

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190397987

Vítima: GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190397987**

**Vítima: GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 01/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

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, 23 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190397987**

**Vítima: GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 01/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: Gabriel Ferreira dos Santos

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

Nome completo: Leonilda Ferreira de Azevedo CPF: 09498767475

Profissão: Do lar Endereço: Rua Antônio M. da Silva SN Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Chamanguepe Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58280-000

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: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:

(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 27/11/18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Ferreira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leonilda Ferreira de Azevedo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Marcelo Lima

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Correspondente do banco e agência  
Proposta de Pré-abertura de Conta

Ass. Relac.: 02005 - MAMANGUAPE  
PACB : 170 - PEDRO FEITOSA  
PAPELARIA

Agência : 02005 - MAMANGUAPE  
Conta : 0000000039138-7  
Nome : GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS  
Data : 08/11/2018  
Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Física  
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesão ao Programa de Benefícios: N

NSU BANCO: 000047414854  
HORA : 11:11:30

Sujeito a Confirmação do Banco

OLVIDORIA BRADESCO  
0000 727 9533

conta corrente  
braDESCO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# 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: Gabriel Ferreira dos Santos

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

Nome completo: Wersonilda Ferreira de Azevedo CPF: 09498767475  
Profissão: Dona de casa Endereço: Rua Antonio M. da Silva 30 Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Chamangape Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58280-000  
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:  
☒ RECURSO 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: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:    
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

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: \_\_\_\_\_ 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 27/11/18  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Ferreira dos Santos

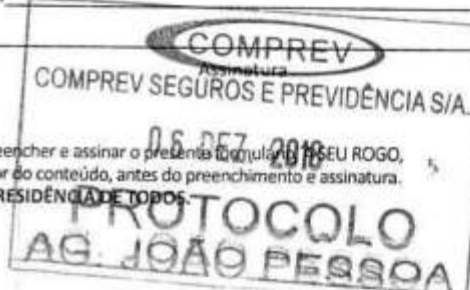
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Wersonilda Ferreira de Azevedo  
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Correspondente do Banco  
Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac.: 02009 - MAMANGAPE  
PACB : 170 - PEIRO FEITOSA  
PAPELARIA

Agencia : 02009 - MAMANGAPE  
Conta : 000000039130-7  
Nome : GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS  
Data : 08/11/2018  
Modalidade: 00

2050  
205020

Tipo Pessoa: Física  
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesão ao Programa de Benefícios: N

NSU BANCO: 002047414854  
HORA : 11:11:30

Sujeito a Confirmação do Banco

OUVIATORIA BANUESCO  
0000 721 9933

conta corrente  
Bancadeslo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# 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: 15935814404 Nome completo da vítima: Gabriel Ferreira dos Santos  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: Gabriel Ferreira dos Santos CPF: 15935814404  
 Profissão: Estudante Endereço: Rua Antonio M. da Silva Número: SN Complemento:  
 Bairro: Chamanguape Cidade: Mamanguape Estado: PB CEP: 58280000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (81) 986634900

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: Bradesco

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 02009 CONTA: 394387  
 (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 da 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a 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  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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 10/06/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ Gabriel Ferreira dos Santos  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

+ Verônica da Fátima dos Santos  
 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 159 358 144-04 3 - CPF da vítima: 159 358 144-04 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo: Gabriel Ferreira dos Santos 6 - CPF: 159 358 144-04  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Antonio M. da Silva 9 - Número: 50 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mamanguape 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Esteronilda Ferreira de Azevedo  
18 - CPF do Representante Legal: 094.987.674-75 19 - Profissão do Representante Legal: Do lar

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2009 5 CONTA: 0039138 7  
(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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (ou nacer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

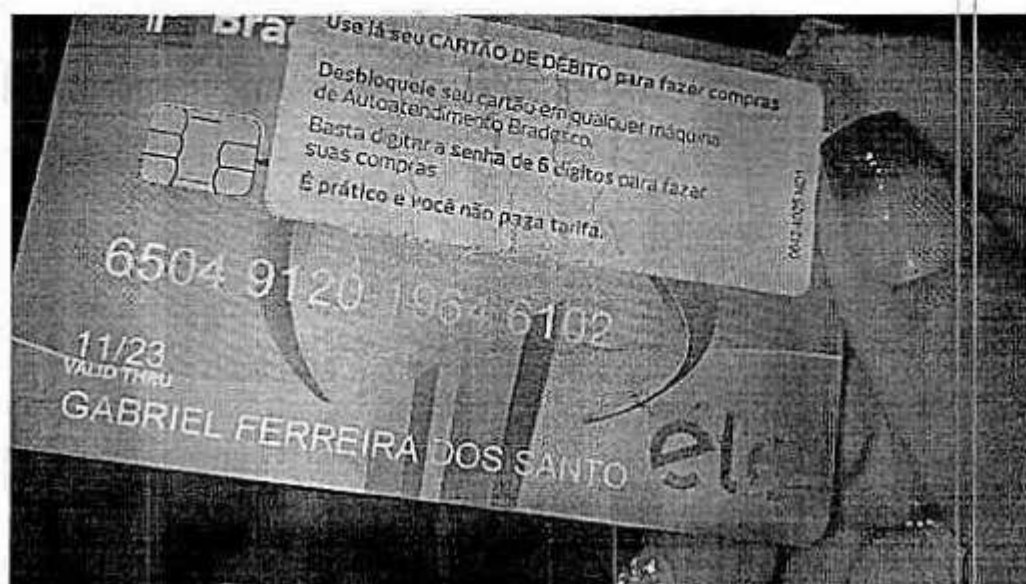
40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 12/08/19  
Gabriel FERREIRA dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AGÊNCIA CONTA

2009 5 0039138 7



AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil Bradesco: 4002-0022 / 0800 570-0022  
Acesso ao Exterior: +55 (11) 4002-0022  
SAC: 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)  
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099  
Ouvindo: 0800 727-9933  
Banco Bradesco

Banco24Horas

ATM

pulse



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190397987  
Nome do(a) Examinado(a): Gabriel Ferreira dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Maximo da Silva, 221  
Centro Mamanguape PB CEP: 58280-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 4731678  
Data local do acidente: [ 01/02/2017 ]  
Data local do exame: [ 30/08/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE OSSOS DA FACE.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ZIGOMA, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS.**

**Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

**Data da Alta: 28/04/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO, PORÉM REFERE QUEIXAS DE DOR NA FACE.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

( ☒ ) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

( ) Sim ( ☒ ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"**

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

( ☒ ) "Sem sequela permanente"

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

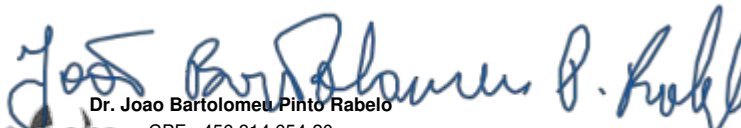
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 006/2017

Ocorrência nº. 1951/2017

Aos VINTE E OITO dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira, aí, por volta 10h:55min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VERONILDA FERREIRA DE ASSIS**, conhecido por NILDA, Identidade nº 2964852-SSP/PB, CPF nº 09498767475, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: do lar, filho(a) de JOSUÉ VIEIRA DE ASSIS E MARIA DA LUZ FERREIRA DE ASSIS, natural de MAMANGUAPE/PB, nascido(a) em 27/07/1986, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Máximo da Silva, nº 221, bairro: campo - Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)98671-2755.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE MOTO;**
- 2) DATA DO FATO: 01 de fevereiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 13h:00min;
- 4) LOCAL: I travessa Antonio Maximo, próximo a Br 101i nº s/n, bairro: zona urbana - Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Primeiramente atendido no Hospital Geral de Mamanguape e posteriormente encaminhado ao Hospital de Trauma cidade de João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? Sim

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

MOTOCICLETA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, ANO: 2013, COR: Vermelha, PLACA: NQK 8281/PB, CHASSI: LXYXCBL01D0431805, CRLV EM NOME DE IVANIA PEREIRA DOS SANTOS.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

SEM TESTEMUNHAS.

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

Informa o noticiante que SEU FILHO MENOR de NOME: GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS, conduzia a moto acima citada, quando nas proximidades da I travessa Antonio Maximo, campo, ao desviar de um cachorro passando na rua, perdendo o controle da moto, vindo a solo; Que o declarante sofreu uma fratura de zigoma de CID: S02.4 e socorrido aos Hospitais acima citado.

**9) OBSERVAÇÕES:**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Veronilda Ferreira de Assis*  
VERONILDA FERREIRA DE ASSIS  
Comunicante

*Euribes Fagundes de Oliveira*  
AD HOC EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA  
Escrivã(o)/Agente Ad Hoc Mat. nº 5764





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 006/2017

Ocorrência nº. 1951/2017

Aos VINTE E OITO dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira, aí, por volta 10h:55min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VERONILDA FERREIRA DE ASSIS**, conhecido por NILDA, Identidade nº 2964852-SSP/PB, CPF nº 09498767475, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: do lar, filho(a) de JOSUÉ VIEIRA DE ASSIS E MARIA DA LUZ FERREIRA DE ASSIS, natural de MAMANGUAPE/PB, nascido(a) em 27/07/1986, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Máximo da Silva, nº 221, bairro: campo – Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)98671-2755.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE MOTO;**
- 2) DATA DO FATO: 01 de fevereiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 13h:00min;
- 4) LOCAL: I travessa Antonio Maximo, próximo a Br 101i nº s/n, bairro: zona urbana – Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Primeiramente atendido no Hospital Geral de Mamanguape e posteriormente encaminhado ao Hospital de Trauma cidade de João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? Sim

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

MOTOCICLETA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, ANO: 2013, COR: Vermelha, PLACA: NQK 8281/PB, CHASSI: LXYCBL01D0431805, CRLV EM NOME DE IVANIA PEREIRA DOS SANTOS.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

SEM TESTEMUNHAS.

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

Informa o noticiante que SEU FILHO MENOR de NOME: GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS, conduzia a moto acima citada, quando nas proximidades da I travessa Antonio Maximo, campo, ao desviar de um cachorro passando na rua, perdendo o controle da moto, vindo a solo; Que o declarante sofreu uma fratura de zigoma de CID: S02.4 e socorrido aos Hospitais acima citado.

**9) OBSERVAÇÕES:**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

*Veronilda Ferreira de Assis*  
VERONILDA FERREIRA DE ASSIS

Comunicante

*Euribes Fagundes de Oliveira*  
AD HOC EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA  
Escrivã(o)/Agente Ad Hoc Mat. nº 5764



# 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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: Gabriel Ferreira dos Santos

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

Nome completo: Leonilda Ferreira de Azevedo CPF: 09498767475

Profissão: Do lar Endereço: Rua Antonio M. da Silva SN Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Chamangape Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58280-000

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: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:

(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 27/11/18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Ferreira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leonilda Ferreira de Azevedo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Marcelo Lima

Assinatura do Procurador (se houver)

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



# 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: Gabriel Ferreira dos Santos

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

Nome completo: Wersonilda Ferreira de Azevedo CPF: 09498767475  
Profissão: Dono de lar Endereço: Rua Antonio M. da Silva 3N Número: 3N Complemento:  
Bairro: Chamaranguape Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58280-000  
E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECURSO 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: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0200 9 CONTA: 39138 7  
(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  
Vivos: Falecidos:

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 27/11/18  
Nome: Gabriel Ferreira dos Santos  
CPF:

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Wersonilda Ferreira de Azevedo  
CPF:

Assinatura

2ª | Nome: Wersonilda Ferreira de Azevedo  
CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

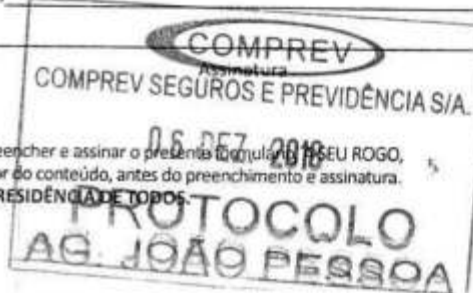
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Correspondente do Banco

Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac.: 02005 - MAMANGUAPE  
PACB : 170 - PEIRO FEITOSA  
PAPELARIA

Agencia : 02005 - MAMANGUAPE  
Conta : 000000039130-7  
Nome : GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS  
Data : 08/11/2018  
Modalidade: 00

2050  
205020

Tipo Pessoa: Física  
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesão ao Programa de Benefícios: N

NSU BANCO: 002047414854  
HORA : 11:11:30

Sujeito a Confirmação do Banco

OUVIATORIA BANUESCO  
0000 721 9933

conta corrente  
Bancadeslo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# 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: 15935814404 Nome completo da vítima: Gabriel Ferreira dos Santos  
**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**  
 Nome completo: Gabriel Ferreira dos Santos CPF: 15935814404  
 Profissão: Estudante Endereço: Rua Antonio M. da Silva Número: SN Complemento:  
 Bairro: Chamanguape Cidade: Mamanguape Estado: PB CEP: 58280000  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (81) 986634900

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: Bradesco

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 02009 CONTA: 394387  
 (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 da 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a 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 10/06/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

+ Gabriel Ferreira dos Santos  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

+ Verônica da Fátima dos Santos  
 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

# 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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: Gabriel Ferreira dos Santos

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

Nome completo: Leonilda Ferreira de Azevedo CPF: 09498767475

Profissão: Do lar Endereço: Rua Antonio M. da Silva SN Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Chamangape Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58280-000

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: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:

(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 27/11/18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Ferreira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leonilda Ferreira de Azevedo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Marcelo Lima

Assinatura do Procurador (se houver)

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Gabriel Ferreira dos Santos  
DATA DE NASCIMENTO 03/03/02  
NOME DA MÃE Veronilda Ferreira de Assis

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 100167  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 978067  
DATA DO ATENDIMENTO 01/02/17  
HORA DO ATENDIMENTO 16:00  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de zigoma  
CID 10 S02.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, sem capacete, com TCE, queixa de cefaléia e parestesia em hemiface direita, nega desmaio ou vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto, movimenta os 4 membros. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio e face

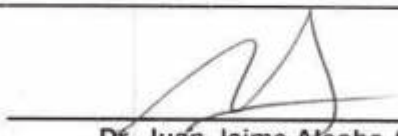
### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: sem patologia Neurocirúrgica, fratura de zigoma

### TRATAMENTO:

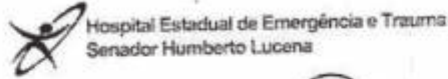
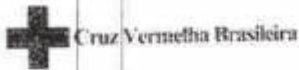
Tratamento cirúrgico de fratura de zigoma

ALTA HOSPITALAR: 09/02/17  
DATA DA EMISSÃO: 29/06/17

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,  
MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

06 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 978067



|  |   |                                       |                                       |                   |         |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|---------|
| <b>Identificação do paciente</b>                         |   |                                       |                                       |                   |         |
| ID<br>1135263  | Nome<br>GABRIEL FERREIRA DOS SANTOS                           |                                       |                                       | Sexo<br>Masculino |         |
| Data de nascimento<br>03/03/2002                         | Idade<br>14 anos 10 meses 29 dias                             | Estado civil                          | Religião                              | Prontuário        |         |
| Mãe<br>VERONILDA FERREIRA DE ASSIS                       | Pai<br>IVANILDO PEREIRA DOS SANTOS                            |                                       |                                       |                   |         |
| Escolaridade   | Responsável (Parentesco)<br>VERONILDA FERREIRA DE ASSIS - MAE |                                       |                                       |                   |         |
| DDD Móvel<br>83  | Fone Móvel<br>93663126  | DDD Fixo                              | Fone Fixo                             |                   |         |
| Tipo documento   | Número documento  | Nº Cns<br>898002330224623             |                                       |                   |         |
| Local de procedência                                     | Tipo  |                                       | UF                                    |                   |         |
| Email  | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                                   | CBO/R                                 |                                       |                   |         |
| <b>Endereço</b>  |   |                                       |                                       |                   |         |
| CEP<br>58260000  | Município de residência<br>MAMANGUAPE                         | UF<br>PB                              | Logradouro<br>ANTONIO MAXIMO DA SILVA |                   |         |
| Número<br>228  | Complemento   | Bairro<br>CAMPO                       |                                       |                   |         |
| <b>Admissão</b>  |   |                                       |                                       |                   |         |
| Data e Hora<br>01/02/2017 16:00:19                       | Número da pulseira<br>100005946234                            | Convênio<br>SUS                       |                                       |                   |         |
| Especialidade<br>CLINICA MEDICA                          | Clínica   |                                       |                                       |                   |         |
| Classificação de risco                                   | Origem do paciente<br>OUTRA UNIDADE DE SAUDE                  |                                       |                                       |                   |         |
| Caráter de atendimento                                   | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA              | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |                                       |                   |         |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                          |   |                                       |                                       |                   |         |
| Caso policial<br>Não                                     | Plano de saúde<br>Não   | Veio de ambulância<br>Não             | Trauma<br>Não                         |                   |         |
| Meio de transporte<br>CARRO PARTICULAR                   |   | Quem transportou                      |                                       |                   |         |
| <b>Sinais Vitais</b>                                     |   |                                       |                                       |                   |         |
| PA   | X mmHg  |                                       | Pulso                                 | Temperatura       |         |
| <b>Exames complementares</b>                             |   |                                       |                                       |                   |         |
| Raio X [ ]   | Sangue [ ]  | Urina [ ]                             | TC [ ]                                | Liquor [ ]        | ECG [ ] |
| Ultrasonografia [ ]                                      |   |                                       |                                       |                   |         |
| <b>Dados clínicos</b>                                    |   |                                       |                                       |                   |         |
| <p>CRÂNIO + FACE<br/>01 / 02 17<br/>17 04<br/>WOSLEY</p> |   |                                       |                                       |                   |         |
| <p>Diagnóstico</p>                                       |   |                                       |                                       |                   |         |
| <p>Atendido por<br/>ANNE WALESKA PEREIRA LIMA</p>        |   |                                       |                                       |                   |         |

|       |             |
|-------|-------------|
| FACE  |             |
| TIPO  | 08 02 17    |
| DATA  | 15 32       |
| HORA  |             |
| CD    | WOSLEY      |
| Tempo | 01min-22seg |

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 DEZ. 2018  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

VANIA FERREIRA DE ASSIS  
RUA ANTONIO MARCO, 231 - DO CAMPO  
MAMANGUAPE / PB CEP: 58390000 (A9 14)  
Emissão: 27/09/2018 - Referência: Set/2018  
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICA  
Razão: 14 141 125-2532 - Nº medidor: 0000078112

ENERGISA S.A. - Cnpj: 07.950.144/0100  
Endereço: Rua da Paraíba, 100 - Centro  
Cidade: João Pessoa - PB - CEP: 55010-000

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

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Set / 2018 27/09/2018 29/10/2018 071.950.144-01

UC (Unidade Consumidora): 5/421810-3

Canal de contato

| Anterior                          | Atual                            | Constante | Consumo | Dias |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------|---------|------|
| Data: 29/09/18<br>Leitura: 12532  | Data: 27/09/18<br>Leitura: 12532 | 1         | 0       | 20   |
| Demonstrativo                     |                                  |           |         |      |
| Lançamentos e Serviços            |                                  |           |         |      |
| 0002 PARCELAMENTO DE DÉBITO 10/12 |                                  |           |         |      |

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 25,31 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Media últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
04/10/2018 R\$ 25,31

Histórico de Consumo (kWh)  
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/17

d7c9 5fb7 f8d6 f29a.ec50 bfd8 a857 712e

| Indicadores de Qualidade 7/2018, Referência |         |                      |     |
|---|---------|----------------------|-----|
| Limites da ANEEL                            | Apurado | Limite de Tensão (V) |     |
| DIVISÃO                                     | 0,00    | NOMINAL              | 220 |
| DIVISÃO                                     | 12,54   |                      |     |
| DIVISÃO                                     | 35,08   |                      |     |
| DIVISÃO                                     | 3,61    |                      |     |
| DIVISÃO                                     | 14,45   |                      |     |
| DIVISÃO                                     | 3,71    |                      |     |
| DIVISÃO                                     | 12,22   |                      |     |

| Discriminação | Valor (R\$) | %      |
|---------------|-------------|--------|
| Total         | 25,31       | 100,00 |

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Ago/18 25,31

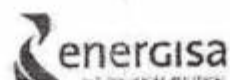
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

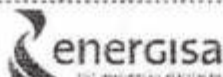
Existe para consulta pagamento da nova fatura no site da energisa. Nº 012.740.977



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 210, Km 21 - Estrada Rodoviária - João Pessoa / PB - CEP 58011-880  
CNPJ 06.695.182 / 0001-42 Insc. Est. 16.016.823-0

| DADOS DO CLIENTE   |              |         | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |               |
|--|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA<br>RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 05<br>JOÃO PESSOA |              |         | 5/1698358-7                |               |
| REFERÊNCIA   | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO                 | TOTAL A PAGAR |
| SET/2018   | 20/09/2018   | 192     | 27/09/2018                 | R\$ 178,94    |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



PARABÁ, 20/09/2018

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
Roteiro: 12-005-292-0450  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA         |
|------------|---------------|-------------------|
| 27/09/2018 | R\$ 178,94    | 1698358-2018-00-0 |

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 019.286.297

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600  
CNPJ 08.065.183/0001-40 Insc. Est. 16.915.823-0

## DADOS DO CLIENTE

VERONILDA FERREIRA DE ASSIS  
RUA ANTONIO MAXIMO 221  
MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/421810-3

## REFERÊNCIA

JAN/2019

## APRESENTAÇÃO

28/01/2019

## CONSUMO

140

## VENCIMENTO

04/02/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 152,01

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

VERONILDA FERREIRA DE ASSIS

Roteiro: 17-014-135-3820

83640000001-1 52010054000-1 04218102019-1 01900014019-4

## VENCIMENTO

04/02/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 152,01

## MATRÍCULA

421810-2019-01-9



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 019.286.297



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

VERONILDA FERREIRA DE ASSIS  
RUA ANTONIO MAXIMO 221  
MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/421810-3

## REFERÊNCIA

JAN/2019

## APRESENTAÇÃO

28/01/2019

## CONSUMO

140

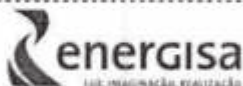
## VENCIMENTO

04/02/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 152,01

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

VERONILDA FERREIRA DE ASSIS

Roteiro: 17-014-135-3820

8364000001-1 52010054000-1 04218102019-1 01900014019-4

## VENCIMENTO

04/02/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 152,01

## MATRÍCULA

421810-2019- 01-9

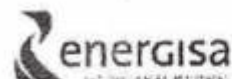


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Exibir para sempre o pagamento da nota fiscal emitida pela ENERGISA AG. Nº 012.740.077



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 35 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 06.695.182 / 0001-42 Insc. Est. 16.015.823-0

| DADOS DO CLIENTE   |              |         | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |               |
|--|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA<br>RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 05<br>JOÃO PESSOA |              |         | 5/1698358-7                |               |
| REFERÊNCIA   | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO                 | TOTAL A PAGAR |
| SET/2018   | 20/09/2018   | 192     | 27/09/2018                 | R\$ 178,94    |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



JEAN KLEBER DA SILVA

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Telefone: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 21/09/2018

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA         |
|------------|---------------|-------------------|
| 27/09/2018 | R\$ 178,94    | 1698358-2018-09-9 |

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# 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 ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: Gabriel Ferreira dos Santos

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

Nome completo: Leonilda Ferreira de Azevedo CPF: 09498767475

Profissão: Do lar Endereço: Rua Antonio M. da Silva SN Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Chamangape Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58280-000

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: Bradesco

AGÊNCIA:   CONTA:

(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 27/11/18

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Ferreira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leonilda Ferreira de Azevedo

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Marcelo Lima

Assinatura do Procurador (se houver)

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



**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 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

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

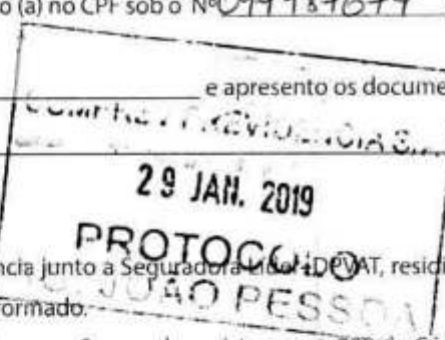
Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gabriel Ferreira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.987.674 / 75 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Gabriel Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.987.674 / 75 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 B. Duarte |                          | Número      | 157 | Complemento |     |
| Bairro   | Mangabeira                       | Cidade                   | João Pessoa |     | Estado      | PB  |
| Email    |                                  | Telefone comercial (DDD) |             | CEP | 58056       | 384 |
|          |                                  | Telefone celular (DDD)   |             |     |             |     |

João Pessoa, 29 de Jan de 2019  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gabriel Ferreira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.987.674 / 75 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez Gabriel Ferreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.987.674 / 75 por 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.

29 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
JÃO PESSOA

|   |                              |                         |                        |
|---|------------------------------|-------------------------|------------------------|
| Endereço<br><u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u> |                              | Número<br><u>157</u>    | Complemento            |
| Bairro<br><u>Mangabeira</u>                         | Cidade<br><u>João Pessoa</u> | Estado<br><u>PB</u>     | CEP<br><u>58056</u>    |
| Email   |                              | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |

João Pessoa, 29 de Jan de 2019  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Irânia Pereira dos Santos,  
RG nº 3.873.681, data de expedição 08/07/10,  
Órgão SSP, portador do CPF nº 110.030.774.96 com  
domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Antônio Máximo da Silva, nº 217  
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 Gabriel F dos Santos, cujo o condutor era  
Gabriel Ferreira dos Santos.

Veículo: moto  
Modelo: I/S HINERAY XY50R PHOENIX  
Ano: 2013  
Placa: NQK 8281/PB  
Chassi: LXYXCB101 D0431805  
Data do Acidente: 01-02-17  
Local e Data: Mamanguape, 08-11-18

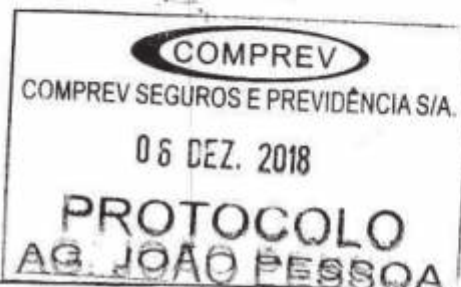
Irânia Pereira dos Santos  
Assinatura do Declarante

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

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
IVANIA PEREIRA DOS SANTOS  
Dou fé. Mamanguape/PB - 08/11/2018  
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI  
Sel. Digital: AHT36142-02FL  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol: R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI  
Escrevente Autorizado



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ívânia Pereira dos Santos,

RG nº 3.873.681, data de expedição 08/07/10,

Órgão SSP, portador do CPF nº 110.030.724.96 com

domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado de

Paraíba, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Antônio Máximo da Silva, nº 217

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Gabriel F dos Santos, cujo o condutor era

Gabriel Ferreira dos Santos

Veículo: moto

Modelo: I/S HINERAY XY50R PHOENIX

Ano: 2013

Placa: NQK 8281/PB

Chassi: LXYXCB401 D0431805

Data do Acidente: 01-02-17

Local e Data: Mamanguape, 08-11-18

Ívânia Pereira dos Santos

Assinatura do Declarante

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

2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro, Mamanguape

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

IVANIA PEREIRA DOS SANTOS

Dou fé. Mamanguape/PB - 08/11/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital: AHT36142-02FL

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

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90

ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI  
Escrevente Autorizado

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

