
Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369639

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

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, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369639

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

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

Comprovante de residência 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, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190369639 Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 23/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

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: 113875424-27 CPF da vítima: Julio Fagne Rodrigues do Nascimento Nome completo da vítima: Julio Fagne Rodrigues do Nascimento

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

Nome completo: Julio Fagne Rodrigues do Nascimento CPF: 113.875.424-27
Profissão: Recusado Informar Endereço: Rua Dist. Curimatã Número: SN Complemento:
Bairro: Área Rural Cidade: Pilar Estado: PB CEP: 58338-000
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\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 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: 2443 0 CONTA: 37.217 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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: Pilar - PB, 04/06/2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Julio Fagne Rodrigues do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA 1ª Nome: CPF:
TESTEMUNHA 2ª Nome: CPF:
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 JUN 2019
Assinatura
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA
Assinatura

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

TERM 00115837 AGENTE 115837 ATE 13227
COBAN: 071527 LOJA: 0001 MOV: 115837
29/04/2019 BANCO DO BRASIL 13:19:40
244352701 CORRESPONDENTE BANCARIO 055
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUpança
EM DINHEIRO

CLIENTE: JULIO F R NASCIMENTO
AGENCIA: 2443-0 CONTA: 17.217-0

VARIACAO POUpança 51
DATA 29/04/2019
NR. DOCUMENTO 24.437.152.700.550
VALOR DINHEIRO 20,00
VALOR TOTAL 20,00

NR. AUTENTICACAO F. 441.17F.E78.145.300

CREDITOS A PARTIR DE 04/05/2012 ESTAO
DISCIPLINADOS PELA LEI 12.703.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05879.01.2019.1.00.401

2ª DSE CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05879.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 29 de maio 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Julio Fagne Rodrigues do Nascimento**, CPF nº 113.875.424-27, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Desempregado, filho(a) de Josefa Rodrigues de Brito e Flavio Marcolino do Nascimento, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 09/04/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Distrito Curimatau, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Pilar/PB, telefone(s) para contato (83) 98886-6899.

Dados do(s) Fatos:


Local: Distrito Curimatau, Zona Rural, Pilar/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/08/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 23/08/2018, POR VOLTA DAS 13:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA OET-5268/PB, CHASSI 9C2KC1670BR607003, REGISTRADA EM NOME DE SEVERINO RODRIGUES DE BRITO, NO DISTRITO DE CURIMATAU, PILAR/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO; QUE FOI CORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM LESÃO DE PELE EM CALCÂNEO DIREITO, CONFORME CERTIDÃO 0274/2019, ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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

João Pessoa/PB, 29 de maio de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO
Noticiante



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: 113875424-27 CPF da vítima: Julio Fagne Rodrigues do Nascimento Nome completo da vítima: Julio Fagne Rodrigues do Nascimento

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

Nome completo: Julio Fagne Rodrigues do Nascimento CPF: 113.875.424-27
Profissão: Recusado Informar Endereço: Rua Dist. Curimatã Número: SN Complemento:
Bairro: Área Rural Cidade: Pilar Estado: PB CEP: 58338-000
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\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 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: 2443 0 CONTA: 37.217 0 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 do 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) ☐ Divorçado ☐ 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: Pilar - PB, 04/06/2019
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Julio Fagne Rodrigues do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA 1ª Nome: CPF:
TESTEMUNHA 2ª Nome: CPF:
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 JUN 2019
Assinatura
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA
Assinatura

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

TERM 00115837 AGENTE 115837 ATE 13227
COBAN: 071527 LOJA: 0001 MOV: 115837
29/04/2019 BANCO DO BRASIL 13:19:40
244352701 CORRESPONDENTE BANCARIO 055
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUpança
EM DINHEIRO

CLIENTE: JULIO F. R. NASCIMENTO
AGENCIA: 2443-0 CONTA: 17.217-0

VARIACAO POUpança 51
DATA 29/04/2019
NR. DOCUMENTO 24.437.152.700.550
VALOR DINHEIRO 20,00
VALOR TOTAL 20,00

NR. AUTENTICACAO F. 441.17F.E78.145.300

CREDITOS A PARTIR DE 04/05/2012 ESTAO
DISCIPLINADOS PELA LEI 12.703.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPL. O HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 156943 Atd: Nao Regular
Data: 23/08/2018
Hora: 15:29:45
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS AL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018 08.003613

CNS: 704202785381780 Sexo: M IDENTIDADE: 3936983

Fone: 986266401

Natural: SANTA RITA/PB

Data Nasc.: 09/04/1996

Id: 22 ano(s)

End.: SÍTIO MATUA, 2

Bairro: ZONA RURAL Cidade: PILAR UF: PB

Mae: JOSEFA RODRIGUES DE BRITO

Pai: FLAVIO MARCOLINO DO NASCIMENTO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: CARPINTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: TIO SEVERINO

Te/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Precedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 13/

Vitima de violência por: PROX. DE CASA/ CONDUTOR

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

☒ixa Principal

☒ PERE CORTE CONTUSO EM REGIAO DO PE D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto e ferimento contuso

glândulas, 11 pontos queimados.

Diagnostico Exame Fisico em MSE. Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Re de fe
Avaliação do DPO.



W.L.F. Cunha
Residência Cirurgia Geral
João Pessoa - PB 51045

7

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

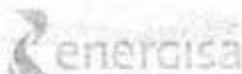
DESTINO DO PACIENTE

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

Julio Kays R. do Nascimento

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Emissão: 28/06/2018 Referência: Ago / 2018

Casos: 12-12-118-1415 Nº protocolo: 020026/99-03

ENERGIA PARA O FUTURO. COM A ENERGIA DO SOL.

Endereço: Rua João Pinheiro, 180
CEP 05071-800
CNPJ 06.095.133/0001-40 - Ins. Est. 16.045.623-4

North America's Coalbed Methane Program 1974-1997 201

Call your D&B Automating: 050 1544709

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	29/08/2018	27/09/2018	

UC (Unidade Consumidora): 5/1544389-8

Canal de contsto

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/07/10	1056	29/08/10	1109		19	23
Demonstrativo						
001	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base (R\$)	Alíq. IPI (%)	Valor Base (R\$)
				Valor Total (R\$)		Valor Total (R\$)
0001	Custo de Disponibilização	12,81	12,81	19	7,49	1,15
0001	Adic. B. Vermeiza	1,87	1,87	19	0,36	0,32
0010	Suslido	5,31	5,31	19	1,06	0,58
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0004	CONF. INDICADOR DE TRIMESTRAL 00/2010	0,00	0,00	0	0,00	0,00
0006	Devisado Suslido	4,49	4,49	0	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do Item	TOTAL	17,77	21,89	3,90	21,53	1,27	1,08
-------------------------------------	-------	-------	-------	------	-------	------	------

Média Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO 05/09/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 17,17
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)

78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
Aug17	Sept17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18

8e25 82ae 0e69 8a9e bd35 eb9e a06a d44c

Indicadores de Qualidade			6220H 300	
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DOMINIAL	1,50	10,00		
D.C. TRIMESTRAL	23,39		NORMAL	220
D.A.NUAL	47,78			
FIC. MENSA	7,82	500	CONCRETA	200
FIC. TRIMESTRAL	15,65		INFERIOR	200
FIC. ANUAL	31,30		LIMITE SUPRA	230
RAM.	6,59	± 25		
D.A.B.	15,50			

Discriminação	valor (R\$)	%
Remuneração Direta	20,20	24,24
Contribuição do Emprego	1,00	1,20
Despesa de Transmissão	84,84	101,80
Impostos e Contribuições	1,00	1,20
Impostos Diretos e Encargos	9,91	11,89
Outros Despesa	1,00	1,20
Total	87,20	100,00

Valued at EUR 17.00 in 2016 (EUR 1.54)

ATENÇÃO

ATENÇÃO
A Administração em análise do R.R. nº 1.488/11, instruído no montante de R\$ 21,32 (vinte e um reais), enterrou, e/

REAVISO - De acordo com o que consta em ato administrativo, o(a) interessado(a) não compareceu à audiência de 13/03/2011. Conforme Resoluções 114/ANEEC e 03/ANEEC, após esta data não existe a possibilidade de fulfillmento, e, caso o mesmo não seja comunicado por via cartorária, não se estará na unidade consumidora para correção. Cedo depois disso estarão pagas, decorrendo as eventuais diferenças para o valor para as faturas da REA/RSADA, conforme o sistema de rateio mensal, poderá ocorrer a qualquer momento, a inclusão do valor de adinverência, com base de dados de verificação de fatura verificada e não paga.

Fatura sujeita à inclusão em atraso de proteção ao crédito no caso de não cumprimento de obrigação DEC 13/11 R.R. 48

Rebate Tarifário Vigência 29/09/11 Rec. ANEEC nº 2.458-2008, ensaio 15,41% Mensal

Rebate Tarifário Vigência 29/09/11 Rec. ANEEC nº 2.458-2008, ensaio 15,75% Médio

Cartão confirmado

FADAPA

Registro: 17-12-119-1410
Matrícula: 154489-2018-08-1

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
05/09/2018	R\$ 17,17

836300000000-4 17170054000-7 15443892018-8 08100012019-6



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
07 JUN. 2019
PROTÓCOLO
1040 PESSO
atraso
17.08
16.19
24.13

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundevia de conta.

Notado para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica - Nº 025.355.534

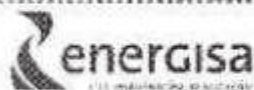


ENERGISA PARAIÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 232, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 05.085.183/0001-40 - Insc. Est. 16.815.823-6

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06 JOÃO PESSOA	5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	20/05/2019	212	27/05/2019	R\$ 191,04

Acesse: www.energisa.com.br



DEPARTAMENTO

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-202-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
27/05/2019	R\$ 191,04	1698358-2019-05-4



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundevia de conta.

Notado para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica - Nº 025.355.534

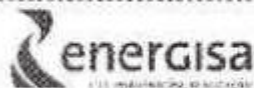


ENERGISA PARAIÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 05.085.183/0001-40 Insc. Est. 16.815.823-6

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06 JOÃO PESSOA	5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	20/05/2019	212	27/05/2019	R\$ 191,04

Acesse: www.energisa.com.br



DEPARTAMENTO

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-202-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
27/05/2019	R\$ 191,04	1698358-2019-05-4



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 025.658.901



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 330, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.065.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

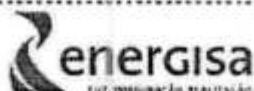
DADOS DO CLIENTE
JOSEFA RODRIGUES DE BRITO
LOC DIST CURIMATAU S/N DIST.CURIMATAU
PILAR

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1544389-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	28/05/2019	0	04/06/2019	R\$ 19,89

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOSEFA RODRIGUES DE BRITO

Rotelro: 17-012-119-1410

83670000000-0 19990054000-8 15443892019-6 05500012019-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
04/06/2019	R\$ 19,89	1544389-2019-05-5



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/SIBLIVOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Julio Fagne Rodrigues do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.875.424, 27
do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Julio Fagne Rodrigues do Nascimento
inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.875.424, 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB

Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 JUN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Declarante do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Rodrigues de Brito

RG: nº. 1.615.624, data de expedição 31/01/1991

Órgão SSP, portador do CPF nº. 853.272.044 - 72, com domicílio na cidade de Pilar, no estado da Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Zona Rural, Rua Sem Número, nº _____, complemento _____, declaro, sob as penas de lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Julio Fagne Rodrigues do Nascimento, cujo o condutor era Julio Fagne Rodrigues do Nascimento,

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda/ CG 150 FAN

Ano: 2011

Placa: OET 5268

Chassi: 9C2KC1670BR607003

Data do Acidente: 23 - 08 - 2018

Local e data: Curimataú - Pilar - PB 23 - 08 - 2018

Severino Rodrigues de Brito

Assinatura do declarante

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

SELO DIGITAL:

consulte em - <http://www.tjpb.jus.br>

AHS29968 - LNY0

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO ÚNICO OFÍCIO:
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

Reconheço a firma de Severino Rodrigues de Brito

por autenticidade. Dou fé. Em test. de verdade

Pilar

TABELIÃO



CERTIDÃO

Nº. 0274/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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 Nº156943 e prontuário nº2018.08.003613 pertencente a **JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO** que foi atendido dia 23/08/2018 às 15H29min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou lesão de pele em calcâneo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 23/08/2018, 30/08/2018.

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

João Pessoa, 21 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jélen Fagne R. do Nascimento Data da Admissão: 23.07.19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____

OPD: _____

IDA: Ferimento lacerante em região do talco

Medicações em uso: Nula

Interrogatório Sintomatológico:

General: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

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

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-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: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Tai

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

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Lesão parcial do tendão do ACR

Conduta:

DO Bloco Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia.

Assepsia e Anti-sepsia

Aposição de campos estéreis

Incisão:

Achados:

LESÃO PARCIAL DO TENDÃO DO CALCÂNEO

LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES

Conduta:

Limpeza exhaustiva com SF 0,9%

Desbridamento de tecidos desvitalizados

Tenorrafia

Limpeza com SF 0,9%

Sutura

Curativo

Fechamento:

OBS:

Ferimento extenso em calcâneo, curativo diário e Antibioticoterapia

Data:

23/03/12

MÉDICO/CRM

MPB: 11507

Nome: Júlio Fagne Rodrigues do Nascimento				Registro:	
Idade: 22a	Sexo: masc	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 30/08/2018			Cirurgião: Nerival		
1º Assistente: valdeban r1			2º Assistente:		
Anestesista: CLOVIS			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Lesão de pele em calcâneo dir.</i>					<i>S.91</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Limpeza mecânico cirurgica</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:

Achados:

Conduta:

Realizada limpeza deferimento na região de calcâneo, não houve necessidade de desbridamento.

Fechamento:

Curativo

OBS:

AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PLASTICA PARA COBERTURA DE TENDÃO DE AQUILES

Data: 30 / 08 / 2018

Dr. Valdean Capriato Jr.
Medico
MEDICO CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Julio Fagne R. do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.936.983 DATA DE EXPIRAÇÃO 20/01/2011

NOME JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO FLAVIO MARCOLINO DO NASCIMENTO
JOSEFA RODRIGUES DE BRITO

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/04/1996

DOC. CRGEM NASC.N.13451 FLS.145 LIV.A14

CARTÓRIO PILAR-PB

CPF

ASSINATURA DO TITULAR *Julio Fagne R. do Nascimento*

LEI Nº 7.112 DE 28/08/83

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 JUN. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
113.875.424-27

Nome
JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Nascimento
09/04/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

NOME: JOSE EDUARDO DA SILVA

RG: 1054542 SP 70

CNPJ: 455.536.024-91 02/04/1967

CONCESSÃO: JOSEFA GERVASIO DA SILVA

RENOVADO: 10/11/2019

VALIDADE: 06/04/1985

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1009001575

CLASSIFICAÇÃO: A 1

LOCAL: JOÃO PESSOA, PB

DATA: 11/11/2014

Assinatura: Rodrigo Carneiro

50375989462
PB029540509

1009001575

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369639 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 23/08/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTOCONTUSO EM REGIÃO DE CALCÂNEO DIREITO COM LESÃO PARCIAL DO TENDÃO DO CALCÂNEO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC, DEBRIDAMENTO E TENORRAFIA) P4 5 6 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Procuração

OUTORGANTE:

Julio Fagne Rodrigues do Nascimento, Brasileiro (a) Estado Civil Solteiro ,
profissão Auxiliar de serviços gerais, CI RG nº. 3936.983, CPF/MF nº.
113.875.424 – 27, residente e domiciliado(a) à Rua Curimataú – Pilar – PB Rua Sem
Numero, cidade de Pilar – PB, Estado da Paraíba, CEP: 58338 – 000, Telefone:
98886 – 6899, 99404 – 9677.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº. 455.536.024 – 91 e
RG sob o nº. 105462, com endereço cito à Rua Agente Fiscal José C. Duarte,
157, Sala 06 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 numero de sinistro, acompanhar o andamento do
sinistro, ter informações e acompanhar pericias necessárias e apresentar
documentos referentes ao sinistro , junto a Seguradora Lider e Seguradoras
conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade
das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pilar, 21 de dezembro de 2018

Julio Fagne Rodrigues do Nascimento

OUTORGANTE

Serviço NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFÍCIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB

Reconheço a firma de Julio Fagne
Rodrigues do Nascimento.

por autenticidade. Dou fé. Em testº 4 de verdade

Pilar 21 / 12 / 2018

Elaine Cristina L. da Silva

TABELIÃO

SELO DIGITAL:
consulte em - <http://www.tpb.jus.br>
Autenticidade: 114E10

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Serviço Notarial Reg. da Comarca de Pilar-PB
Elaine Cristina L. da Silva
Tabelião Substituto

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194627/19

Número do Sinistro: 3190369639

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

CPF: 113.875.424-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO : 113.875.424-27

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: 12/06/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0194627/19

Vítima: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

CPF: 113.875.424-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JULIO FAGNE RODRIGUES DO NASCIMENTO : 113.875.424-27

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: 07/06/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA