

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190286095

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 27/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO PEREIRA DE LIMA

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



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:

047.313.864-62

Nome completo da vítima:

Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

*Paulo Pereira de Lima
Professor
Centro*

Endereço:

Rua Profeta

CPF:

047.313.864-62

Número:

08

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Búzios do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP:

58337-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

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 OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *0914*

CONTA: *97367*

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 15/01/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

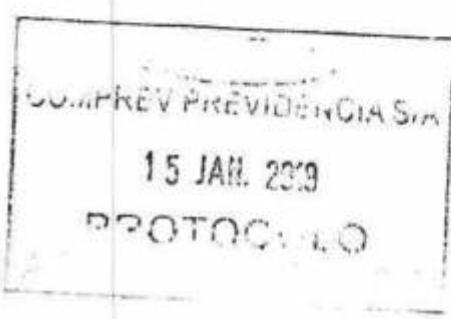
15 JAN 2019

Assinatura: _____

PROTOCOLO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



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:

047.313.864-62

Nome completo da vítima:

Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

*Paulo Pereira de Lima
Professor
Centro*

Endereço:

Rua Profeta

CPF:

047.313.864-62

Número:

08

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Búzios do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP:

58337-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

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 OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0914*

CONTA: *97367*

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 15/01/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

15 JAN 2019

Assinatura: _____

PROTOCOLO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



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:

047.313.864-62 Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

Paulo Pereira de Lima

Profissão:

Professor
Centro

Endereço:

Rua Profetada

Bairro:

Centro

Cidade:

Belo Horizonte

Estado:

PB

CEP:

58337-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

REUSSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914

CONTA: 97367

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2 ABR. 2019
PROTÓCOLO

INVALIDEZ PERMANENTE
MORTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

PROTESTO
diante da
seguradora
LIDER
que
não
possuo
representante
legal

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

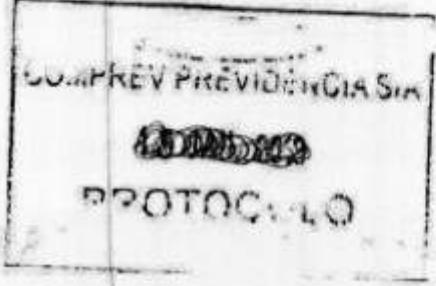
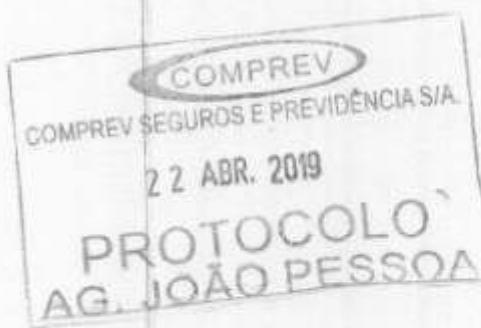
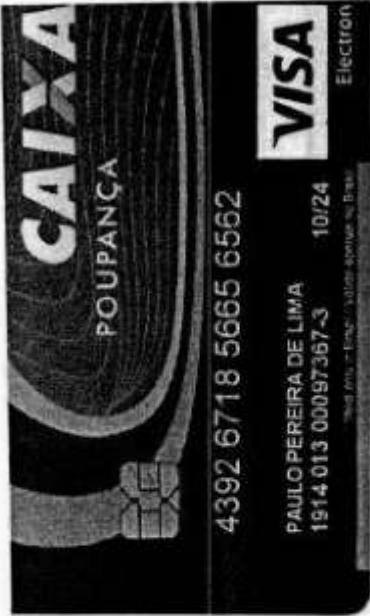
2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

PROTÓCOLO

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

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





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:

047.313.864-62

Nome completo da vítima:

Paulo Pereira de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Paulo Pereira de Lima

CPF:

047.313.864-62

Número:

OP

Complemento:

Profissão:

Professor

Endereço:

Rua Profeta

Bairro:

Centro

Cidade:

Brazil do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP:

58337-000

Tel.(DDD):

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3914

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 97367

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 provisoriamente 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem na seguradora, nesta 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 perante o artigo 799 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

PROJUL 2010

AG. JOÃO PESSO

Assinatura:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PROTÓCULO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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 00171.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro 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 Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigacao, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veiculo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

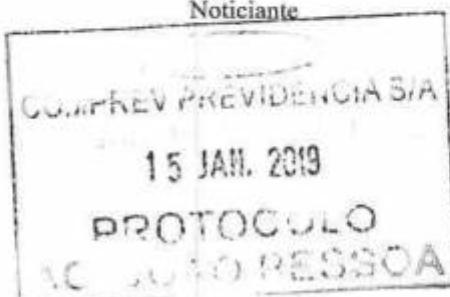
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

ptc

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigacao

Paulo Pereira de Lima
PAULO PEREIRA DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00171.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro 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 Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigacao, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veiculo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

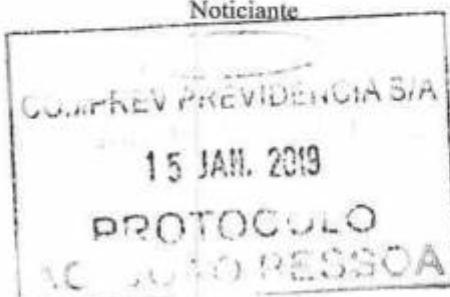
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

Offic

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigacao

Paulo Pereira de Lima
PAULO PEREIRA DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00171.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro 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 Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

l) fia
CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Paulo Pereira de Lima
PAULO PEREIRA DE LIMA
Noticiante

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00171.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro 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 Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

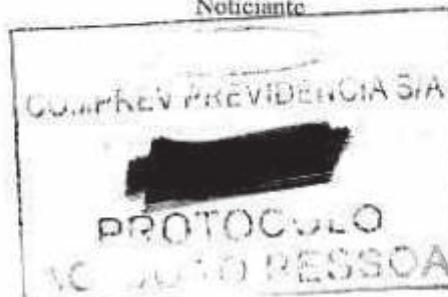
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

Offic
CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação



Paulo Pereira de Lima
PAULO PEREIRA DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

047.313.864-62

Nome completo da vítima:

Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

*Paulo Pereira de Lima
Professor
Centro*

Endereço:

Rua Profeta

CPF:

047.313.864-62

Número:

08

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Búzios do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP:

58337-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *0914*

CONTA: *97367*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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 Lider 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 discordar 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 15/01/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

15 JAN 2019

Assinatura: _____

PROTOCOLO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

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:

047.313.864-62

Nome completo da vítima:

Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

*Paulo Pereira de Lima
Professor
Centro*

Endereço:

Rua Profeta

CPF:

047.313.864-62

Número:

08

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Búzios do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP:

58337-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *0914*

CONTA: *97367*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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 Lider 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 discordar 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 15/01/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

15 JAN 2019

Assinatura: _____

PROTOCOLO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.



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:

047.313.864-62 Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

Paulo Pereira de Lima

Profissão:

Professor
Centro

Endereço:

Rua Profetada

Bairro:

Centro

Cidade:

Belo Horizonte

Estado:

PB

CEP:

58337-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

REUSSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1914

CONTA: 97367

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2 ABR. 2019

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

PROTESTO
diante da
seguradora
LIDER
que
não
possuo
representante
legal

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

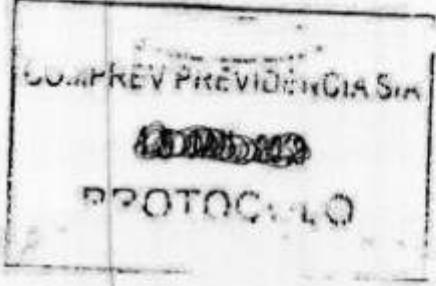
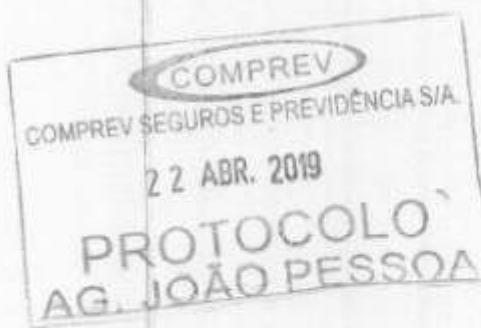
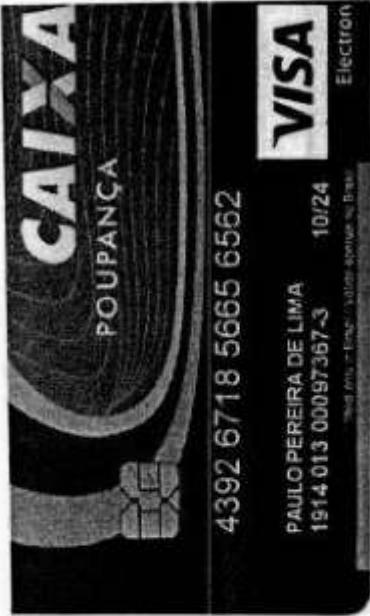
2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

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





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:

047.313.864-62

Nome completo da vítima:

Paulo Pereira de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Paulo Pereira de Lima

CPF:

047.313.864-62

Número:

OP

Complemento:

Profissão:

Professor

Endereço:

Rua Profeta

Bairro:

Centro

Cidade:

Brazil do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP:

58337-000

Tel.(DDD):

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3914

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 97367

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 provisoriamente 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que se apresentarem na seguradora, nesta 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 perante o artigo 799 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19

MORTE

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

PROJUL 2010

JOÃO PEREIRA

Assinatura:

2º | Nome:

CPF:

JOÃO PEREIRA PREVIDÊNCIA S.A.

Assinatura:

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PROTÓCULO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

ASSREV PREVIDENCIA SIN
DIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

AOT

ESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

ASSREV PREVIDENCIA SIN
DIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

AOT

ESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



CERTIDÃO

Nº. 1573/2018

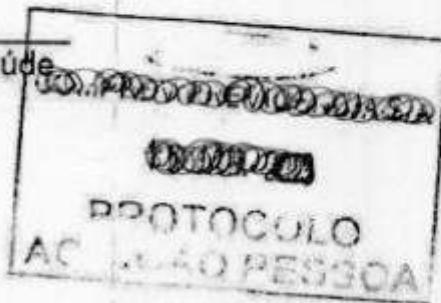
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a PAULO PEREIRA DE LIMA que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
Av. AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

CNPJ:

Ficha Nr: 97813

Atd: Nao Regula

Data: 27/01/2018

Hora: 17:02:14

Repcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003765

CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 9811160429

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA,00

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

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

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

sporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Ec. Abd: O2%:

Sintoma Principal

EXAMINAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao:

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

AG. JOAO PESSOA

Queda de moto com
lesão na perna esq.

Diagnóstico

Conduta

Exame Físico

Horário da medicacão

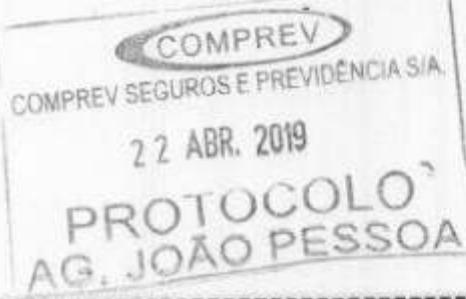
Fratura malo do medial E.

07: Internação P/
nro 990 Crônico

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
ESTIMENTO REALIZADO

2019/20

PROTÓCOLO

AUT

DESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> | Atestado <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

Raulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
566-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regula
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Recepção: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

CNPJ:

DADOS DO PACIENTE
Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARTA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELENA DOS SANTOS

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

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Esporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

I Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: TMC:

[] Diarreia [] Agitado

Hc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

COMPHEV PREVIDENCIA S.A.

EXAMINAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

PROTÓCOLO

AG. 1140 PL

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto com
fratura de tibia e fíbula.

Diagnóstico

| Conduta

Fratura malida medial E

Medicação

| Horário da medicacão

07: Internação P/ 090 CTÚNICO
nao tem

PAULO PEREIRA DE LIMA
RUA PROJETADA, 05 - CENTRO
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 59337000 (AD: 51)

Emissão: 06/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subs: RESIDENCIAL/BÁSICA RENDA MONOFÁSICO Br230 Km:25 - Custo Redutor: Jov Pessoal PB - CEP: 59301-000
Rota #: 3 - 55 - 528 - 1920 Nf medidor: 00009981253

energisA

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ:09.095.180/0001-40 - Isc Est: 16.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°016.049.004

Cód. para DBA Automático: 00012891479

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.884-62 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEj foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Exercício de apresentação da Reserva de 10 a 14 de dezembro de 2018.
- Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Litura	Data	Litura	
07/11/18	1404	06/12/18	1549	1
Demonstrativo				
Quantitativo: Tarifa(s) Valor Base Custo Alt. fator(s) Base Custo Faz(RB) Custo(RB) Taxas Taxa(RB) ICMS(RB) ICMS Faz/Custo(RB) (100,00%)/4,0000%				
0801 Consumo acé 30kWh-BR	30.000 0,287890	8,82	8,82 27	2,33 8,83 0,08 0,43
0801 Consumo - 31 a 180kWh-BR	10.000 0,483540	34,84	34,84 27	8,82 34,84 0,37 1,72
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	45.000 0,740300	33,31	33,31 27	8,89 33,31 0,36 1,88
0801 Adic. E. Amarela		1,07	1,07 27	0,30 1,07 0,01 0,05
0810 Subsídio	48,02	48,02 27	12,95 48,02	3,52 2,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	12,59	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 11/2018	0,60	0,00	0 0,60 0,00 0,00 0,00	0,00
0805 MULTA 11/2018	1,80	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00	0,00
0805 Devolução Subsídio	-32,14	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	108,51	125,57	33,90	125,57	1,26	8,37
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					

14E 13/12/2018 R\$ 108,51

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 251 | 149 | 171 | 195 | 162 | 143 | 117 | 95 | 35 | 126 | 142
Dec/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Maio/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO RISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

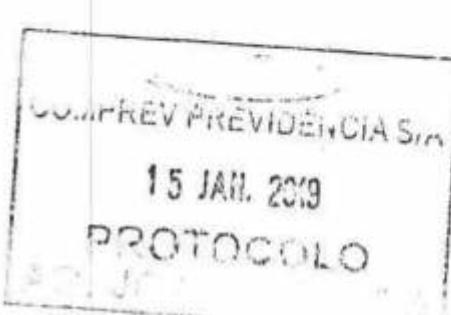
Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	0,00	Serviços de Dist. do Energisa PB	19,42	18,87
DIC TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL	Correja de Energia	26,27	24,21
TIC ANUAL	25,83		Gerador de Transmissão	2,86	2,64
FIC MENSAL	1,48	0,00	Encargos Setoriais	4,35	4,01
FIC TRIMESTRAL	6,97	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	68,81	62,17
FIC ANUAL	13,85	LIMITE INFERIOR	Outros Encargos	0,00	0,00
DIGC	3,90	0,00	Total	108,51	100,00

Valor do EUDD (Rel. 10/2018) R\$22,55

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Bárata Renda, tendo um desconto de R\$22,14



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
PRAIAZINHA, 100 - Lote 01 - Condomínio
JOAO PESSOA - PB - CEP: 58013-010

CEP: 58013-010 - PB - CEP: 58013-010
CNPJ: 00.000.000/0001-00
PIS: 12-6-312-460
NIRE: 00000000000000000000



MERCADO DE ENERGIA & GÁS
Energisa é uma das empresas que compõem o grupo ELETROBRAS.
CNPJ: 00.000.000/0001-00 - PB - CEP: 58013-010
NIRE: 00000000000000000000
SAC: 0800-083-0196 - Cód. para CDR Automático: 0001983587

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-46

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
2017/12	2018	2011/12		
Demonstrativo				
COD. Descrição	Quantidade Total	Unidade	Preço Unidade	Preço Total
2001 Conta de Serviços	225.207,00000000	100,43	0,04500000	45,91
2001 Adm. B. Vermelha	4,73	473	0,00	4,73
2001 Adm. B. Amarela	0,03	239,75	0,00	0,03
VALORES DAS SERVIÇOS				
2001 CONTRIBUIÇÃO LUMÍNIFICA	11,24	0,00	0,00	0,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28/11/2018	R\$ 198,62

Historico de Consumo (kWh)
6 23 49 1 29 1 4 1 100 221 323 1 127 1 105 1 192 1 226
Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Maio/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19
01 SERVIÇOS DE CONSUMO

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
110V/220V	113	113	110V/220V	45,43	23,93
220V/110V	113	113	220V/110V	6,72	3,46
110V/220V	113	113	110V/220V	11,18	5,67
220V/110V	113	113	220V/110V	11,18	5,67
110V/220V	113	113	110V/220V	67,35	34,73
220V/110V	113	113	220V/110V	7,00	3,60
Total			Total	198,62	100,00

ATENÇÃO

faturas em atraso

- Leitura confirmada

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28/11/2018	R\$ 198,62

Referência: 12-5-2914-490
Número: 0001983582018-7
33640000001-1 98620149000-0 16983582018-7 11400005019-4



SUPREV PREVIDÊNCIA S.A.

15 JUN. 2019

PROTOCOLO

PAULO PEREIRA DE LIMA
RUA PROJETADA, 05 - CENTRO
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 59337000 (AD: 51)

Emissão: 06/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subs: RESIDENCIAL/BÁSICA RENDA MONOFÁSICO Br230 Km:25 - Custo Redutor: Jov Pessoal PB - CEP: 59337-000
Rota #: 3 - 55 - 528 - 1920 Nf medidor: 00009981253

energisA

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ:09.095.180/0001-40 - Isc Est: 16.015.822-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°016.049.004
Cód. para Dib. Automático: 00012891479

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.884-62 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEj foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Exercício de apresentação da Reserva de 10 a 14 de dezembro de 2018.
- Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Litura	Data	Litura	
07/11/18 1404 06/12/18 1549				
1			145	29
0801 Consumo acé 30kWh-BR	30.000 0.287890	8.82	8.82 27	2.33
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	10.000 0.483540	34.84	34.84 27	8.82
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	45.000 0.740300	33.31	33.31 27	8.89
0801 Adic. E. Amarela		1.07	1.07 27	0.30
0810 Subsídio	48.02	48.02 27	12.95	48.02 0.52
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	12.59	0.00	0	0.00
0804 JUROS DE MORA 11/2018	0.60	0.00	0	0.00
0805 MULTA 11/2018	1.80	0.00	0	0.00
0805 Devolução Subsídio	-32.14	0.00	0	0.00

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	108,51	125,57	33,90	125,57	1,26	8,37
Média últimos meses (kWh)							

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
14E	R\$ 108,51

Historico de Consumo (kWh)

124 | 251 | 149 | 171 | 195 | 162 | 143 | 117 | 95 | 35 | 126 | 142
Dec/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Maio/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

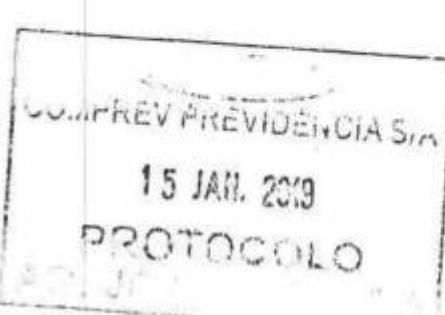
Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	6,47	0,00	Serviços de Dist. do Energia PB	19,42	18,87
DIC TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL	Correja de Energia	26,27	24,21
TIC ANUAL	25,83	320	Gerador de Transmissão	2,86	2,64
FIC MENSAL	1,48	0,00	Encargos Setoriais	4,35	4,01
FIC TRIMESTRAL	6,97	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	68,81	62,17
FIC ANUAL	13,85	LIMITE INFERIOR	Outros Encargos	0,00	0,00
DIG	3,90	0,00	Total	108,51	100,00

Valor do EUDD (Rel. 10/2018) R\$22,55

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Bárata Renda, tendo um desconto de R\$22,14



PAULO PEREIRA DE LIMA
RUA PIQUETADA, 08 - CENTRO
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 58837000 (AC 51)

Emissão: 08/12/2018 Referência: Del/2018

Classif/Subclif: PESCENCAL/BAIA PENOA NOVAFÁSCIO B-29 KM-03 - Cruz do Espírito - João Pessoa / PB - CEP: 58071-000

Rodovia: 3 - 56 - 525 - 1026

NF medida: 003200001262

ENERGISA DA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Endereço: Rua Presidente João Pessoa / PB - CEP: 58071-000
CEP/UF/CD: 58071-000/1478/000
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica/P/016.592.004
Cód. para DBB Automatizado: 00910891478

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

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.804-42 Vec Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pela Lei nº 10.428, de 20 de abril de 2002.
- Exercício de aperfeiçoamento da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
- Reservado, apresente-se na sua Organização Matar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias		
Data	Leratura	Data	Leratura			
07/11/18	1404	26/12/18	1549	1		
Demonstrativo						
CCI Descritivo	Quantidade Total:	Vaz. Entregas Até: Ultimo dia Entrega 1º dia: Outro(s)				
		Total das Taxas R\$ 0,0000000000000000				
0801 Consumo < 300Wh-BR	30.000 0,261880	8,83 8,83 27 2,33 8,83 0,00 0,00				
0801 Consumo > 31 a 1000Wh-BR	70.000 0,493940	34,54 34,54 27 8,32 34,54 0,00 1,72				
0801 Consumo > 101 a 2200Wh-BR	45.000 0,740300	33,31 33,31 27 8,39 33,31 0,00 1,08				
0801 Adic. E. Atenção		1,07 1,07 27 0,30 1,07 0,01 0,00				
0810 Subsídio	48,02	48,02 27 12,95 48,02 0,00 2,41				
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	12,59	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0804 JUROS DE MORA 11/2018	0,00	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0805 MULTA 11/2018	1,00	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				
0806 Devolução SUCESSO	-32,14	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00				

CCI - Código de Classificação do Item	TOTAL	108,51	126,57	33,00	126,57	1,36	1,27
Média Últimos meses (kWh)							

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR	
142		13/12/2018	R\$ 108,51

Histórico de Consumo (kWh)

124 | 281 | 149 | 171 | 175 | 152 | 142 | 117 | 95 | 95 | 125 | 142

Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites de ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
0,47	0,20	NORMAL	Serviços de Dist. de Energia/PB	19,42	18,07
1,94			Compra de Energia	28,21	26,21
0,48	0,00	CONTATIVA	Reemb. de Transmiss.	2,86	2,64
0,91		UNIF. INFERIOR	Encargos Sistêmicos	4,21	3,81
1,93	0,00	UNIF. SUPERIOR	Impostos Diretos e Encargos	48,21	45,17
0,99			Outros Serviços	0,00	0,00
1,27			Total	108,51	100,00

Valor da EUZC Ref: 10/2018/0002205

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Sua unidade tem faturas com débito pendente, tendo um débito de R\$ 02,14

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
2019
PROTÓCOLO

PAULO PEREIRA DE LIMA
RUA PROJETADA, 09 - CENTRO
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PE CEP: 58337003 (AG. 51)

Emissor: 361232016 Referência: Dez/2018

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Símbolos: RESIDENCIAL/BÁSICA RENDA MONOPOLÍSTICO 500,7m² 25 - Círculo Redondo - Jataí/Pesqueira/PE-CEP:59071-080
Número: 3-66-525-1829 N° Medidor: 00039891282

Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica Nº 010 048 994
Cód. para Dia Automático: 00012891479

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Dez / 2018	06/12/2018	08/01/2019	047.313.854-02 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 13.432, de 26 de abril de 2016.
Exercício de apresentação da Reserva 2016 de 10 a 16 de dezembro de 2016.
Reservista, apresente-se na sua Organização Mútua.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lefura	Data	Lefura	
Demonstrativo				
CC - Código de Classificação dos serv.				
0601 Consumo < 30kWh-BR	30.000 0,287900	8,65	9,03 27	2,03 0,03 0,03 0,43
0601 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,483500	34,54	34,54 27	9,32 0,34 0,37 1,72
0601 Consumo - 101 a 220kWh-BR	46.000 0,742300	33,21	33,21 27	9,29 0,36 0,36 1,68
0601 Adic. E. Amarela		1,07	1,07 27	0,30 1,07 0,01 0,29
0611 Subsídio	48,02	48,02 27	12,98 48,02	0,55 2,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM PUSUCA	12,53	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0834 JUROS DE MORO 11/2018	0,00	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0835 MULTA 11/2018	1,60	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
0836 Devolução Subsídio	-32,14	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00

CC - Código de Classificação dos serv.	TOTAL	108,51	125,57	125,56	125,57	1,38	8,37
Média últimos meses (kWh)							

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

142 13/12/2018 R\$ 108,51

Histórico de Consumo (kWh)

134 | 251 | 149 | 171 | 185 | 152 | 143 | 117 | 99 | 35 | 126 | 142

Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Maio/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f.

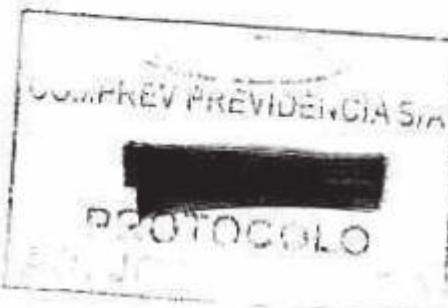
Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminadas	Valor (R\$)	%
DI-ANEEL	0,47	0,00	Somatório de Des. da Enelco/PE	16,42	15,97
DI-TRANSMER	12,54	100%	Centrais de Energia	26,27	24,21
DI-ANAL	25,65	0,00	Somatório de Transmis.	2,66	2,54
DI-ANEEL	1,38	0,00	Encargos Bemestr.	4,26	4,01
DI-TRANSMER	6,97	100%	Encargos Distritais e Encargos	52,61	51,17
DI-ANAL	13,55	100%	Outros Serviços	0,00	0,00
DI-ANEEL	3,33	0,00	Total	108,51	100,00

Valor em R\$0,00 Ref. 10/12/2018 08:22:05

ATENÇÃO

Sua unidade é tarifada como Bairro/Renda, tendo um desconto de R\$20,14

Faturas em atraso



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RAIA 04000-040, CEP 04000-040, MANGAIA
JACAREPAGUA, RIO DE JANEIRO - RJ
TELEFONE: (21) 502-1111

energisa

2010 RELEASE UNDER E.O. 14176

Centro de Estudos Automáticos - CEPA

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	018.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 51698358-7

Canal de centato

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

VENCIÉNTEO | GIALE A TAVOL

28/11/2018 História da Constituição (www)

9826 1019 Od41 dbaq 9313 d1ab 4261 cb22

Indicadores de Qualidade

ATENÇÃO

fatima 201 strana

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

...PREVIOUSLY UNPUBLISHED

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.802.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864-62, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864-62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

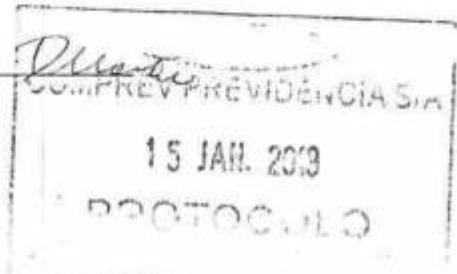
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 157</u>		Número	Complemento	
Bairro	<u>Changabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email				Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
CEP <u>58056-384</u>					

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.802.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864-62, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864-62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

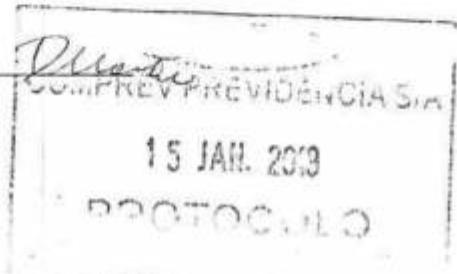
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 157</u>		Número	Complemento	
Bairro	<u>Changabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	CEP <u>58056-384</u>
Email				Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorelider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Supervisão 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, Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.002.754-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 047.313.864-62, do sinistro de DPVAT cobertura Paralidez da Vítima
Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864-62, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar.

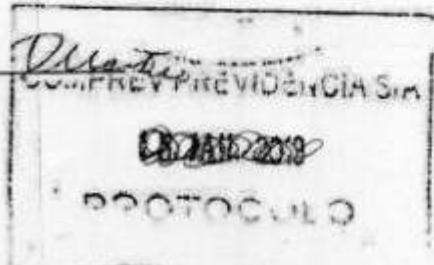
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo,
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Agente Fiscal José C. Duarte	Número	157	Complemento			
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58056-384
E-mail		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 Alexandra Cesar Duart, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864-62, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864-62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

I 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.

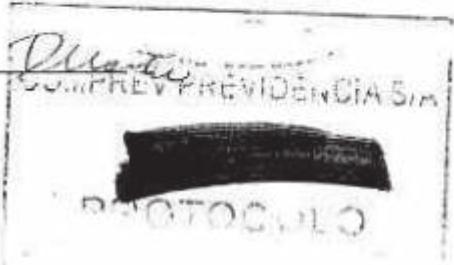
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Agente Fiscal José C. Duart</u>			Número	Complemento
Barro	<u>Mangabeira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>CEP</u>
Email				Telefone comercial (DDD)	<u>031 38056-384</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>031 38056-384</u>

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019
PROJ.
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Declarante

Alexandra Cesar Duart





CERTIDÃO

Nº. 1573/2018

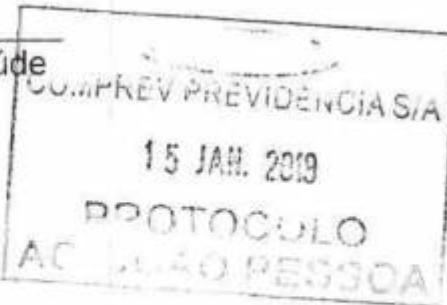
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

ASSREV PREVIDENCIA SIN
DIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

AOT

ESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/01/18

Nome: PAULO P. LIMA Prontuário: _____ Idade: _____ 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: Pneumonia grave esquerda

HDA: Fevativa grave yes

queiro muito

Medicações em uso: _____

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 []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



Nome Paulo Pereira Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clinica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: Thiago		
Anestesista: Iberlone			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO CID					
<i>Fratura de Maléolo Medial</i> S82.5					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO CID					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) CÓDIGO					
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não			COMPREV PRÉVIA ENCLASSE SIM 15 JAN. 2009		
Descreva:			PROTOCOLO		
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					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização do foco da fratura

Conduta:

Realizada redução
Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso
Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

OBS:	15 JAN. 2018
220 TOC - Q	
27/01/2018	

Data: 31/01/2018

31 JAN. 2018

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO RESUMO DE ALTA

NOME <i>Paulo Pereira de Lima</i>					PRONTUÁRIO N°
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
		<i>Ortopedia</i>			
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>		DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>02 dias 06 D.AS</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>					CID <i>S82.5</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	() ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
<i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetoprofeno + cefalexina					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.					

<i>01/02/18</i>	DATA	ASS. MÉDICO /016.M
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, PREV PREVIDÊNCIA SIA		

15 JAN. 2019

PROTÓCOLO



CERTIDÃO

Nº. 1573/2018

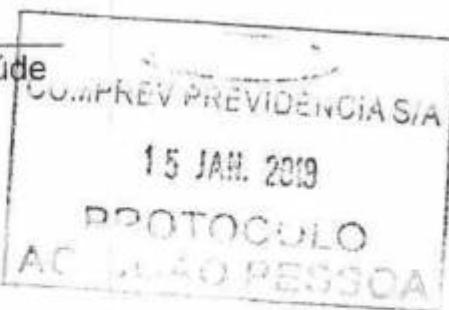
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

SUAPREV PREVIDENCIA SIN
DIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

AOT

ESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/01/18

Nome: PAULO P. LIMA

Prontuário: _____ Idade: _____ 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: Pneumonia grave esquerda

HDA: Fevativa grave yes

queiro muito

Medicações em uso: _____

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 []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



Nome Paulo Pereira Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clinica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: Thiago		
Anestesista: Iberlone			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO CID					
<i>Fratura de Maléolo Medial</i> S82.5					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO CID					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) CÓDIGO					
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não			COMPREV PRÉVIA ENCLASSE SIM 15 JAN. 2009		
Descreva:			PROTOCOLO		
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					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo
Dissecção por planos até foco de fratura
Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização do foco da fratura

Conduta:

Realizada redução
Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso
Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50
Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

OBS:	15 JAN. 2018
220 TOC - Q	

Data: 31/01/2018

31 JAN. 2018

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO RESUMO DE ALTA

NOME <i>Paulo Pereira de Lima</i>					PRONTUÁRIO N°
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
		<i>Ortopedia</i>			
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>		DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>02 dias 06 D.AS</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>					CID <i>S82.5</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	() ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
<i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Cetoprofeno + cefalexina</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 15/02/2018 para revisão.					

<i>01/02/18</i>	DATA	ASS. MÉDICO /016.M
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, PREV PREVIDÊNCIA SIA		

15 JAN. 2019

PROTÓCOLO



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/01/18

Nome: PAULO P. VIMS
Prontuário: _____ Idade: _____ 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: Praiano 9113 esquerdo
HDA: Praiano 9117 direita
queado muito

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 ABR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

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
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenia []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematuria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidiz pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



Nome Paulo Pereira Lima				Registro: 2018.01.3765
Idade:	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: Traumato	EMP:
Data: 31/01/2018		Cirurgião: Mouribe Arruda		
1º Assistente: Jorge Augusto		2º Assistente: Thiago		
Anestesista: Iberlone		Instrumentador:		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>		S82.5

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>O mesmo</i>		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
		22 ABR. 2019
		PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)		CÓDIGO
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>		

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 12/04/2019
Descreva:		PROTOCOLO

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		

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização do foco da fratura

Conduta:

Realizada redução

Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso

Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

OBS:

Assinatura

PROTÓCOLO

01

Marcene Análise Física 134

Data: 31/01/2018

31 JAN. 2018

MÉDICO/CRM



DATA DE EMISSÃO	DATA DE VIGÊNCIA
-----------------	------------------

NOME Paulo Pereira de Lima				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>	DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>02 dias</i>	<i>06 dias</i>	<i>DAG</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>				CID	<i>S82.5</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>	
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	
ANATOMIA PATOLÓGICA	
INFECÇÃO DE F.O. <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA	
CONDIÇÕES DE ALTA <i>(X) MELHORADO</i>	<input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small>	
<i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>	
REPOUSO:	<i>Relativo em casa por 15 dias.</i> <i>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</i> <i>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>	
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Cetoprofeno + cefalexina</i>	
RETORNO:	<i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i> <i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.</i>

01/02/18	Moura Artur Feijão PDI - PDI - PDI
DATA	ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, PREV - PREVIDÊNCIA SOCIAL, PREV - PREVIDÊNCIA SIAE	
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	

15/02/2018

PROTÓCOLO

AC 01



CERTIDÃO

Nº. 1573/2018

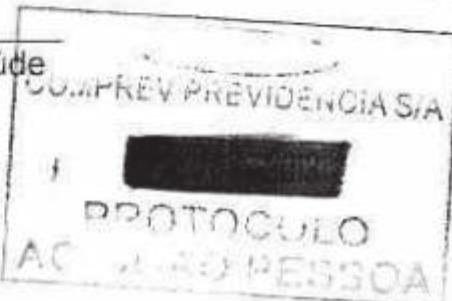
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Sônia M. Pontes
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
566-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regula
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Recepção: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

CNPJ:

DADOS DO PACIENTE
Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARTA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELENA DOS SANTOS

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

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

sporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

I Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: TMC:

[] Diarreia [] Agitado

Sp. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

COMPHEV PREVIDENCIA S.A.

EXAMINAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

PROTÓCOLO

AG. 1140 PL

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com
fratura de tibia e fíbula.

Diagnóstico

| Conduta

Fratura malida medial E

Medicacão

| Horario da medicacao

07: Internação P/
nao 990 CTÚNICO



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPROMISSO
MENTO REALIZADO

PROTOCOLO

AOT

ESTUDO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> | Atestado <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> |

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/01/18

Nome: PAULO P. VIMS Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento 11/11/1980

QPD: Pentava GRANDE esqueleto

HDA: Pentava GRANDE ósseo

que dó muito

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudores []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 []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematuria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Se _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Nome Paulo Pereira Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clinica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: 31/01/2018			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO CID <i>Fratura de Maléolo Medial</i> S82.5					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO CID <i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S) CÓDIGO <i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não			COMPREV PREVIEU ENCLASSE		
Descreva:			PROTOCOLO		
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					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização do foco da fratura

Conduta:

Realizada redução

Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso

Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo

Curativo

Tala bota

OBS:

Data: 31/01/2018

31 JAN. 2018

MÉDICO/CR



EXAME MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Paulo Pereira de Lima					PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	<i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>		DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>06 dias</i>		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>					CID <i>S82.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO		<input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>						
---	--	--	--	--	--	--

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Cetoprofeno + cefalexina*

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.

01/02/18

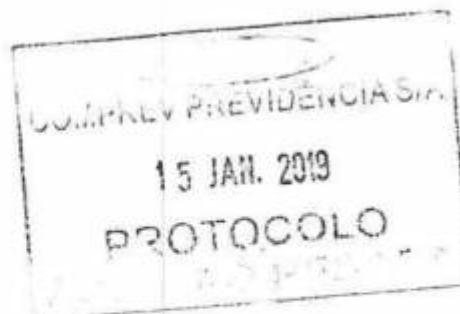
DATA

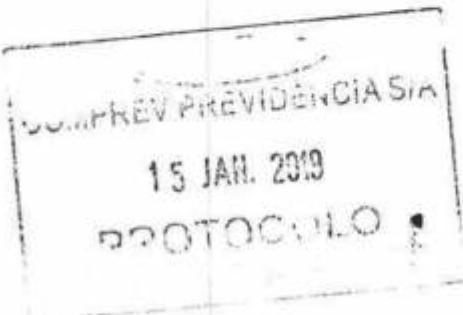
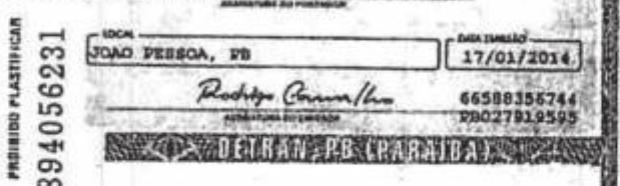
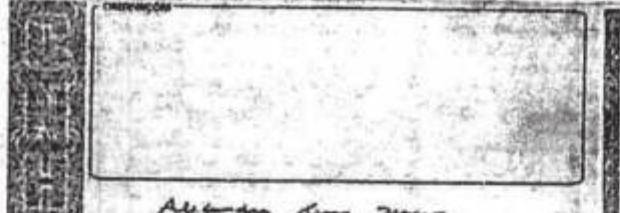
ASS. MÉDICO / CRM

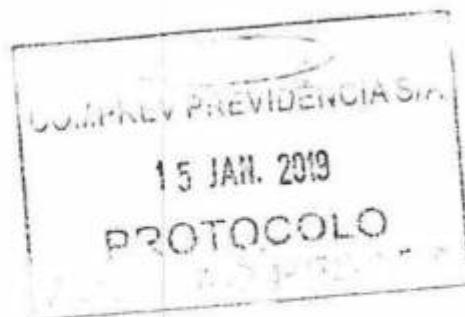
Maurício Arruda Feijão

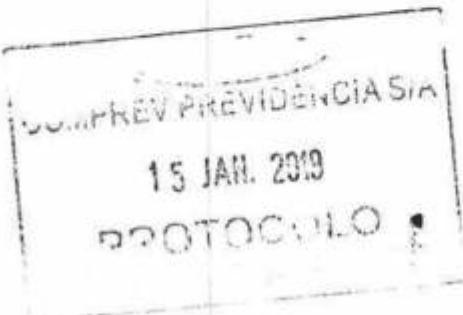
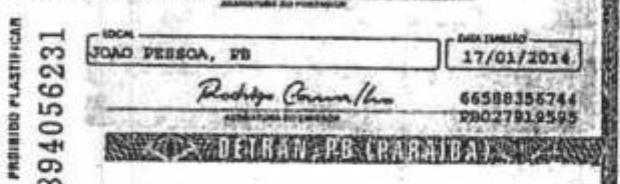
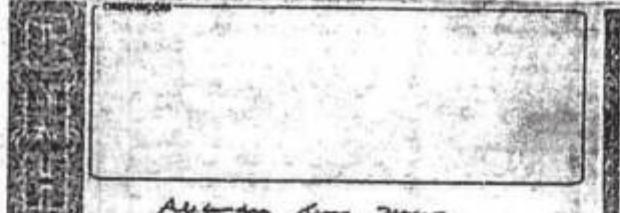
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, PREV PREVIDÊNCIA SAI

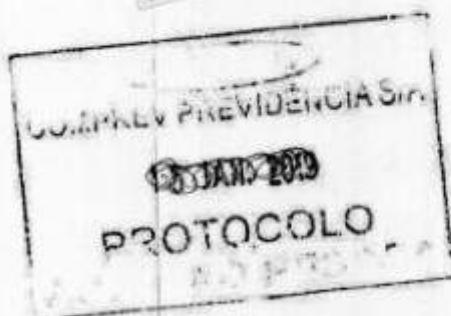
PROFISSIONAL

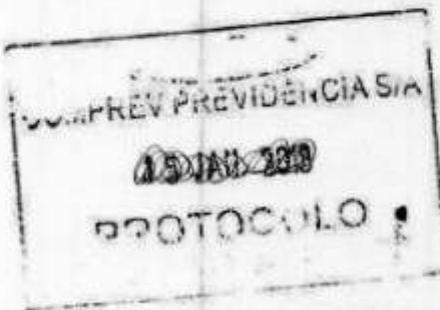
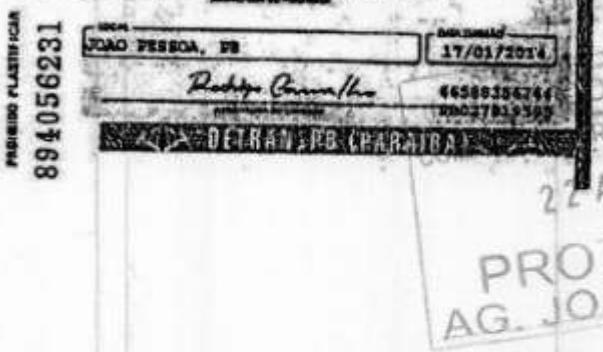
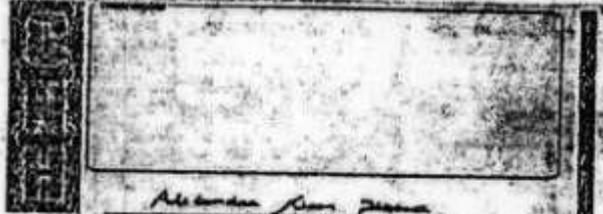














COMPREV
03 JUN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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


NOME: ALEXANDRA CÉSAR DUARTE	
<small>DOCUMENTAÇÃO: CNH Número: 894056231</small> <small>SENHA: 887 - EXP: 28/06/2021</small> <small>CH: 046.502.784-74 - DATA NASCIMENTO: 21/06/1982</small>	
<small>NASCIDO: ALEXANDRA DE ARAUJO DUARTE MURCIA CÉSAR DUARTE</small>	
<small>PERÍODO: 16/01/2013 - 29/05/2021</small>	
<small>DATA DE EMISSÃO: 16/01/2013</small>	
<small>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</small>	
<small>PROIBIDO PLASTIFICAR</small>	
<small>Assinatura: Alexandra César Duarte</small>	
<small>JOÃO PESSOA, PB</small>	
<small>DATA: 17/01/2014</small>	
<small>Rodrigo Carvalho ATTESTANTE DE CUSTÓDIA</small>	
<small>66588356744 28027812595</small>	
<small>DET.RAN.PB (PARAIBA)</small>	

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894056231

COMPREV
 03 JUN. 2019
 AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PAULO PEREIRA DE LIMA

COMPRA PREVIDÊNCIA S/A

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

REPÙBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013747635120			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
VIA	COG. REARNE	PRT	20170000342590-2		
1	0097262158-0	00/00000000	2017		
NOME					
PAULO PEREIRA DE LIMA					
CPF / CNPJ		PLACA			
04731386462		MOF8316/PB			
PLACA ANT / LIT		CHARSI			
NOVO	PB	9C2JC30708R194749			
ESPECIE / TIPO		COMBUSTIVEL			
S/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA			
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.		
HONDA/CG 125 FAN		2008	2008		
CAP / PGT / OIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE		
2 P/124 /CI		PARTIC	PRETA		
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / DOTAS		
		00/00/0000	1*		
FAISCA EPVA		PARCELAMENTO / COTAS	2*		
*****		0	3*		
NO TARIIFARIO (R\$)		IDF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
*****		SEGUR	PAGO	01/09/2017	
OBSERVAÇÕES					
1 RESERVA DE DOMINIO					
LOCAL		DATA			
VEUX-PB		01/09/2017			
6633		8290			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS QU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747635120 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

3098	3	DOC 301630108	Belo Horizonte	DATA EMISSÃO
			2017	01/09/2017
1	04731386462	PLACA	MOF8316/PB	
RENAVAM	MARCA / MODELO			
0972621580	HONDA/CG 125 FAN			
ANO FAB.	DATA FAB.	NP Chassi		
2008	9	9C2JC30708R194749		
PRÊMIO TARIFÁRIO				
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
*****	*****	*****		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SERVIÇO P/DO BILHETE (R\$)		

PAGAMENTO				
S COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO		
		01/09/2017		

SEQURADORA LÍDER - DPVAT

CNPAJ 09.240.000/0001-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013747635120
PRT 201700003425902
VIA CCG RENAVAM EXERCÍCIO
1 0097262158-0 00/00000000 2017
NOME
PAULO PEREIRA DE LIMA
CPF/CNPJ
04731386462 PLACA
MOF8316/PB
PLACA ANTO. UF CHASSI
NOVO PB 9C2JC30708R194749
ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA
MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN 2008 2008
CAR. PÓT./CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC PRETA
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 00/00/0000 1^o
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2^o
***** 0 3^o
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 01/09/2017
OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
0
BAYEUX-PB LOCAL DATA
36633 01/09/2017 8290

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747635120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradodralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

30/08 0 00511-30100 Emissão / Data Emissão
2017 01/09/2017

VA 32570810 CPF/CNPJ 04731386462 PLACA
1 00972621580 HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB. COTAS 9C2JC30708R194749
2008 9
PRÉMIO TARIFÁRIO
FNB (R\$) BENEFÍCIO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TABELA DE PREÇO SEGURO (R\$)
***** SEGURADO PAGO
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 01/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.948.668/0001-04

8290-1151565-20170901

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

HOME PAULO PEREIRA DE LIMA
DOC. IDENTIDADE / CHG. JAMBOUR UP
2733201 SSP PB
CPF 047.313.864-62 DATA NASCIMENTO
01/02/1982
NASCID JOSE PEREIRA DE LIMA
MARIA JOSE CRISTIANO
DE LIMA
PERMISSÃO ACC CAUSA
03130194186 VALORIZE 11/12/2022 1^o HABILITAÇÃO 19/12/2003
O PREGO 1548991117
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548991117
DIREITOS
Sua assinatura é de prova
ASSINATURA DO PORTADOR
LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
12/12/2017
60848359803
PB035875143
PROFISSÃO PLASTIFICAR
548991117
Assinatura
Assinatura do portador
PARAÍBA

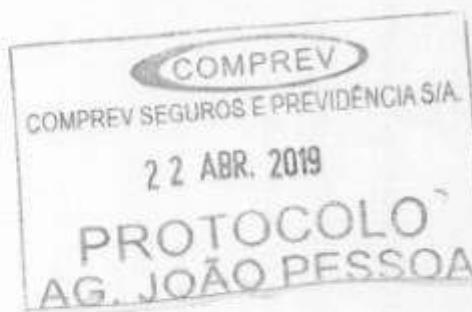
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
	MOF8316
2019	
*****	Imprimir Consulta
MOF8316	Último Licenciamento: 2019 Proprietário: ***** Placa: MOF8316 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 30/08/2019 Observação: Restrição: Financeira: Município: BAYEUX Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 18/04/2019
BAYEUX	18/04/2019



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO		MOF8316
		2019
*****		Imprimir Consulta
PASSA / MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN	MOF8316 GASOLINA 2008 2008 PARTICULAR PRETA 30/08/2019	Último Licenciamento: 2019 Proprietário: ***** Placa: MOF8316 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 30/08/2019 Observação: Restrição: Financeira: Município: BAYEUX Situação: EM CIRCULAÇÃO Data da Consulta: 29/05/2019
BAYEUX	29/05/2019	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 013747635120
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20170000342590-2

VIA	CDR. REINAV.	DATA EMISSÃO
1	0097262158-0	00/00000000 2017
NOME PAULO PEREIRA DE LIMA		
SPF / CNPJ		PLACA
04731386462		MOF8316/PB
FABRICANTE	CHASSI	
NOVO	PB	9C2JC30708R194749
CÓDIGO TÍPO	COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2008	2008
CAT. FAB.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI	PARTIC	PRETA
I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
	00/00/0000	1 ^a
	TAXA I.P.A.	PAGAMENTO / COTAS
*****	0	2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (RS)	OP. (RS)	PRÉMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	PAGO 01/09/2017
RESERVA DE DOMÍNIO		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
0		
BAYEUX-PB	LOCAL	DATA
36633		8290

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 013747635120 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

SUJEITOS A DESVALIMENTO E COTA EMISSÃO
2017 01/09/2017

VIA	CDR. REINAV.	OP. (RS)	PLACA
1	00972621580	MOF8316/PB	
MARCA / MODELO	ANO FAB.	CAT. FAB.	NP. CHASSI
HONDA/CG 125 FAN	2008	9	9C2JC30708R194749
PRÊMIO TARIFÁRIO	FNS (RS)	DENATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
*****	*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (RS)	OP. (RS)	OP. (RS)	CUSTO MÍNIMO PESO/VEÍCULO
*****	SEGURO	PAGO	
COTA ÚNICA	PAGAMENTO	PARCIALMENTE	DATA DE CITAÇÃO
0	PARCELADO		01/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.349.608/0001-04

8290-1151565-20170901

Fonte: Detran-PB

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1548991117

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE TÍTULOS E TAREFAS

NOME
PAULO PEREIRA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE - CÓD. EMISSOR IF
2733201 SSP PB

CPF
047.313.864-62 DATA NACIONAL
01/02/1982

PERMESSO
JOSE PEREIRA DE LIMA
MARIA JOSE CRISTIANO
DE LIMA

PERMISSÃO
ACC CICLINA AII

NR. REGISTRO
00000000000000000000

VALIDADE
19/12/2003 1ª HABILITAÇÃO
19/12/2003

DESCRIÇÃO

Assinatura do Portador
Assinatura do Portador

VALIDO PLASTIFICAR

548991117

Local: Recife - PE
Assinatura do Portador

Local:
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO:
12/12/2017

Assinatura do Emissor
60848359803
PB035875143

Assinatura do Emissor
PARAÍBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima,
brasileiro(a), estado civil união estável profissão
Professor, CI RG nº 0733201,
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua
Projetada, 08 Centro,
Cidade de Luz do Espírito Santo, Estado
Pernambuco, CEP: 58337-000, telefone
83-98663-4963, 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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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.

José Ressoe, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Senna

QUITORGANTE

15 JAN. 2019

PROTAC: n. o.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima,
brasileiro(a), estado civil união estável profissão
Professor, CI RG nº 0733201,
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua
Projeta da, 08 Centro,
Cidade de Laguna do Espírito Santo, Estado
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone
83-98663-4903, 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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

Data da Sintaxe: 27/01/2018 Naturaça: Inválidez

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.



José Ressoe, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima,
brasileiro(a), estado civil únio estabelecido profissão
Professor, CI RG nº 0733201,
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua
Projetada, 08 Centro,
Cidade de Luz do Espírito Santo, Estado
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone
83-98663-4903, 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 Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, 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 Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE

15 JAN. 2019

PROTÓCOLO

AG. J

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima, brasileiro(a), estado civil união estável profissão Professor, CI RG nº 0733201, CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua Projetao, 08 Centro, Cidade de Luz do Br-Ponto Santo, Estado Paraíba, CEP: 58337-000, telefone 83-98663-4903, 99105-5263.

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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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.

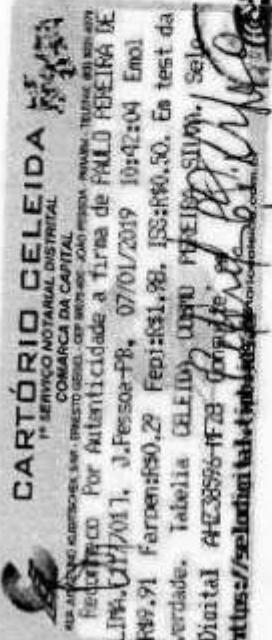
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 07 de Janeiro de 2019.



OUTORGANTE

Paulo Pereira de Lima

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. J

A.C.J

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


NOME: ALEXANDRA CÉSAR DUARTE	
<small>DOCUMENTAÇÃO: CNH Número: 894056231</small> <small>SENHA: 887 - EXP: 28/06/2021</small> <small>CH: 046.502.784-74 - DATA NASCIMENTO: 21/06/1982</small>	
<small>NASCIDO: ALEXANDRA DE ARAUJO DUARTE MURCIA CÉSAR DUARTE</small>	
<small>PERÍODO: 16/01/2013 - 29/05/2021</small>	
<small>DATA DE EMISSÃO: 16/01/2013</small>	
<small>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</small>	
<small>PROIBIDO PLASTIFICAR</small>	
<small>Assinatura: Alexandra César Duarte</small>	
<small>JOÃO PESSOA, PB</small>	
<small>DATA: 17/01/2014</small>	
<small>Rodrigo Carvalho ATTESTANTE DE CUSTÓDIA</small>	
<small>66588356744 28027812595</small>	
<small>DET.RAN.PB (PARAIBA)</small>	

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894056231

COMPREV
 03 JUN. 2019
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A


PROTOCOLO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135074/19

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF: 047.313.864-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2018

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

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: 22/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

ALEXANDRA CESAR DUARTE

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092906/19

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF: 047.313.864-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2018

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

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: 19/03/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ALEXANDRA CESAR DUARTE

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187027/19

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF: 047.313.864-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2018

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

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: 03/06/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016371/19

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF: 047.313.864-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2018

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DE LIMA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

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: 15/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA