
Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190143689

Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190143689

Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE CELIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000104935-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 030 255 674 57 Nome completo da vítima: José Celso de Oliveira

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

Nome completo: José Celso de Oliveira CPF: 030 255 674 57

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nascimento Silva Número: 30 Complemento: _____

Bairro: Bela Landia Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58 300-000

E-mail: _____ Tel (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo. **[ANEXAR CÓPIA]**.

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$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: 3914 ☐ CONTA: 001 04935 ☐

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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 18/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **COMPREV**

CPF: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

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



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª 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 01531.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01531.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:46 horas do dia 07 de fevereiro 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **José Cello de Oliveira**, CPF nº 030.255.674-57, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Luzia Raimunda de Oliveira e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/04/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nascimento Silva, Nº 30, bairro Lerolândia, tendo como ponto de referência Próximo a Japungu, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99158-5447.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Destilaria Japungu, Santa Rita/PB, bairro Lerolândia; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 18/08/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que foi vítima de acidente automobilístico no dia 18/08/2018, às 06h30min quando estava indo para trabalhar na agricultura, dirigindo a moto HONDA/CG125 FAN ES, ANO/MOD 2014, COM PLACA QFB3265/PB, CHASSI. 9C2JC4120ER033286, a corrente da citada moto quebrou, e caiu ao solo, foi socorrido por uma pessoa que faz alternativo para o hospital de trauma Tarcisio Burity, lá chegando por volta das 08h45min, foi submetido a exame de imagem, que evidenciou fratura de ossos da perna direita, CID - S82.0 e foi feita cirurgia no dia 30/08/2018, com alta médica no dia 01/09/2019.

ADENDO(S):

Que na data 07/02/2019, à(s) 13:20 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO/MOD 2014, DE PLACA QFB3265/PB, DE CHASSI 9C2JC4120ER033286 É GILVANILSON INACIO DA SILVA.. Adendo registrado por: Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula: 1820354.

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.



Procedimento Policial: 01531.01.2019.1.00.401

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª 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



ROCHELLE BEZERRA ROCHA
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2019.

For Celio de Oliveira
JOSÉ CELIO DE OLIVEIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 01531.01.2019.1.00.401

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: 030 255 674 57 Nome completo da vítima: José Celso de Oliveira

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

Nome completo: José Celso de Oliveira CPF: 030 255 674 57

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nascimento Silva Número: 30 Complemento: _____

Bairro: Bela Landia Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58 300-000

E-mail: _____ Tel (DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo. **[ANEXAR CÓPIA]**.

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$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: 3914 ☐ CONTA: 001 04935 ☐

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem 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 18/02/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **COMPREV**

CPF: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

2ª | Nome: **PROTOCOLO**

CPF: **AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

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

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 155102

Atd: Nao Regul

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 18/08/2018

RGA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 08:54:21

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2018.08.002722

CNS: 898002754900537 Sexo: M OUTROS: 702366 RESERVISTA Fone: 988064909

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1973 Id: 45 ano(s)

End.: RUA NASCIMENTO SILVA, 30

Bairro: CENTRO Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: LUZIA RAIMUNDA DE OLIVEIRA

Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHO- JARDELSON

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vítima de acidente por: CAIU DA MOTO SOZINHO

Vítima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

QUEIXA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MID E MSE

Trauma da moto em dor e dificuldade de andar

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao

Conduta

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
18 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Dr Pedro Thiago

CRM 23.122

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

ARDELSON FELIX DE OLIVEIRA

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000104935-0

Nr. da Autenticação 0FA2D4DE88DC266F

JOSE CELIO DE OLIVEIRA
RUA NASCIMENTO SILVA, 10 - LERQUANDIA
SANTA RITA / PE CEP: 55300-000 (40-11)

Endereço: 16/01/2019 Referência: Jan/2019
Código/Subcódigo: RESIDENCIAL VONDFASCO B211 Faturamento Remetente: João Pessoa/PE - CEP: 55116-000
Ratificação: 3- 8- 24C - 1123 N° medidor: 00000728031

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ nº 07.716.681/0001-00
CNPJ nº 07.716.681/0001-00 Inscrição Estadual nº 15.045.4274

Nota Fiscal nº 00000728031
Cód. par. Dis. Automático: 00000728031

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2019 16/01/2019 14/02/2019 030.256.674-67
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/817046-6

Canal de contato

Este é o endereço da conta de luz. Não há necessidade de providenciar a abertura da conta de luz. A conta de luz é aberta automaticamente pelo sistema de leitura da unidade consumidora. Não é necessário providenciar a abertura da conta de luz. A conta de luz é aberta automaticamente pelo sistema de leitura da unidade consumidora.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/12/18	Leitura 12994			
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade: kWh	Valor: R\$	Valor: R\$	Valor: R\$
002 Demonstrativo	12994	12994	12994	12994
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
010 CONTRA-SERVIÇO PÚBLICO	1,00	0,00	0,00	0,00
011 JUROS DE MORA 12/2018	0,04	0,00	0,00	0,00
012 MULTA 12/2018	1,12	0,00	0,00	0,00

Código de Classificação do item TOTAL 75,17 65,30 101 65,30 0,14 0,43
Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

23/01/2019 R\$ 78,17

Histórico de Consumo (kWh)

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

980c.4268.4365.0a37.5cde.84ff.6c04.1be6.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OT 100%	12,78	1,28	
OT 100%	24,71		
OT 100%	24,71		
OT 100%	24,71		
OT 100%	24,71		
OT 100%	24,71		
OT 100%	24,71		
OT 100%	24,71		
OT 100%	24,71		
OT 100%	24,71		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Despesa de Distribuição	15,81	20,36
Despesa de Transmissão	15,81	20,36
Despesa de Operação e Manutenção	15,81	20,36
Despesa de Investimento	15,81	20,36
Despesa de Outros	15,81	20,36
Total	78,17	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 fev. 2019
PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1577 SALA 08 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58058394 (AG: 1)

Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019
Classificação: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12-5-292-450 Nº Medidor: 00009887525

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGISA
R-220, Km 25 - Córrego do Antão - João Pessoa/PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.095.182/0001-40 - Ins. Est. 15.035.325-0

Nº da Fatura/Conta de Energia Elétrica Nº 018.024.751
Cód. para Dds. Automático: 0001883087

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-46

Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

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

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/12/18	3518	21/01/19	3738	1	222	33
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq. (R\$/kWh)	Base Calc. Fato (R\$)
						Cobrança (R\$)
0801	Consumo em kWh	222,000	0,829810	184,17	184,17	25
				46,04	184,17	1,99
				0,00	0,00	0,00
0807	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			11,05	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 185,22 184,17 46,04 184,17 1,99 9,20

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
181 **28/01/2019** **R\$ 195,22**

Histórico de Consumo (kWh)

44 | 20 | 4 | 100 | 221 | 223 | 167 | 200 | 182 | 224 | 220 | 222
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVADO AO FISCAL

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

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Mangabera		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,18	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,28	
DIC ANUAL	20,77	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,23	
FIC TRIMESTRAL	8,47	LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	12,95	
CMC	3,94	
DICRI	12,22	

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Util. da Energia PB	65,04	33,30
Cobrança de Energia	64,24	32,91
Serviço de Transmissão	7,01	3,58
Encargos Setoriais	10,65	5,45
Imposto de Diretores e Encargos	88,20	44,98
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

Valor em EURO (R\$ 11/2018) R\$ 66,51

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARAIBA
Roteiro: 12-5-292-450
Matrícula: 1698358-2019-01-3

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
28/01/2019 **R\$ 195,22**

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



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Gesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046502754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Celso de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 030255674/57 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadeza Vítima João Celso de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030255674/57, 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 G. Duarte		Número	257	Complemento
Barrio	Marangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	58056-384
		Telefone celular (DDD)			

João Pessoa 18 de fevereiro de 2019
Local e Data

Alexandra Gesar Duarte
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILVANILSON ZINACIO DA SILVA,
RG nº 3328460, data de expedição 30/05/2005
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 08552704438 com
domicílio na cidade de LUCENA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JULIO DE CAVALHARO - FAGUNDES, nº 491,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Joná de Almeida, cujo o condutor era
Joná de Almeida.

Veículo: moto
Modelo: HONDA/CG 125 FAN
Ano: 2014
Placa: QFB 3265/PB
Chassi: 9C27C4120ER033286
Data do Acidente: 18-08-18
Local e Data: João Pessoa, 07-02-19

GILVANILSON ZINACIO DA SILVA
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUSCELINO KUBITSCHEK, S/Nº - ERNESTO DE SÁ - CEP 54075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFONE (081) 3351-0079

Reconheço Por Autenticidade a firma de GILVANILSON

INACIO DA SILVA, [119011], J. Pessoa-PB, 07/02/2019

13:14:55 Emol R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepj: R\$1,98,

ISS: R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA DCSMD

FEELIRA/SINOP. Selo Digital AID64209-KOKO Consulte em

https://portalnotarial.principal.gov.br/cartorioceleida.com.br



CERTIDÃO

Nº. 0072/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155102 e Prontuário nº 2018.08.002722 pertencentes a **JOSE CELIO DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 18/08/2018 às 08H54min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito e superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/08/2018 com alta médica dia 01/09/2019.

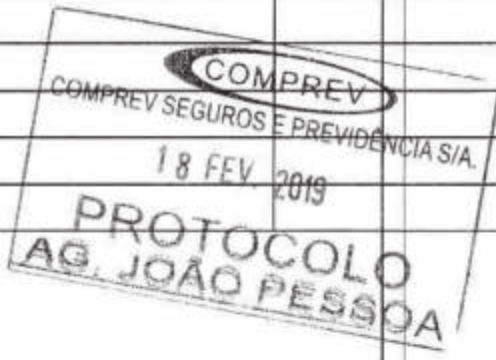
E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Nome: JOSE CELIO DE OLIVEIRA				Registro:	
Idade: 45 A	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 30 / 08 / 2018			Cirurgião: <i>DR. RODRIGO AMARAL</i>		
1º Assistente: <i>VALDEBAN R1</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Tíbia</i>					
					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

INCISAO LONGITUDINAL FACE ANTEROLATERAL DA PERNA DIREITA

Achados:

FRATURA TIBIA DIREITA

Conduta:

REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA DA TIBIA COM POSIÇÃO DE PLACA BLOQUEAD. PARA TIBIA COM 11 FAPRAFUSOS BLOQUEADOS.

Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

TALA CRURO PODALICA

OBS:

Data: 30 / 08 / 2018

Dr. Valdean Carvalho
Médico Ortopedista
CRM/PB 7032

30 AGO. 2018

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 18/8/18

Nome: José Carlos de Oliveira
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____

Endereço: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Cidade: _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Data de Nascimento:** 1/1/____

Escolaridade: _____

QPD: *Transtorno de Ansiedade*

HDA: *Transtorno de Ansiedade*
MSD: com quadro de Depressão

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
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ **Outros:** _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

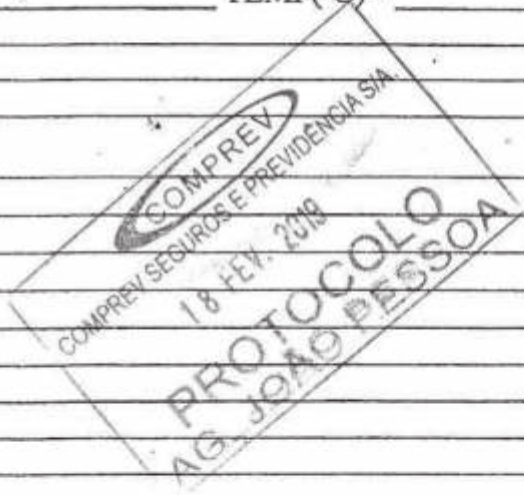
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ex da peria*

Hipóteses Diagnósticas: *Ex fechada dos ossos da peria*

Conduta: *Internação p/ Tto*



Dr. Valdeir Carvalho Jr.
Médico Ortopedista
CRM 10.153
18 AGO 2018

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSE ELIO DE OLIVEIRA				PRONTUÁRIO Nº	
ID: 45 A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA	ENF.:	LEITO:
			Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO: 18/08/2018		DATA DE ALTA: 01/09/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO: <i>Fratura dos Ossos da Perna Direita</i>					CID: <i>S82.0</i>
DIAGNÓSTICO: <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna					
TERAPIA: FARMACOLÓGICA					
ANESTESIA: CIRÚRGICA					
EXATIDÃO: () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO DE MICROLOGIA					
C: () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					

RELATÓRIO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES):
 Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna direita, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao posto de saúde para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIAGNÓSTICO: ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

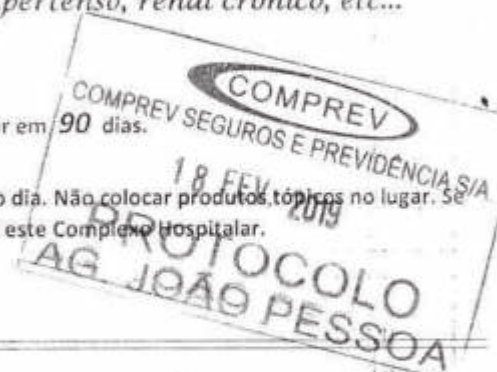
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

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

2. PARA CASA: ATB + aine + analgésico

3. Ao posto de saúde em **21** dias.

4. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)



01/09/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE / CNH / PASSO DE M
 2627718 SSP PB

CPF
 046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
 21/08/1982

FUNÇÃO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PLACADO
 01851269660

VALIDADE
 16/01/2019

1ª EMISSÃO
 29/06/2001

VALISA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 894056231

CATEGORIA
 1

ASSINATURA DO TITULAR
 Alexandra Cesar Duarte

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 17/01/2014

ASSINATURA DO EMISOR
 Rodrigo Carneiro

66588356744
 98027919595

PROIBIDO PLASTIFICAR
 894056231

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 18 FEV. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190143689 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190143689 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Celio de Oliveira,
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
agricultor, CI RG nº 1.831.270,
CPF/MF nº 030.255.674-97, residente e domiciliado(a) à Rua
Nascimento Silva, 30,
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
98663-4900, 99105-5363.

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

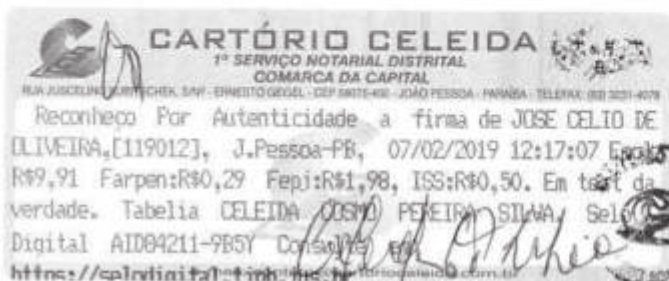
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos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

João Pessoa, 07 de fevereiro de 2019.



Jose Celio de Oliveira

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059492/19

Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

CPF: 030.255.674-57

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSE CELIO DE OLIVEIRA : 030.255.674-57

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: 18/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA