

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

---

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190332546**

**Vítima: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

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

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

---

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190332546**

**Vítima: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

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



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428159**

**Vítima: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

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



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

---

**Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190428159**

**Vítima: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000036**

**Conta: 0000036734-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome e sobrenome da vítima:	
032 318674 28 José Odair do N. Felix			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome Completo:		CPF:	832 318674 28
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recurso	Rua Diógenes Gomes da Silva	510	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Mangabeira	Jaboatão	PB	58000-000
E-mail:	Tel. (DDD):		

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **0036**  CONTA: **36 734 4**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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, cuitação 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 de Instituto Médico Legal (IML) para obtenção de indenização da 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 no documento que apresentada, concordando, desse 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 6.794/74, art. 32, §1º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**20 MAIO 2019**

**PROTÓCOLO**  
**AC. 1040 PESQUISA**

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data:	<b>João Pessoa - PB 20/05/19</b>
Nome:	
CPF:	

(\*) Assinatura de quem assina o RGDO  
**X do 260 deu o nome, mto**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

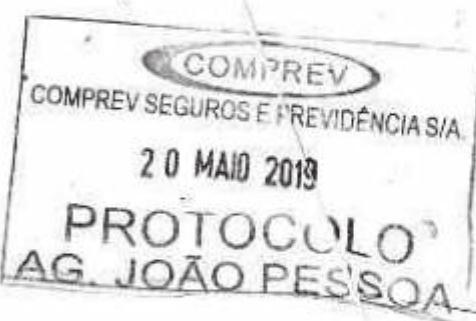
2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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



Agencia 0P. Conte  
0036 013 36734-4

Jose Odair

Carica

# 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:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

CPF:

Número:

Estado:

CEP:

Complemento:

Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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):

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA: **0036**

 CONTA: **36 734 4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: **\_\_\_\_\_**

 CONTA: **\_\_\_\_\_**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

 Local e Data: **João Pessoa - PB 20/07/19**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

Assinatura

 2º | Nome: **15 JUL. 2019**

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

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

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.



PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Agencia 0P. Conta  
0036 013 367344

Jose Odair

APP Store

Carika

SEGUROS

APP



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 04752.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04752.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:08 horas do dia 06 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 **Jose Odair do Nascimento Felix**, CPF nº 032.318.674-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Francisca Cassiano do Nascimento e Pedro Jose Felix, natural de Serrinha/RN, nascido(a) em 07/03/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Diogenes Gomes da Silva, Nº 325, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Cidade Verde, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98718-5282.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Bacharel Jose de Oliveira Curchatuz, Bessa, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/01/19 17:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

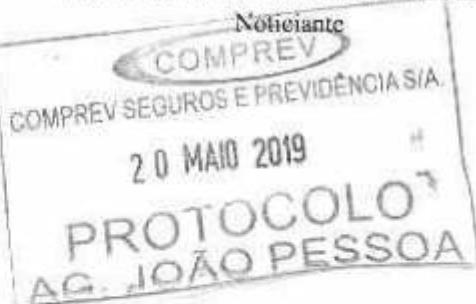
QUE NA TARDE DO DIA 10/01/2019, POR VOLTA DAS 17:15, ESTAVA GUIANDO UMA BICICLETA NA RUA BACHAREL JOSE DE OLIVEIRA CURCHATUZ, BESSA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU NA BICICLETA GUIADA POR ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S52.5, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

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

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 06 de maio de 2019.

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 04752.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04752.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:08 horas do dia 06 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 **Jose Odair do Nascimento Felix**, CPF nº 032.318.674-28, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Francisca Cassiano do Nascimento e Pedro Jose Felix, natural de Serrinha/RN, nascido(a) em 07/03/1974 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Diogenes Gomes da Silva, Nº 325, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Cidade Verde, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98718-5282.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Bacharel Jose de Oliveira Curchatuz, Bessa, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/01/19 17:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

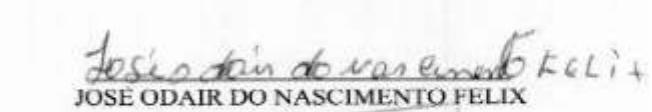
QUE NA TARDE DO DIA 10/01/2019, POR VOLTA DAS 17:15, ESTAVA GUIANDO UMA BICICLETA NA RUA BACHAREL JOSE DE OLIVEIRA CURCHATUZ, BESSA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU NA BICICLETA GUIADA POR ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S52.5, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

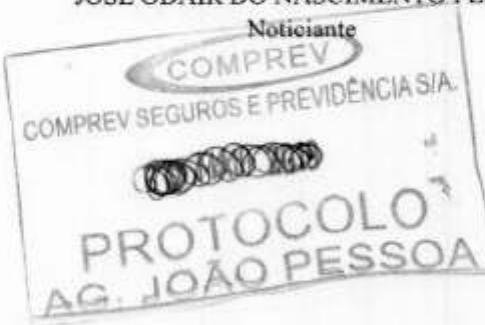
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de maio de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação



  
JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX  
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 ASI:	CPF da vítima:	Nome e sobrenome da vítima:	
032 318674 28 José Odair do N. Felix			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome Completo:		CPF:	832 318674 28
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recurso	Rua Diógenes Gomes da Silva	510	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Mangabeira	João Pessoa	PB	58000-000
E-mail:	Tel. (DDD):		

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0036  CONTA: 36 734 4  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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, cuitação 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 de Instituto Médico Legal (IML) para obtenção de indenização da 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 no documento que apresentada, concordando, desse 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 6.794/74, art. 32, II, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

20 MAIO 2019

PROTOCOLO  
AC. 1040 PESCA

## 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:

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

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

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

Local e Data:	Local e Data: João Pessoa - PB 20/05/19
Nome:	Nome: José Odair do N. Felix
CPF:	CPF: 032 318674 28

(\*) Assinatura de quem assina o RGDO  
 X do 260 deu o nome, mto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

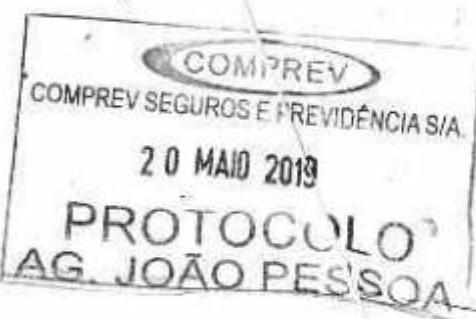
2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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



Agencia 0P. Conte  
0036 013 36734-4

Jose Odair

Carica

# 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:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

CPF:

Número:

Estado:

CEP:

Complemento:

Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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):

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA: **0036**

 CONTA: **36 734 4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA: **\_\_\_\_\_**

 CONTA: **\_\_\_\_\_**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

 Local e Data: **João Pessoa - PB 20/07/19**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

Assinatura

 2º | Nome: **15 JUL. 2019**

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

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

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.



PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Agencia 0P. Conta  
0036 013 367344

Jose Odair

APP Store

Carika

SEGUROS

APP

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUL. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



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	JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX
DATA DE NASCIMENTO	07/03/74
NOME DA MÃE	FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.134.988
DATA DO ATENDIMENTO	10/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:50
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic). (colisão veículo x bicicleta), apresentando abrasões em hemiface direita e dor com deformidade em punho esquerdo. Glasgow 15. Presença de fratura de rádio distal esquerdo, com indicação de transferência para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RX de punho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal esquerdo.

### TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR:	10/01/19
DATA DA EMISSÃO:	08/04/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALVES - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1134988



#### Identificação do paciente

ID 1364848	Nome JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX			Sexo Masculino
Data de nascimento 07/03/1974	Idade 44 anos 10 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Pró-tuário
Mãe FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO	Pai PEDRO JOSE FELIX			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DO CARMO REGIS DE ARAUJO - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996755688	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1707878	Nº Cris		
Local de procedência BESSA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SERRINHA	CBO/R		

#### Endereço

CEP 58059122	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DIÓGENES GOMES DA SILVA
Número 325	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

#### Admissão

Data e Hora 10/01/2019 17:50:01	Número da pulseira 1000004453665	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter da atendimentada	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA	

#### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

#### Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

#### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico	CD
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	Tempo 59seg

Imprimir

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000036734-4

---

Nr. da Autenticação 4F68BE0DCE58F78B

EDONALVA ALMEIDA DE SOUZA  
LADINHOES DOMES DA SERRA, 611 - QD 121 Lote 120 - MANGA  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58010-190-7

Unidad: MONOFASICO  
C/Doc: FESTA CITY RESIDENCIAL - EDONALVA  
Número: 2 - lote: 328 - 269  
Referência: 067/2019  
Número: 03209100973  
Entrega: 07/03/2019

**energis**  
EMPRESA PÚBLICA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 229, Km 26 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58010-000  
CMU: 06195 10370051-0 - Imp. E21 18.016.822-0

Nº de Conta/Contrato: 067/2019  
Cód. para DB: Automatizado: 00000232883

Mar / 2019 07/03/2019 05/04/2019 080.870.244-87  
Rec. 000

Este é o seu extrato de consumo referente ao mês de Março de 2019. O consumo total é de 89,36 kWh. O consumo médio é de 2,78 kWh/dia. O consumo é dividido entre os seguintes tipos de consumo: Residencial (89,36 kWh), Comercial (0,00 kWh), Industrial (0,00 kWh), Agrícola (0,00 kWh), Pecuária (0,00 kWh), Serviços (0,00 kWh), Comunicação (0,00 kWh), Iluminação (0,00 kWh), Iluminação Pública (0,00 kWh), Juros de Capital (0,00 kWh), Multas (0,00 kWh), Contingência (0,00 kWh), Impostos (0,00 kWh) e Outros (0,00 kWh).

Item	Descrição	Quantidade (kWh)	Preço (R\$)	Imposto (R\$)	Outros (R\$)	Total (R\$)
001 - Consumo Residencial	89,36	0,52	0,02	0,00	0,00	46,70
002 - Consumo Comercial	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
003 - Consumo Industrial	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
004 - Consumo Agrícola	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005 - Consumo Pecuária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
006 - Consumo Serviços	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
007 - Consumo Comunicação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
008 - Consumo Iluminação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
009 - Consumo Iluminação Pública	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
010 - Juros de Capital (0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
011 - Multas (0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
012 - Contingência (0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
013 - Impostos (0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
014 - Outros (0,00)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

001 - Consumo Residencial TOTAL 89,36 74 33,10 11,78 2,10 46,70

278 48 74 130 157 158 174 147 170 135 136 135  
Mês Antigo: 130,00 Mês Atual: 157,00 Diferença: 27,00 Data: 06/03/2019 Preço: R\$ 0,52

RESERVADO AO FISCO

8b34.f95d.hecc.39a6.c885.4f26.0858.01er

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Círculo de Energia (78)	19,56	16,53
Consumo de Energia	28,08	23,40
Serviço de Transmissão	2,56	2,18
Outras tarifas	2,62	2,20
Impostos e Contribuições	42,82	37,83
Outros serviços	0,00	0,00
Total	89,36	100,00

Este é o seu extrato de consumo referente ao mês de Março de 2019. O consumo total é de 89,36 kWh. O consumo médio é de 2,78 kWh/dia. O consumo é dividido entre os seguintes tipos de consumo: Residencial (89,36 kWh), Comercial (0,00 kWh), Industrial (0,00 kWh), Agrícola (0,00 kWh), Pecuária (0,00 kWh), Serviços (0,00 kWh), Comunicação (0,00 kWh), Iluminação (0,00 kWh), Iluminação Pública (0,00 kWh), Juros de Capital (0,00 kWh), Multas (0,00 kWh), Contingência (0,00 kWh), Impostos (0,00 kWh) e Outros (0,00 kWh).

Fev/19 67,02

COMPREV  
SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

20 MAIO 2019

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

EDNALVA ALMEIDA DE SOUZA  
RUA DODÓNEIS GOMES DA SILVA, 510 - QD 220 LT 01 - MANDADEIRA  
AÇU - PE - CEP: 58000-014 (11) 5000-1141

UFSCAR MONOFÁSICO  
Churras: 1000W 110V / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Rotativo: 3,5 - 220- 200  
Medidor: 0000091000013  
Referência: Mar-2016  
Emissão: 07/03/2018

**energis**a

ENERGIA PARETÉ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Belo Jardim, Km 25 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.085.183/0001-40 - ICP-SE: 16.016.422-0

Nº de Fisco/ Conta de Energia Eléctrica N.º 021 367 821  
Cód. para DBs. Automáticas: 0000021220001

Mar / 2019 07/03/2013 05/04/2019 580,675 244,87

COMPRAS, SEGUROS E PREVIDÊNCIA SP

FCI Computer Configuration Item TOTAL 88.44 111.74 30.18 111.74 118.44

270 140 121 130 162 154 2 148 147 0 135 128  
Mai 12 Abr 13 Mai 13 Jun 13 Jun 13 Ago 13 Set 13 Out 13 Nov 13 Dez 13 Jun 14  
**RESERVADO AO FISCO**

RESERVADO AO FISCO

8b34.f95d bacc 39a6 0885 4520 0000 -

### Subject Components

VAL	5,07	3,72	NOMINAL	220
ESTR AL	10,35			
	20,30			
	30,23	1,00	COTRATADA	
	5,47		LIVE IN PESSOAS	202
	12,95		LIVE IN PESSOAS	202
	2,98			

Discriminação	Valor (R\$)
serviços de Outros Bens e serviços	15,45
Compras de Energia	23,88
Serviço de Transporte/Aluguel	3,45
Impostos Federais	2,45
Impostos Diretos e Encargos	4,55
Outros Serviços	4,00
<b>Total</b>	<b>59,36</b>
	<b>100,00</b>

4/19 87.00

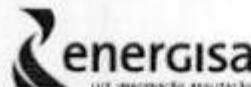
NOTOCOLO  
OÃO PESSOA

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/cotia de energia elétrica. | N° 023.711.731



Luz, Informação, Realização  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 00.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

18/04/2019

CONSUMO

208

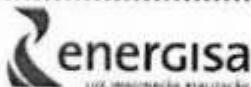
VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

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



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

83690000001-6 82900149000-4 16983582019-5 04700005019-6



VENCIMENTO

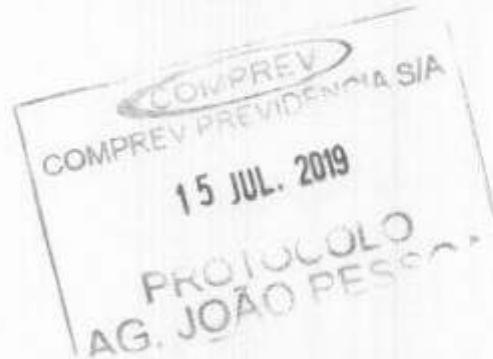
TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

26/04/2019

R\$ 182,90

1698358-2019-04-7



JEAN KLEBER 65 Avenue Franklin D. Roosevelt  
75008 Paris, France. Tel. 43.40.20.20. Telex 221.545. Maxis. 01.43.40.20.20

Atendimento ao Cliente FNEC/SE 0800 083 0196 | [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2019	21/01/2019	10/02/2019	018.842.234-46

UC (Unidade Consumidora): 51698358-7

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

HISTÓRICO DE CONSULTAS (WWW)

Disinfectant	Yield (%)	%
Glutaraldehyde	95.00	100.00
Chlorine	94.50	95.00
Hydrogen peroxide	94.50	95.00
Chlorine dioxide	94.50	95.00
Chlorine and hydrogen peroxide	94.50	95.00

## ATENÇÃO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)

Capital 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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF.

<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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74, na qualidade da Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Odair do N. Felix inscrito (a) no CPF sob o Nº 032318674-28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Odair do N. Felix

inscrito (a) no CPF sob o Nº 032318674-28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Resida: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:							Tel. (DDD):

Local e Data:

João Pessoa - PB 20/05/19

Assinatura do Declarante

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA  
20 MAIO 2019  
**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/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 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 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, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Idair do N. Felix inscrito (a) no CPF sob o Nº 032318674-28

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Idair do N. Felix

inscrito (a) no CPF sob o Nº 032318674-28, 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 Lider-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.

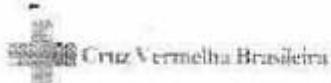
Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Hangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	

Local e Data: João Pessoa - PB 20/05/19

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Declarante





## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

*Nota*

Paciente JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX		BAE 1134988	Data/Hora Entrada 10/01/2019 17:50:01	Data Baixa
Data de nascimento 07/03/1974		Idade 44a 10m 3d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996755688
Mae FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO				Prontuario
Endereço DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO		Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB
Data/Hora Classificação 10/01/2019 18:02:43			Data/Hora Prescrição 10/01/2019 18:12:29	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE BICICLETA, APRESENTANDO ABRASÕES EM HEMIFACE DIREITA E DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO. GCS 15.

COND.: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL;  
A/C DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA.

## CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

## CID10

Código	Descrição
I00.8	Traumatismos superficiais envolvendo outras combinações de regiões do corpo

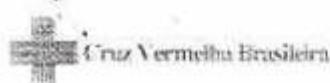
## Conduta

Em observação

Vinicius N. Andrade  
Médico-Cirurgião Geral  
CRM-PB 4661

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

VINICIUS NUNES ANDRADE  
(4661/PB)



## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX		BAE 1134988	Data/Hora Entrada 10/01/2019 17:50:01	Data Baixa
Data de nascimento 07/03/1974	Idade 44a 10m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996755688
Mae: FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO		Profissional JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO	Nº Cons. Regional 7030/PB
Data/Hora Classificação 10/01/2019 18:02:43		Data/Hora Prescrição 10/01/2019 20:34:27		

## Anamnese

NEURO==

ACIDENTE CICLISTICO.  
ECG 15PTS.TCC:  
SEM ALTERAÇÕES NCX.CD:  
ALTA DA ESP.  
ORIENTAÇÕES  
SEGUE PELA ORTOPEDIA.

## Conduta

Em observação

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO  
(CRM: 7030/PB)

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX		Data de Nascimento 07/03/1974	Idade 44a 10m 4d	Sexo MASCULINO	Nº 113
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito			Validade 10/01/2020
Convenio SUS		Matrícula			
		Data da entrada: 10/01/2019 17:50:01			Data da Internação:

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
1 Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML		E.V.	
Diluir em DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
2 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
3 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.	
4 CURATIVO	0,0				

 RAIFF LEITE SOARES  
 CRM: 9350

Reim.

ASS



Atendimento: 201931828014

Data Nasc: 07/03/1974 - 44 anos

Paciente: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

Data Exame: 10/01/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.

Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.

Não há sinais de coleções extra-axiais.

Calota craniana sem alterações.

Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 10/01/2019 19:59.*

  
Dr. Igor Motta de Aquino  
CRM: 6512- PB

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	JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX
DATA DE NASCIMENTO	07/03/74
NOME DA MÃE	FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.134.988
DATA DO ATENDIMENTO	10/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	17:50
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic). (colisão veículo x bicicleta), apresentando abrasões em hemiface direita e dor com deformidade em punho esquerdo. Glasgow 15. Presença de fratura de rádio distal esquerdo, com indicação de transferência para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RX de punho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal esquerdo.

### TRATAMENTO:

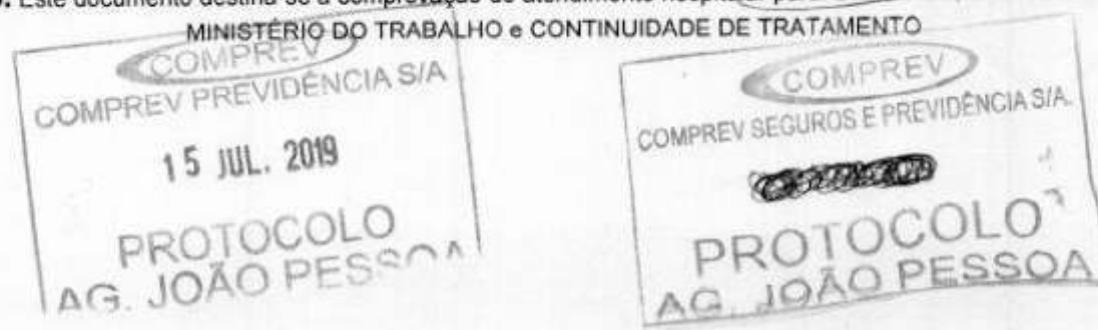
Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

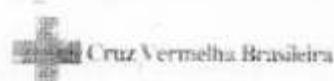
ALTA HOSPITALAR:	10/01/19
DATA DA EMISSÃO:	08/04/19

Dr. Jose de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.

MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

*Nota*

Paciente JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX		BAE 1134988	Data/Hora Entrada 10/01/2019 17:50:01	Data Baixa
Data de nascimento 07/03/1974	Idade 44a 10m 3d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 996755688
Mae FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO		Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB
Data/Hora Classificação 10/01/2019 18:02:43		Data/Hora Prescrição 10/01/2019 18:12:29		

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE BICICLETA, APRESENTANDO ABRASÕES EM HEMIFACE DIREITA E DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO. GCS 15.

COND.: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL;  
A/C DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA.

## CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PARECER DA NEUROCIRURGIA E DA ORTOPEDIA)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA LOCAL)

## CID10

Código	Descrição
T02.8	Traumatismos superficiais envolvendo outras combinações de regiões do corpo

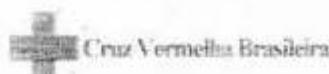
## Conduta

Em observação

Vinícius N. Andrade  
Médico-Cirurgião Geral  
CRM-PB 4661

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

VINICIUS NUNES ANDRADE  
(: 4661/PB)



## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX		BAE 1134988	Data/Hora Entrada 10/01/2019 17:50:01	Data Baixa
Data de nascimento 07/03/1974		Idade 44a 10m 3d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996755688
Mãe FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO				Prontuário
Endereço DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325		Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO		Profissional JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO	Nº Cons. Regional 7030/PB
Data/Hora Classificação 10/01/2019 18:02:43		Data/Hora Prescrição 10/01/2019 20:34:27		

## Anamnese

NEURO==

ACIDENTE CICLÍSTICO.  
ECG 15PTS.TCC:  
SEM ALTERAÇÕES NCX.CD:  
ALTA DA ESP.  
ORIENTAÇÕES  
SEGUE PELA ORTOPEDIA.

## Conduta

Em observação

JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO  
(CRM: 7030/PB)

Dr. Lavoisier  
Neurointervencionista S.A.  
Neurocirurgião CVI-90



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome JOSE EDUARDO NASCIMENTO FELIX	Data de Nascimento 07/03/1974	Idade 44 10m 4d	Sexo MASCULINO	Nº Prentuário 1134988	Data Prescrição 10/01/2019 21:46:46
Motivo do Aendimento Covenção SUS	Enfermaria / Leito				Validada da Prescrição 10/01/2019 21:46:00 - 11/01/2019 21:46:00
	Matrícula	Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apagamento
1 Solucao Fisiologica 0,9%	100	ML		E.V.		AGORA	
Diluir em (AMPOLA 2ML)	2,0	ML					
2 TRAMADOL 50MG ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
3 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		AGORA	
4 CURATIVO	0,0						

Reimpresso por: -  
dia: -

RAIFF LEITE SOARES  
CRM: 9350

**Assinatura e Carimbo do Profissional**

Raiff Leite Soares  
CRM-DF 9350  
Assinatura



Atendimento: 201931828014

Data Nasc: 07/03/1974 - 44 anos

Paciente: JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX

Data Exame: 10/01/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.

Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.

Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.

Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.

Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.

Não há sinais de coleções extra-axiais.

Calota craniana sem alterações.

Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 10/01/2019 19:59.

  
**Dr. Igor Motta de Aquino**  
CRM: 6512- PB

## CERTIDÃO

*6ug8*  
Nº. 0773/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 196721 e prontuário 2019.01.001182 pertencentes ao paciente **JOSÉ ODAIR DO NASCIMENTO FÉLIX** que foi atendido dia 11/01/2019 às 15h04min, vítima de queda de bicicleta, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do punho (radio distal)esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico no dia 23/01/2019 com alta médica no mesmo dia.

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

João Pessoa, 21 de Maio de 2019

  
\_\_\_\_\_  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959

FREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO 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: 196721 Atd: Nao Regula  
Data: 11/01/2019  
Hora: 00:01:40  
Recepctionista: ROSICLE BEZERRA DOS S;  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE OCAIR DO NASCIMENTO FELIX  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1707878 Fone: 987185282  
Natural: SERRINHA/RN Data Nasc.: 07/03/1974 Id: 44 ano(s)

End.: RUA DIOGENES GOMES DA SILVA, 325  
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO Pai: PERO JOSE FELIX

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação:

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOSE OCAIR DO NASCIMENTO FELIX

Te Soc. Responsavel: 987185282 / IDENTIDADE: 1707878

Procedencia: HOSPITAL TREAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

PESO: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemias: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] COMPREV PREVIDENCIA PESO

Causa Principal

[ ] Vomito [ ] Chocada

TRAUMA DE PUNHO ESQ

Observacao

15 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com lesões de queda de bicicleta com fratura em seu punho tra. Pélvica suspeita do fratura em Rô do lado esq. de Ital.

Prescrição

OP: Bm furocet  
Ideobeloxy

Horario da medicacao

Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM/PB 8377

Dr. Faria  
n. m. h. s.

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 11/01/14

Nome: Zézé Odair do N. Felix  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

QPD: Fn + deformidades em peito esq  
HDA: Recurte com história de queda de bicicleta com fraturas em peito esq. Perdeu a dor e deformidade  
\_\_\_\_\_

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Ictericia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

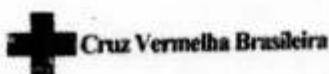
AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

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

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

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

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



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
<b>JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX</b>	1134988	10/01/2019 17:50:01	
Data de nascimento 07/03/1974	Idade 44a 10m 4d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 996755688
Mãe <b>FRANCISCA CASSIANO DO NASCIMENTO</b>			Prontuário
Endereço <b>DIÓGENES GOMES DA SILVA, 325</b>	Bairro <b>MANGABEIRA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X BICICLETA</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>RAIFF LEITE SOARES</b>	Nº Cons. Regional <b>9350/PB</b>
Data/Hora Classificação 10/01/2019 18:02:43		Data/Hora Prescrição 10/01/2019 21:46:46	

## Anamnese

NEURO==

ACIDENTE CICLÍSTICO.  
G 15PTS.TCC:  
SEM ALTERAÇÕES NCX.CD:  
ALTA DA ESP.  
ORIENTAÇÕES  
SEGUE PELA ORTOPEDIA.#ortopedia  
paciente com deformidade em punho esq  
ao rx com fratura de radio distal esq  
cd : tala e encaminho ao ortotrauma mangabeira

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), DILUIR 10,0 ML

AMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA

## CUIDADOS

CURATIVO

## PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

## CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cubito [ulna]

## Conduta

Alta médica

Dr. Raiff Leite Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9350  
Teot: 159/3

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 10/01/2019 17:51:00

Nome: <i>José da Costa Duarte</i> <i>20</i> <i>0</i> <i>2019</i> <i>FOU</i> Idade: <i>35</i> Sexo: <i>M</i> Cor: <i>Clara</i> Clínica: <i>Traumatologia</i> Data: <i>10/05/2019</i> Cirurgião: <i>FLÁVIO LOYOLA</i> 1º Assistente: <i>FELIPE LESSA</i> 2º Assistente: <i>jorge augusto</i> Anestesista: Instrumentador:				Registro:
				EMP: _____ LR: _____
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>
<i>Fratura do Punho (rádio distal)</i>				<i>S52.5</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>				
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal com uso de intensificador de imagem

Conduta:

Realizada manobra de redução do punho

Redução de fragmentos ósseos do rádio

Aposição de 02 fio(s) de kirschner em rádio distal

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

Curativo

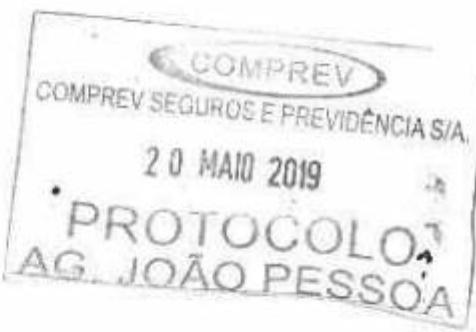
Tala axilopalmar gessada

OBS:

Dr. Flávio Henrique Loyola  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM/PB 10.205

MÉDICO/CRM

Data: 23/01/19





1797-1800 22 12  
Landschaften von Landes  
und Städten. 1800. 1801.  
1802. 1803. 1804. 1805.  
1806. 1807. 1808. 1809.  
1810. 1811. 1812. 1813.  
1814. 1815. 1816. 1817.  
1818. 1819. 1820. 1821.  
1822. 1823. 1824. 1825.  
1826. 1827. 1828. 1829.  
1830. 1831. 1832. 1833.  
1834. 1835. 1836. 1837.  
1838. 1839. 1840. 1841.  
1842. 1843. 1844. 1845.  
1846. 1847. 1848. 1849.  
1850. 1851. 1852. 1853.  
1854. 1855. 1856. 1857.  
1858. 1859. 1860. 1861.  
1862. 1863. 1864. 1865.  
1866. 1867. 1868. 1869.  
1870. 1871. 1872. 1873.  
1874. 1875. 1876. 1877.  
1878. 1879. 1880. 1881.  
1882. 1883. 1884. 1885.  
1886. 1887. 1888. 1889.  
1890. 1891. 1892. 1893.  
1894. 1895. 1896. 1897.  
1898. 1899. 1900. 1901.  
1902. 1903. 1904. 1905.  
1906. 1907. 1908. 1909.  
1910. 1911. 1912. 1913.  
1914. 1915. 1916. 1917.  
1918. 1919. 1920. 1921.  
1922. 1923. 1924. 1925.  
1926. 1927. 1928. 1929.  
1930. 1931. 1932. 1933.  
1934. 1935. 1936. 1937.  
1938. 1939. 1940. 1941.  
1942. 1943. 1944. 1945.  
1946. 1947. 1948. 1949.  
1950. 1951. 1952. 1953.  
1954. 1955. 1956. 1957.  
1958. 1959. 1960. 1961.  
1962. 1963. 1964. 1965.  
1966. 1967. 1968. 1969.  
1970. 1971. 1972. 1973.  
1974. 1975. 1976. 1977.  
1978. 1979. 1980. 1981.  
1982. 1983. 1984. 1985.  
1986. 1987. 1988. 1989.  
1990. 1991. 1992. 1993.  
1994. 1995. 1996. 1997.  
1998. 1999. 2000. 2001.



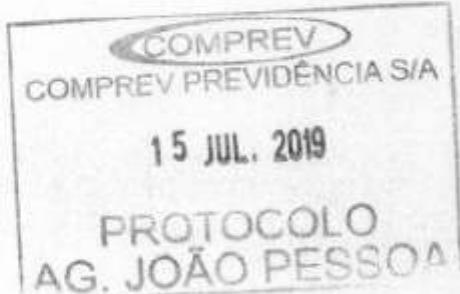
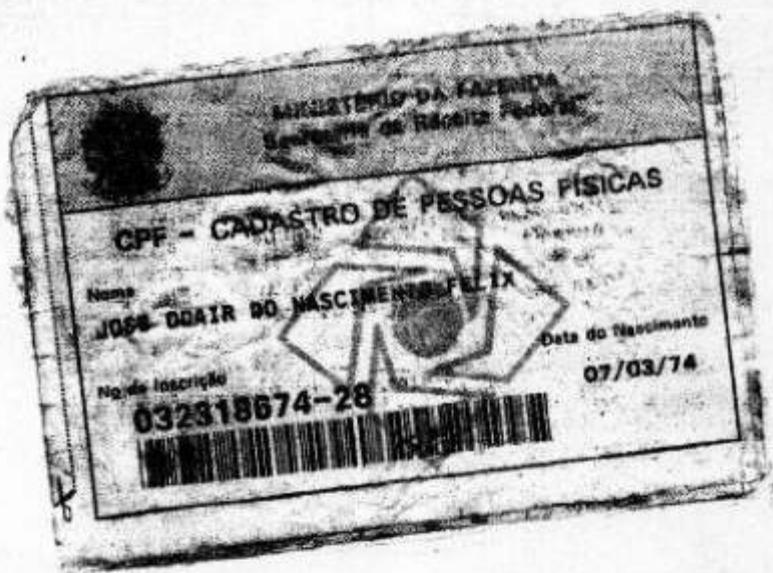
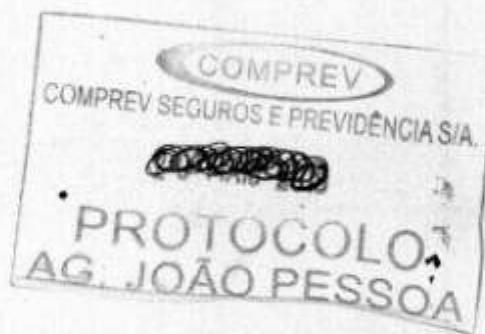
10242 • J. Neurosci., November 18, 2009 • 29(46):10234–10242

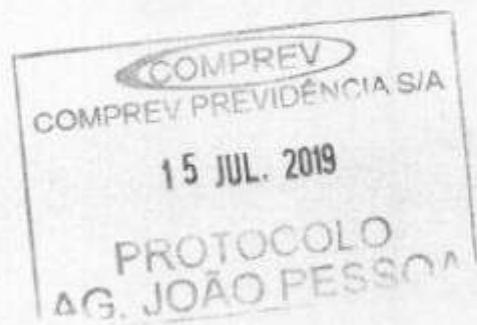
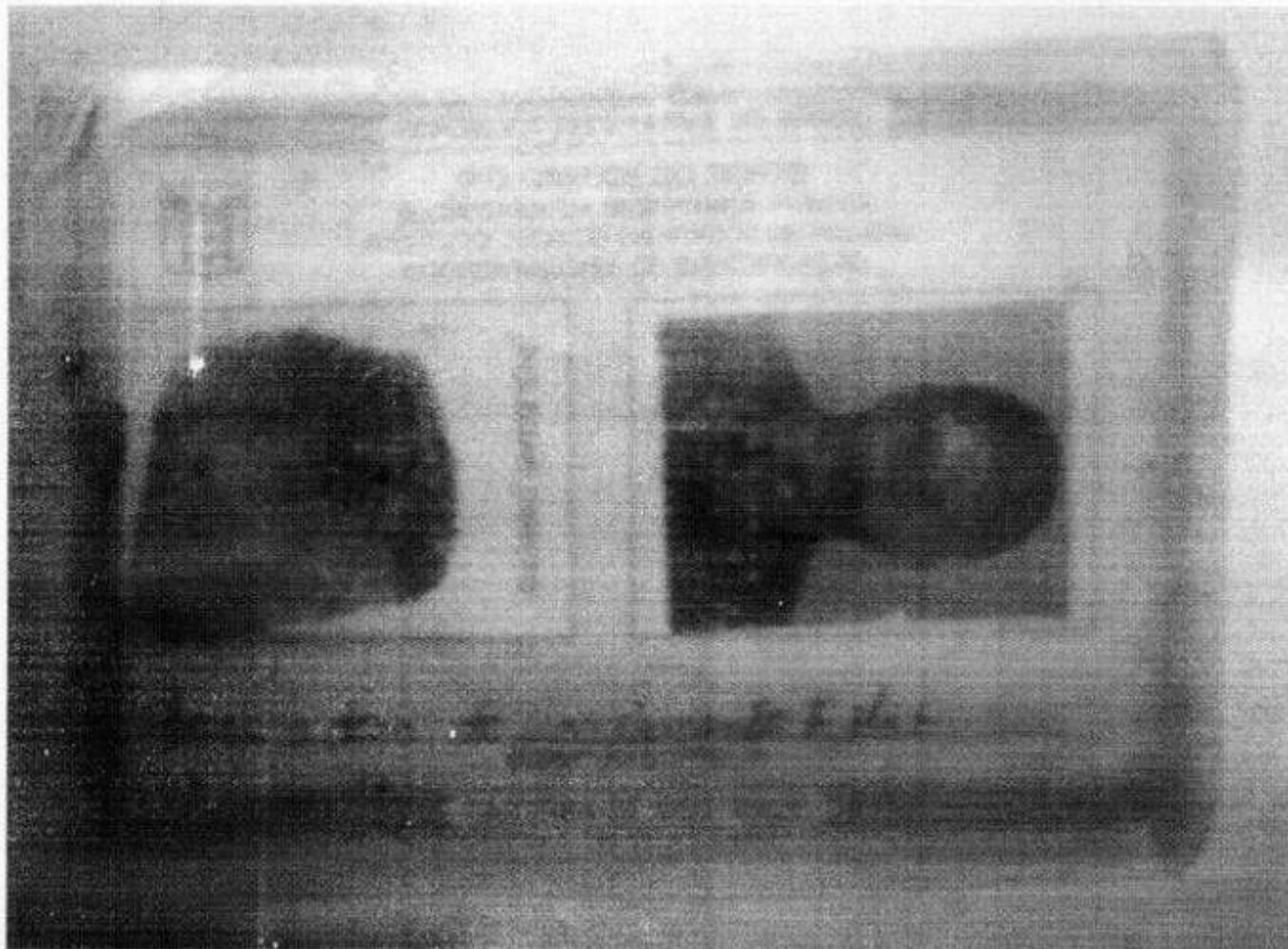
894056231

4241122-4-54-Y6000

94056931

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
20 MAIO 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





1.707.678 24 VI  
MORE Dolor de Muelas  
INTERVENCIONES  
EN LA CLINICA DENTAL  
INTERNA EN  
MEXICO, D.F.



PERMITO MATERNAR

894056231

JOÃO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO: 17/01/2014
<i>Rodrigo Barreto</i>	66586356744 78021819595



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190332546      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM FACE.  
TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190428159      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO.  
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO COM FIO K. P10/11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190428159      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO.  
FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PUNHO COM FIO K. P10/11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190332546      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ODAIR DO NASCIMENTO FELIX      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 22/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM FACE.  
TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
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: JOSE odair do Nascimento Felix, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão Reclumista, residente e domiciliado à Rua Domingos Gomes PAULINO 325, bairro MANGAREIKA, Municipio de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep. 58050-384, portador(a) do Rg nº 1.707.878, SSP/PI 032 CPF nº 032.318.674-28

Outorgado: Aleamaria Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Argente, Fiscal, Corte, Quati 157, bairro Mangareira, Municipio de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep. 58050-384, portador (a) do RG nº 262.77.18, SSP/ PB e CPF nº 016.500.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr. (a) Jose Odair do Nascimento, Felix, ocorrido em 30/01/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 06 de maio de 2019.



X José Odair do Nascimento, Felix  
Outorgante  
CPF Nº 032.318.674-28

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROCURACÃO

Outorgante: José Odair do Nascimento Felix, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua Diogo Gomes Gómez PAES LIMA 325, bairro MANGAREIKA, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep. 53000-000, portador(a) do Rg nº 1.701.878, SSP/ PB, CPF nº 030.318-674-28

Outorgado: Alemanha Cesar Duarte, brasileiro(a),  
estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a), à  
Rua Agente Enc. J. C. P. Duarte, 157, bairro Mangabeira,  
Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 58056-384  
portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PA e CPF nº 016.503.754-44

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) José Odair da Nascimento, Felix ocorrido em 30.1.01.19 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandado.

José Ressoa 06 de maio de 2019



logia da indústria e comércio

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

