **QUE** não conseguiu desviar da citada moto, ocorrendo a colisão; **QUE** com o impacto, o notificante caiu ao chão, sofrendo lesões; **QUE** foi socorrido por colegas da **ALPARGATAS** até o hospital local e posteriormente, transferido ao Trauma em Campina Grande, e ali foi constatado fratura na clavícula esquerda, sendo liberado no mesmo dia; **QUE** nada sabe sobre o motorista causador do acidente e nem sabe informar as características da moto pilotada por ele; **QUE** a moto a qual estava guiando no dia do fato, trata-se de uma: **HONDA/CG 125 FAN ES, PLACA MOL 7391/PB, COR VERMELHA, ANO: 2011/2011, CHASSI Nº9C2JC4120BR522590, RENAVAL Nº 00282203079, REGISTRADA EM NOME DO NOTIFICANTE;** **QUE** cita como testemunhas do acidente as pessoas de: **JOSÉ LEONARDO DO NASCIMENTO SANTOS (RG Nº3397182 SSP/PB)**, podendo ser encontrado no **SÍTIO GERALDO/PB** e **JARDEL SOUZA GRACIANO**, podendo ser encontrado no **SÍTIO SÃO JOSÉ**, ambos desta cidade PB. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 26 de FEVEREIRO de 2018.

NOTIFICANTE:

Igor Correia Herculano

SAULO RAMOS SILVA
Escrivão de Polícia Civil
Mat.: 168.434-5



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Igor Correia Herculanone

CPF da Vítima

078 356 064-04

Data do Acidente

04/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

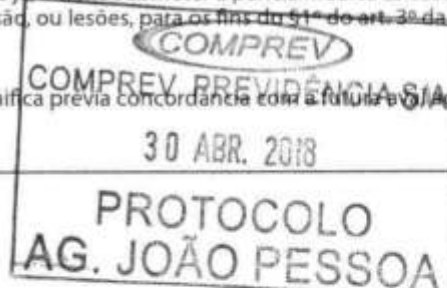
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Líder 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Adoqui Nova-PB, 13 de março de 2018

Local e Data

Igor Correia Herculanone

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1574623 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/01/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Claudia Bezerra Lacerda

CEP: 58125000 Nascimento: 31/05/1993

PACIENTE: IGOR CORREIA

HERCULANO
Endereço: SÍTIO OURIQUE
Sexo: M Telefone: 982159409
Idade: 024 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: Alagoa Nova RG: N°: 0
Nome da Mãe: SELMA CORREIA DUARTE Profissão: OPERADOR DE MAQUINA

Responsável: PATRICIA CPF: CNS: 700209921504129
Estado Civil: União Estável Data de Atend: 05/01/2018 CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Especialidade:
Hora: 01:01:23

Médico: CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Anel	21. Hematoma
4. Contusão	22. Injúria traumática / lacerado
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendinosa
7. Edema	25. Luxação
8. Empalramento	26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Escorregamento	28. Objeto Enfiado
11. Equimose	29. Otite
12. Ferida	30. Paralisia
13. Ferida de fogo	31. Parestesia
14. Ferida	32. Pericardite
15. Ferida	33. Queimadura
16. Ferida	34. Rinite
17. Ferida	35. Sinal de isquemia
18. Ferida	36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Prost. (hom. ind. e)

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

HGT: Sat02



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

EXAMES SOLICITADOS

() Laboratoriais

() Gasométricos

() Tomografia computadorizada

() Ultrassonografia

() Radiografia

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às / Dia /

Especialista: / às / Dia /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº 1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Prost. (hom. ind. e)

Endereço da Unidade Consumidora:
LAURO ADRIANE HERCULANO DUARTE
SIT QUIQUE, S/N
ÁREA RURAL
ALAGOA NOVA (AG: 71)

Classe/Subcl. RUR MTC B2-119RJRAL-IRRIGANTE
Rotelero: 017 - 0077 - 673 - 2578
Nº do Medidor: 00008606577
MATRÍCULA: 0001666211-2018-01-4
DOM. ENT.:

LIGAÇÃO: TRIFÁSICO
DOM. BANC.:
CPF: 559.156.324-68
Insc. Est.:



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Criação Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.825-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica
Nº: 001.472.325

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196 ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 0001666211-5

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

CONTA REFERENTE A

APRESENTAÇÃO

DATA PREVISTA DA
PRÓXIMA LETURA

Janeiro/2018

01/02/2018

27/02/2018

5/1666211-6

DEMONSTRATIVO

CCI Descrição	Quantidade	Tarifa s/ Tributos	Tarifa c/ Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Aliq. ICMS	ICMS (R\$)	Base Calc. PIS/COFINS (R\$)	PIS(R\$) (1,0363%)	COFINS(R\$) (4,7697%)
0601 Consumo em kWh	36,000	0,346220	0,387540	13,23	0,00	0	0,00	13,23	0,14	0,63
0601 Consumo em kWh Reservado	100,000	0,093480	0,099230	9,92	0,00	0	0,00	9,92	0,10	0,47
0601 Adic. B. Vermelha				0,17	0,00	0	0,00	0,17	0,00	0,01
0610 Subsídio				48,49	0,00	0	0,00	48,49	0,50	2,31
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0906 Devolução Subsídio				-45,68	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item

Total: 26,13 0,00 0,00 71,81 0,74 3,42

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DISTRIBUIÇÃO ENERGISA/PB	8,41	32,18
COMPRA DE ENERGIA	9,94	38,04
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	1,29	4,94
ENCARGOS SETORIAIS	3,33	12,72
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	4,16	15,92
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	26,13	100,00

- Valor Encargo Uso Sist. Distr. (Ref 11/2017): R\$ 12,66

VENCIMENTO

08/02/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 26,13

Reservado ao Fisco

c5d3.3060.718b.1ef3.cbe9.a48f.37c4.cf0d

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

RECIBO DO PAGADOR

JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO D'ÁGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'ÁGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125-000 (AG-71)
Emissão: 07/02/2018 Referência: Fev/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 220V, 25-50A-60Hz
Roteiro: 5-77-610-8400 Nº medidor: 0008719750

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.096.193/0001-40 - Ins. Est. 16.016.033-0
Nota Fiscal: Contrato de Energia Elétrica Nº 001/874.234
Cód. para Dth. Automático: 00617321514

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Fev / 2018 07/02/2018 12/03/2018 9351056465
masc. Est. 5/1732151-4

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricitista de confiança, não arrisque a fazer sozinho. De um banho de segurança.
- Chame os vizinhos e amigos e ensine no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Leitura		
10/01/18	2043	07/02/18	2141	28

CC - Descrição	Quantidade	Valor Base Calc.	Alug. (mon/R\$)	Ener. Base (R\$)	Ener. Calc. (R\$)	PerCo/W (R\$)	PerCo/W (R\$) (1,1059%)	E. (mon/R\$)
0601 - Consumo em kWh	98,000	0,720220	70,58	70,58	17,84	70,58	0,78	3,66
0807 - CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			1,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC - Código de Classificação do Sem TOTAL 72,03 70,58 17,84 70,58 0,78 3,66

Média últimos meses (kWh)
98

VENCIMENTO
11/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 72,03

Histórico de Consumo (kWh)

93	108	128	114	126	102	98	91	85	98	93	55
Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18

838780000000-9 aeeb.a5a9.b075.e4ba.104b.42b1.c521.5e61

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,84		NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	20,58		
DIC ANUAL	3,45	0,00	CONTRATADA
PIC MENSAL	9,97		LIMITE INFERIOR 202
PIC TRIMESTRAL	13,95		LIMITE SUPERIOR 231
PIC ANUAL	3,50	0,00	
DMC	12,22		
DICA			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	18,58	25,75
Consumo de Energia	21,94	30,46
Serviço de Transmissão	2,50	3,46
Encargos Setoriais	3,14	4,35
Impostos Diretos e Encargos	20,54	28,59
Quilos Serviço	0,30	0,41
Total	72,03	100,00

Valor do EUEO (Ref. 12/2017) R\$ 24,65

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: O cliente não realizou o pagamento da fatura relacionada(s) permanente(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/03/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgão de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Faturas em atraso
Dez/17 73,25

PARABÁ

Roteiro: 5-77-610-8400
Matrícula: 1732151-2019-02-0

VENCIMENTO
11/03/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 72,03

838800000000-9 72030054000-5 17321512018-4 02000077019-6



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

30 ABR. 2013

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Israel de Souza Farias inscrito (a) no CPF/CNPJ 082837134 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Igor Correia Herculanone inscrito (a) no CPF sob o Nº 078356064 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Igor Correia Herculanone, inscrito (a) no CPF sob o Nº 078356064 / 04, 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		Número	Complemento
<u>LOC Engenheiro Olho D'água/Catamento Rêgo Lima</u>		<u>65</u>	—
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Olho D'água</u>	<u>Alagoas Nova</u>	<u>PB</u>	<u>58125000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>israelalagomara@hotmail.com</u>	—		<u>(33) 981167743</u>

Alagoas Nova, PB, 33 de março de 2013
Local e Data

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que João Carlos
Henriques

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)

horas, necessitando de 30 (Trinta)

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42
Cen. fechado

Campina Grande, 01/02/18

De: Dr. João Carlos
CRM 3695-12.1 / 15-192-12
TEST 17.06.18

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

Igor C. Herules

DATA DO ATENDIMENTO:

05/01/16

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

Fract. Ulnar e

PROCEDIMENTO:

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista / Traumatologista
CREMER 9107
CRM-PB 9115 TEOT-15263

MOD. 120

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2016

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



2018
201153

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Tygo C. Maranhão

foi atendido (às) hoje, às 00h ()
horas, necessitando de 40 (Quarenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42

Campina Grande, 05/01/18

Dr. Arnaldo Lima P. Júnior
Oncologista / Traumatologista
CRM-PB 9116 - TEOT-15293

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1574623 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.258/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafiminas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 05/01/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

PACIENTE: IGOR CORREIA

CEP: 58125000 Nascimento: 31/05/1993

HERCULANO

Sexo: M

Endereço: SÍTIO OURIQUE

Telefone: 982159409

Cidade: Alagoa Nova

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: SELMA CORREIA DUARTE

RG:

Responsável: PATRICIA

CPF:

Estado Civil: União Estável

Data de Atendimento: 05/01/2018

CNS: 700209921504129

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 01:01:23

Convênio: SUS

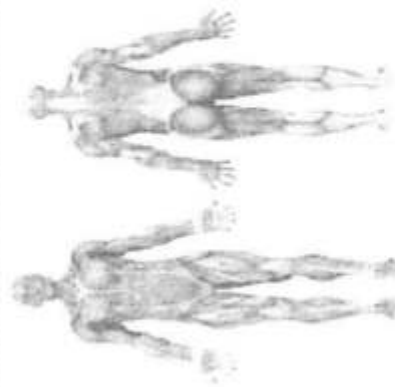
Médico:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento/venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestia
32. Pericostia
33. Quelimadura
34. Rinite
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Assinatura e Carimbo do Médico:

Assinatura e Carimbo do Médico:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

HGT: Sat02

PA

Glasgow

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 ABR. 2018

PROXIMOS SOLICITADOS:

Ultrassonografia:

Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às

Dia / /

Especialista: / às

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

HORÁRIO REALIZADO

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura e Carimbo do Médico:



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Agda Correia Pereira		
End:	São Domingos Bairro: Jaqueira Nova		
Data de Nascimento:	31-05-93	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acid. Holo	Data do Atend.: 05-01-18	Hora: 01:00 Documento:
Acidente de trabalho?	(x) Sim	(x) Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	(x) Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	(x) Fáceis de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	(x) Livre	() Cadeira de rodas	() Maca	Frequência cardíaca:			
				Temperatura axilar:			
				Mucosas:	(x) Normocorada	() Pálida	

MOD. 110

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

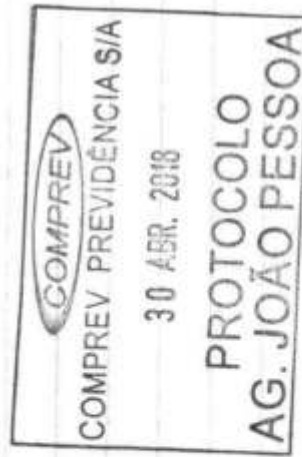
30 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura e carimbo do profissional

[Assinatura]
Carimbo: Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Data: 05-01-2018

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO



DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

- () Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () Já revela
 () Internação (setor) _____ () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Patricia Fernandes de Almeida
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____
____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____



Ministério da
Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA NOVA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Consulta Básica:
Consulta Especializada:

NATUREZA DA CONSULTA

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS) Código da Unidade: 2591863 Nome: UNIDADE MISTA DE ALAGOA NOVA Endereço: AV. SÃO SEBASTIÃO, S/N Município: ALAGOA NOVA		CNPJ: 08.700.684/0001-46 UF: PB	
DADOS DO PACIENTE: Nome: <u>Dr. Humberto Caputo</u> SEXO: <u>M</u> D.N.: <u>→</u> Mãe: <u>Delma Lequeiro Duarte</u> Profissão: <u>Perito de Inspecção</u> Documento: <u>049.356.067-09</u> Endereço: <u>St. A. Univas</u> UF: <u>PB</u> CEP: <u>58135-000</u> Município: <u>Alagoinha</u> Código do Município: <u>250090</u> Data do Atendimento: <u>04/01/18</u>			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIO: <u>Ac de motor com dor</u> <u>e no coração</u> <u>o outro é</u>			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:			
RESULTADOS:			
MATERIAIS / MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:			
1. <u>Verbetes Físicos</u>			
2.			
3.			
4.			
5.			
DIAGNÓSTICO / CID:			
<u>A seguir</u>			
ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR TÉCNICO	
<u>Dr. Tomé dos Santos</u> CNPJ: 191.061.050-11		<u>X</u>	
ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR ADMINISTRATIVO		ASSINATURA E CARIMBO DO REVISOR ADMINISTRATIVO	
PROCEDIMENTO		MEDICACÃO	
<u>1 + T e Guai</u>			
ENCAMINHAMENTO		ENCAMINHAMENTO	
☐ Prescrita ☐ Medicada <u>31/05/193</u> <u>090PF</u>		☐ Outro Hospital ☐ Óbito ☐ Outros	
SERVIÇOS REALIZADOS		SERVIÇOS REALIZADOS	
Código / Procedimento		CBO	
<u>225125</u>		<u>225125</u>	
Idade		Idade	
<u>24A</u>		<u>24A</u>	
ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE			

Anamntar: Educar para vida

REQUISICÃO DE EXAMES

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE DO - HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

NOME:		FERNANDA		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:	
IDADE:		SEXO:		COR:		A		P		B		F	

REALIZADO EM: 04/06/18

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

URGÊNCIA:	ROTINA:
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que José Carlos
Henriques
foi atendido (às) hoje, às _____
horas, necessitando de 30 7 min
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42
Cen fechado

Campina Grande, 01 02 18


Assinatura do Médico - CRM N° _____

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 E INFRA-ESTRUTURA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 IGOR CORREIA HERCULANO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 3827384 SSP PB

CPF
 079.356.064-04

DATA NASCIMENTO
 31/05/1993

FUNÇÃO
 LAURO ADRIANE
 HERCULANO DUARTE
 SEIIMA CORREIA DUARTE

PERMISSÃO
 ACC
 CATEGORIA
 AB

Nº REGISTRO
 06169460206

VALIDADE
 15/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
 06/09/2014

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
 23/02/2018

Assinatura do Emissor

58615256830
 PB036340995

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1549061223

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1549061223

COMPREV
 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 30 ABR. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

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

Nome
ISRAEL DE SOUZA FARIAS

DOC. IDENTIDADE / CPF. EMISSOR DE
3406239 SSP PB

CPF
092.917.124-09

DATA NASCIMENTO
01/06/1989

FUNÇÃO
PAULO MENINO DE FARIAS
MARIA ROSA DE SOUZA
FARIAS

PERMISSÃO
ACC CATENAL
AD

Nº REGISTRO
04671649005

VALIDADEZ
14/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
17/06/2009

OBSERVAÇÃO
A /
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Israel de Souza Farias
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
26/12/2016

Israel
13258074004
PB033561168

DETRAN - PB (PARAIBA)

**VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL**
1405284293

PROIBIDO PLASTIFICAR
1405284293

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929888474
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COS-RENAVAM 0028220307-8 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME IGOR CORREIA HERCULANO

CPF / CNPJ 07935606404

PLACA MOL7391/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2JC4120BR522590

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CAP / POT / LOI 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC / COTAS 1º

PARCELAMENTO / COTAS 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00,00 PREMIO TOTAL (R\$) 00,00 DATA DE PAGAMENTO 06/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL ALAGOA NOVA-PB

DATA 06/03/2018

14001

9393

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929888474 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 06/03/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 07935606404 PLACA MOL7391/PB

RENAVAM 00282203079 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2011 CAT. TARE 9 Nº CHASSI 9C2JC4120BR522590

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENF (R\$) 0,00 GENATIAN (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 SEGURO TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURADO (R\$) 0,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 06/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

9393-1332503-20180306

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180195085 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR CORREIA HERCULANO **Data do acidente:** 04/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

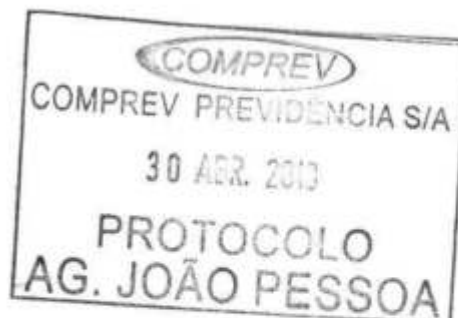
CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

IVONE S. Valice

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Igor Correia Herculanio
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
 Profissão: Operador de maquinas
 Identidade: 3327384 CPF: 073356064-04
 Endereço: Sítio Curique, S/R - Area Rural - Alagoa Nova - PB

OUTORGADO:

Nome: Israel de Souza Farias
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: casado
 Profissão: Estudante
 Identidade: 3406239 CPF: 08291712409
 Endereço: LOC Engenho Velho Dagua, 65 - Loteamento Ruy de Lima - Gêlo Dagua - Alagoa Nova - PB

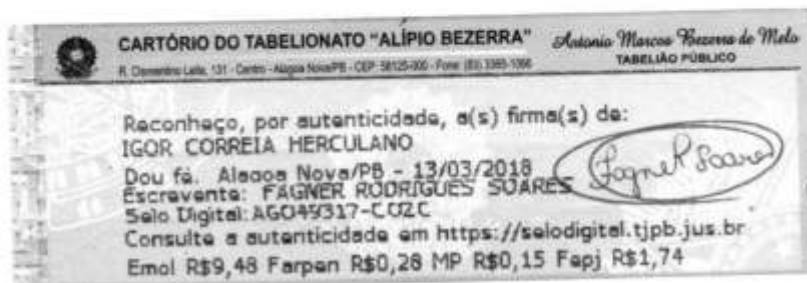
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Igor Correia Herculanio.



Alagoa Nova - PB - 13/03/2018
 Local e data

Igor Correia Herculanio
 Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Cartório "Alipio Bezerra"
 ALAGOA NOVA-PB
 Fagner Rodrigues Soares
 ESCRIVENTE