

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180277814

Vitima: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 13/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180277814**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12990666



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180277814  
Vitima: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 13/07/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180277814**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180277814  
Vitima: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 13/07/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180277814**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180277814

Vitima: JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 13/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador JOSE ALVES PESSOA

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180277814**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

790.487.224-20

Nome completo da vítima

JOSÉ ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                 |        |                      |           |                |  |
|---------------------------------|--------|----------------------|-----------|----------------|--|
| Nome completo                   |        | CPF titular da conta |           | Profissão      |  |
| JOSÉ ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA |        | 790.487.224-20       |           | AGRICULTOR     |  |
| Endereço                        |        | Número               |           | Complemento    |  |
| RUA JOSÉ HENRIQUE DE MIRANDA    |        | S/N                  |           | CONJUNTO       |  |
| Bairro                          | Cidade | Estado               | CEP       | Telefone (DDD) |  |
| CONJUNTO FREI DAMIÃO            | TACIMA | PB                   | 58240-000 | 83.99847.9100  |  |
| Email                           |        |                      |           |                |  |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                       |  |                                                        |                              |                                                 |     |                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     |                              | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00       |     | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00             |  |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00                                                                                |  | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 |                              | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |     |                                                                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)                         |  |                                                        |                              |                                                 |     |                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (081) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) |  |                                                        |                              |                                                 |     |                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)                                                                                |  |                                                        |                              |                                                 |     |                                                                    |  |
| AGÊNCIA                                                                                                                               |  | D/V                                                    | CONTA                        |                                                 | D/V | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)   |  |
| 9703                                                                                                                                  |  | 0                                                      | 17.515                       |                                                 | 3   | BANCO<br>Nome<br>AGÊNCIA<br>Nome<br><b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b> |  |
| (Informar dígito se existir)                                                                                                          |  |                                                        | (Informar dígito se existir) |                                                 |     | (Informar dígito se existir)                                       |  |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante crédito em minha agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

18 JUN. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

TACIMA - PB, 05 de JUNHO de 2018  
Local e Data

*Jose Eriberto Nogueira da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

17/06/2018 - BANCO DO BRASIL - 22.18.15  
134401344 0006

OUVIDORIA BB 0800 729 5678  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: JOSE ALVES PESSOA

-----  
AGENCIA: 0344-0 CONTRA: 02-788-0 VAR: 02-00  
INFORMACOES DO DEBITO:  
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 00 0,00  
-----

VALOR TOTAL 0,00

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

CLIENTE: JOSE E NOGUEIRA DA SILVA

AGENCIA: 2703-0 CONTA: 17.515-3

VARIACAO DA POUPANCA 51

NR. DOCUMENTO 602.703.510.017.515

-----  
NR. AUTENTICACAO 8.B3D.00E.D1B.52E.7CB

Creditos a partir de 04/05/2012 estao  
disciplinados pela MP. 567/2012.







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Boletim de ocorrência

Livro nº 002/2017

Ocorrência nº. 0339/2017



Aos DEZ dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **LUIZ GONZAGA PEREIRA JUNIOR**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevô(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:42min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**JOSÉ ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA**, conhecido(a) por **ERIBERTO**, Identidade nº 1.262.561-SS/PB, CPF nº 790.487.224-20, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Severino Soares da Silva e Antonia Nogueira da Silva, natural de Bento Fernandes/RN, nascido(a) em 11/07/1973 (44 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Henrique de Miranda - Conjunto Frei Damião, tendo como ponto de referência: CAMPO DE FUTEBOL, na cidade de TACIMA/PB, fone(s) para contato:

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
  - 2) **Data do Fato:** 13 de julho de 2017;
  - 3) **Horário do fato:** 10h:0min;
  - 4) **Local do fato:** trecho entre Araruna e Tacima;
  - 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital Pronto Socorro de Fratura de Guarabira/PB;
  - 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
  - 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** não;
  - 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** não
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MOTOCICLETA - HONDA/CG 125 FAN KS - COR PRETA - PLACA OFD7800/PB - 2010/2012 - CHASSI 9C2JC4110CR309246 LICENCIADA EM NOME DE JOSE EDGELSON DE SOUSA

**7) Testemunha(s) do fato/acidente:**

**JOSÉ DA ROCHA SILVA**, END: Rua José Henrique de Miranda, s/n centro Tacima/PB,  
**FRANCISCO DA ROCHA SILVA** END: Rua Severino Barbosa de Melo - centro Tacima/PB

**8) Breve resumo do fato:**

QUE no dia 13/07/2017 por volta das 10h:00min o noticiante se deslocava da cidade de Araruna com destino a Tacima pilotando a moto supracitada; QUE logo após passar por uma das curvas foi surpreendido com um cavalo na pista; QUE veio a colidir com o cavalo sofrendo uma queda; QUE foi socorrido para Hospital Pronto Socorro de Fratura de Guarabira/PB tendo como diagnóstico Fratura da Tibia direita de acordo com o laudo em anexo.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

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



*José Eriberto Nogueira da Silva*  
JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA  
Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 168.474-4



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA

CPF da Vítima

790.487.224-20

Data do Acidente

13/07/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

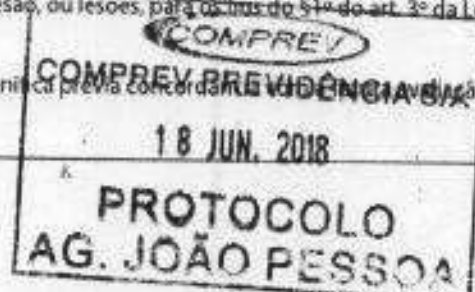
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com o resultado da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



TACIMAPB 05 de JUNHO de 2018

Local e Data

JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: José Eriberto Nogueira  
 Data Nasc.: 4/04/73  
 Sexo: M  
 Est. Civil: S  
 Residência: A do campo SN  
 Matrícula: 335 256  
 Categoria: S  
 Profissão: Agente de  
 Naturalidade: Pernambuco  
 Data: 13/07/17  
 Teli: 33781209  
 H.D.A. 2096679938500031  
 706 30269607 1080

St. Pae e usk (SIC)

Diag. Clínico:

Diag. Radiológico:

Tratamento:

COMPREV  
 COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 18 JUN. 2018  
 PROTOCOLO

R. P. J. L. C.  
 R. P. J. L. C.

SEVERINO SOARES DA SILVA  
RUA JOSÉ HENRIQUE DE MIRANDA, S/N - C/ FRS DAMIAO  
TACUNA/PB CEP: 55140000 (AQ 07)

Envio de 10/05/2018 Referência: Mai/2018  
Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOPHASE 0.9(30) X 0.25 - Cota Redutora João Pessoa/PB - CDP 00071-890  
Roteiro 4 - 51 - 290 - 1440 KP Medidor 0000144792

ENERGISA PARÁIBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.696.140/0001-40 - Ins. Est. 18.016.920-9

Não Pagar Conto de Energia Elétrica Nº 000.204.428  
Cob. pelo Sels. Automático: 00007191488

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| Mai / 2018        | 10/05/2018   | 11/06/2018                       | 42262321434     |

UC (Unidade Consumidora): 5/715748-0

#### Canal de contato

Salve o aplicativo Energisa CN em qualquer smartphone ou tablet.  
Você terá acesso à segunda via do nome, mudança de titularidade,  
informações sobre falta de energia e diversos outros serviços.  
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

| Anterior |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 10/04/18 | 11079   | 10/05/18 | 11635   | 1         | 556     | 30   |

**Demonstrativo**

| CC                     | Descrição                 | Quantidade | Tarifa | Valor Base Calc. | Ala   | Imposto Calc. | Base Calc. | Imposto | Valor Calc. |
|------------------------|---------------------------|------------|--------|------------------|-------|---------------|------------|---------|-------------|
|                        |                           |            |        |                  |       |               |            |         |             |
| 001                    | Consumo em kWh            | 556        |        | 55.04            | 55.04 | 35            | 10.01      | 55.04   | 0.00        |
| 002                    | Ala B. Antena             |            |        | 0.38             | 0.38  | 75            | 0.09       | 0.09    | 0.00        |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                           |            |        |                  |       |               |            |         |             |
| 0007                   | CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA |            |        | 0.18             | 0.00  | 0             | 0.00       | 0.00    | 0.00        |

CC: Código de Classificação de Tarifas TOTAL 01.75 00.00 10.40 55.04 0.00 1.52

Média últimos meses (kWh) 90

**VENCIMENTO** 17/05/2018

**TOTAL A PAGAR** R\$ 61,76

#### Histórico de Consumo (kWh)

115 | 84 | 57 | 62 | 52 | 57 | 64 | 73 | 62 | 115 | 115 | 77

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

RESERVAÇÃO AO FISCO  
ed51.71b3.1810.afd4.2248.932e.f8c2.9332

**Indicadores de Qualidade** 3 de 18 Ativos

|              | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|--------------|------------------|---------|----------------------|
| DC MONOF.    | 6.47             | 0.00    | NORMAL               |
| DC TRIFÁSICA | 12.94            |         |                      |
| DC MONOF.    | 25.88            |         |                      |
| DC MONOF.    | 3.42             | 2.00    | CONTRATADA           |
| DC TRIFÁSICA | 6.86             |         | 200                  |
| DC MONOF.    | 10.20            |         | 220                  |
| DC MONOF.    | 5.80             |         |                      |
| DC MONOF.    | 1.22             |         |                      |

**Comparação de Consumo**

| Discriminação               | Valor | %      |
|-----------------------------|-------|--------|
| Consumo de Energia Elétrica | 14.38 | 23.31  |
| Consumo de Energia Elétrica | 11.71 | 19.27  |
| Consumo de Energia Elétrica | 1.51  | 2.44   |
| Consumo de Energia Elétrica | 3.98  | 6.44   |
| Consumo de Energia Elétrica | 22.41 | 36.30  |
| Consumo de Energia Elétrica | 0.00  | 0.00   |
| Total                       | 61.76 | 100.00 |

**ATENÇÃO**

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Parcelas em atraso



THE REVIEW IS BY

JOSE ALVES PESSOA  
R JOSE FELIPE NERI 50  
1 ANDAR - DO IPES  
58233-000 ARARUNA - PB



3211096390186210000000-96930 ©2015

Data de Exatame: 07/05/2018

Data de Mensuração: 17/05/2018

Data de Exatamento (emissão): 06/06/2018

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 12/06/2018

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**SEVERINO SOARES DA SILVA**  
RUA JOSE HENRIQUE DE MIRANDA, S/N - C/ FRED DAMAO  
TACIMA / PE CEP: 55240000 (AG 52)

Emissão: 10/05/2018 Referência: M012018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br 237 Km 25 - Direto Redutor - João Pessoa / PE - CEP 55071-620

Roteiro: 4 - 52 - 340 - 1443 Nº medidor: 00001144773

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.035.123/0001-40 Insc. Est. 18.915.823-0

Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica: 0035204406

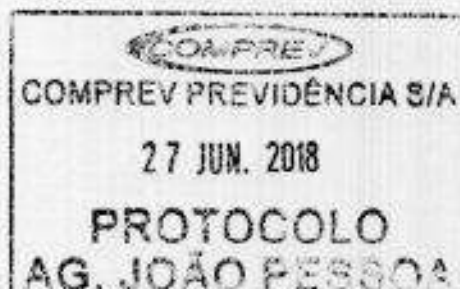
Cód. para Débito Automático: 00007157480

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI                          |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------------------------------|
| Mai / 2018        | 10/05/2018   | 11/06/2018                       | 42262321434<br><small>Insc. Est.</small> |

**UC (Unidade Consumidora):** **5/715748-0**

Canal de contato





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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

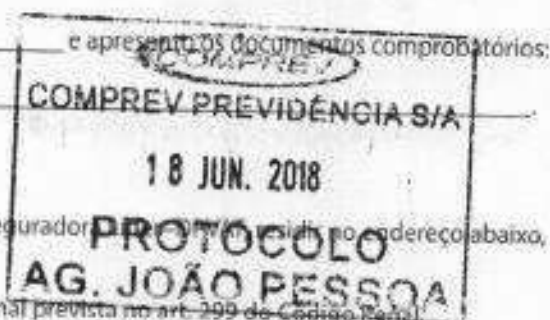
Pelo exposto, eu JOSE ALVES PESSOA inscrito (a) no CPF 037.901.024 / 59 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 790.487.224 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 790.487.224 / 90 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, que o endereço informado, 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<br><u>RUA JOSÉ FELIPE NERY</u> |                          | Número<br><u>50</u>     | Complemento<br><u>1º ANDAR</u>                |
| Bairro<br><u>CENTRO</u>                 | Cidade<br><u>ARARUNA</u> | Estado<br><u>PB</u>     | CEP<br><u>58233-000</u>                       |
| Email<br><u>ZEZINHODPVAT@GMAIL.COM</u>  |                          | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>83.999479100</u> |

ARARUNA-PB 05 de JUNHO de 2018  
Local e Data

JOSE ALVES PESSOA  
Assinatura do Declarante

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE EDGELSON DE SOUSA,  
 RG nº 742.097 - 2ª VIA, data de expedição 12/05/1993,  
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 364.778.264-53,  
 com Domicílio na cidade de \_\_\_\_\_, no Estado  
 de \_\_\_\_\_, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA SEVERINO BARBOSA  
DE MELO nº S/Nº, complemento, CENTRO, declaro, sob as  
 penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
 data do acidente ocorrido com a vítima  
JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA, cujo o condutor  
 era JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA.

Veículo.....: HONDA/CG 125 FAN KS  
 Ano.....: 2011  
 Modelo.....: 2012  
 Placa.....: OED7300/PB  
 Chassi.....: 9C2JC4110CR309246  
 Data do acidente.: 13/07/2017

Local e data: TACIMA-PB 25/07/2017

Amaro Jorge Alexandria  
 Reconheço a verdadeira firma e  
 outras por autenticidade. Amor

Em Test.º Amor da verdade  
 Tacima PB 25 de 07 de 2017

x Jose Edgelson de Sousa  
 Assinatura do Declarante Proprietário  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Serviço Registral e Tabelião de  
 Tacima - PB  
 Amaro Jorge de Alexandria  
 Tabelião  
 Dayse Eliza da Silva Alexandria  
 Substituta  
 Debora da Silva Alexandria Rodriguez  
 2ª Substituta  
 Danielle da Silva Alexandria  
 Escrevente

X \_\_\_\_\_  
 Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 18 JUN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

CARTORIO JORGE ALEXANDRE  
 Selo Digital Nº 12537-3262  
 CONSULTE AUTENTICIDADE EM  
<https://selodigital.tiob.tus.br>

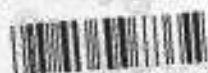
Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.

Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB

Fone: (083) 3271 1156

Fax: (083) 3271 4032

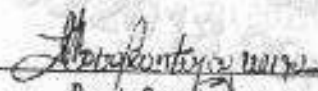
Documentação médica – hc



### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente JOSÉ ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA, brasileiro, agricultor, residente e domiciliado à rua do Campo Nº 50, centro, Tacima-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 13/07/2017, tendo como diagnóstico Fratura da Tibia direita CID 10 S82.2, com quadro clínico exame realizado raios x da perna e imobilização tipo Cruro Podálico, retornou no dia 20/07/2017, para controle radiológico e avaliação médica, conforme consta na ficha ambulatorial Nº 345.216/2017, em nossos arquivos.

Guarabira, 20 de Julho de 2017.

  
Pronto Socorro de Fraturas  
Guarabira - Paraíba





# Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome: José Ezequiel Vaqueiro  
 Data Nasc.: 11/07/73  
 Sexo: M  
 Est. Civil: S  
 Residência: A do Caminho SN  
 Matrícula: 335 216  
 Categoria: SA  
 Profissão: Aquecedor  
 Naturalidade: Blumenau  
 Data: 13/07/17  
 Tel: 33781209  
 H.D.A. 2096679938500031  
 706 30269607 1080  
 RG - 1262561

COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.  
 18 JUN 2018

PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

Fratura do bico (SIC)

Fratura do fêmur

Diag. Clínico:  
 Diag. Radiológico:

Tratamento:

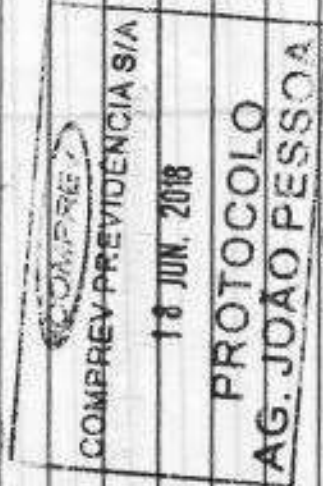
R. fr. fêmur e bico

Dr. João Pessôa  
 CRM 10.150/10

Nome:

DATA:

|          |              |
|----------|--------------|
| 20/07/17 | Rx fornecido |
|          | genera       |
| 22/08/17 | Rx fornecido |
|          | genera       |
| 21/09/17 | Rx fornecido |
|          | genera       |
| 21/10/17 | Rx fornecido |
|          | genera       |
| 03/12/17 | Rx fornecido |
| 06/12/17 | Rx fornecido |
| 13/12/17 | Rx fornecido |
|          | genera       |
| 17/01/18 | Rx fornecido |
|          | genera       |
| 17/02/18 | Rx fornecido |
|          | genera       |





21 10 1984

CONFIDENTIAL  
COMPREHENSIVE  
19 JUL 84  
PROTOCOL  
AG JOAO PESSOA



915345216

COMPTON  
18 MAR 1960  
PROTOCOL D.O.  
AG. MOAC/PEP/80



ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TACIMA  
SECRETARIA DA SAÚDE



RECEITUÁRIO

NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
31/01/2018  
PROTÓCOLO  
AG 1300 PESSOA

+ Declaração +

Declara por o seguinte fato  
que o Sr. José Elisberto Nogueira  
de Silva, 45 anos, teve fratura  
do fêmur no 1º ano  
devido acidente de moto  
inabilitado de exercer suas  
atividades laborais por  
tempo indeterminado

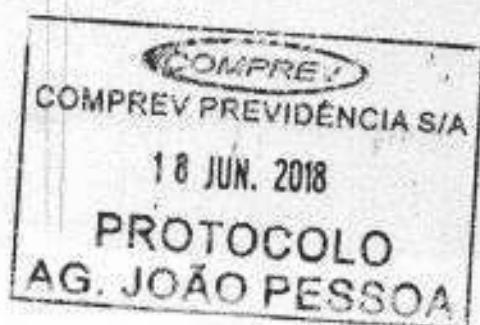
Médico/Cirurgião

Assinatura

CPF: 024.187.012-00  
CNPJ: 08.000.000/0001-00

25/07/18







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

JOSE ALVES PESSOA

2211651 GEP PE

037.201.024-59 08/12/1980

EPAMINONDAS ALVES  
 PESSOA  
 MELKHA BRASILTANO

03762041110 07/10/2020 06/01/2006

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1169823539

COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 18 JUN. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
JOSE ALVES PESSOA



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF  
2511611 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
037.201.024-59 08/12/1980

FILIAÇÃO  
EPAMINONDAS ALVES  
PESSOA  
HELENA BRASILIANO

PERMISSÃO ACC CATHAB  
AB

Nº REGISTRO  
03762841110

VALIDADE  
07/10/2020

1ª HABILITACAO  
06/01/2006

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

COMPREY PREVIDENCIA S/A

27 JUN. 2018

PROTOCOLO

*Jose Alves Pessoa*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO  
09/10/2015

*Aristeu Chaves Sousa*  
Diretor Superintendente - DETRAN/PB

ASSINATURA DO EMISSOR

10661071890  
PB031436390

DETRAN/PB (PARAIBA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1169623539

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1169623539



07

COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A  
 13/03/2017 09:43:50  
 PROTOCOLO  
 10 OUT 2017

**PB Nº 013136546430 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
 BAC DPVAT 0806 022 1204

|         |                   |                |                       |            |
|---------|-------------------|----------------|-----------------------|------------|
| VEICULO | 36477826453       | DATA EMISSÃO   | 2017                  | 31/03/2017 |
| PLACA   | ORF7800/PB        |                |                       |            |
| RENAVAM | 00394324048       | MARCA / MODELO | HONDA / CG 125 FAN XS |            |
| ANO FAB | 2011              | UF             | 9                     |            |
| CPF     | 902304110CR309246 |                |                       |            |

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

|                        |       |                 |       |                        |            |
|------------------------|-------|-----------------|-------|------------------------|------------|
| FMS (R\$)              | ***** | DESV/TRAN (R\$) | ***** | CUSTO DO SEGURO (R\$)  | *****      |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | ***** | IOF (R\$)       | ***** | TOTAL A SER PAGO (R\$) | *****      |
| DATA ÚNICA             | ***** | INICIAL         | ***** | DATA DE EXPIRAÇÃO      | 23/03/2017 |

**SEGURO**

**SEGURO LÍDER - DPVAT**

CNPJ Nº 34.505.0001-04

30568-1436111-20170301

**DETRAN - PB Nº 013136546430**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO**

1. 00394324048-8 2. 000000000 2017

**JOSE EDGEMSON DE SOUSA**

**36477826453**

**ORF7800/PB**

**NOVO**

**902304110CR309246**

**PAS/MOTOCICLE/NOVO APIC**

**GASOLINA**

**HONDA / CG 125 FAN XS**

**2011**

**2012**

**PRETA**

**IPVA PAGO EM 00/00/0000**

**00/00/0000**

**23/03/2017**

**SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

**TACINA - PB 39608**

**31/03/2017**

**40568**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 18 JUN, 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180277814 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 13/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 07/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## 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              |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONÇA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170552906**  
Vítima: **JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA**  
Data do Acidente: **13/07/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE ALVES PESSOA**

Assunto: **NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3170552906**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Carta nº 12676371

20/05/17

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180277814 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 13/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 07/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

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

## 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



**PROCURAÇÃO**

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 OUT. 2017

OUTORGANTE: JOSÉ ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AGRICULTOR Nº DO RG: 1.262.561  
ORGÃO EMISSOR: SSP/RN DATA DE EMISSÃO: 20/11/1989  
Nº CPF: 790.487.824-20 ENDEREÇO: RUA JOSÉ HENRIQUE DE MIRANDA, CONJUNTO EREI DAMIÃO, TACIMA - PB

OUTORGADO: JOSÉ ALVES PESSOA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO  
PROFISSÃO: COMERCIANTE Nº DO RG: 037628411110  
ORGÃO EMISSOR: DETRAN/PB DATA DE EMISSÃO: 09/10/2015  
Nº CPF: 037.201.024-59 ENDEREÇO: RUA JOSÉ FELIPE VIEIRA, CENTRO ARAUNA - PB

**PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JOSÉ ERIBERTO NOGUEIRA DA SILVA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

TACIMA - PB 25 de AGOSTO de 2017

José Eriberto Nogueira da Silva  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Cartório Jorge Alexandre  
reconheço a verdadeira firma e  
outros por autenticidade José Eriberto Nogueira da Silva

Em Teste \* 25/08 da verdade

Tacima PB 25 de 08 de 2017

Dayse Ellen da S. Alexandria  
Tabelião

Serviço Registral e Notarial

Tacima - PB

Amaro Jorge de Alexandria  
Tabelião

Dayse Ellen da Silva Alexandria  
Substituta

Debora da Silva Alexandria Rodriguez  
2ª Substituta

Thaliele da Silva Alexandria  
Escriturante

CARTÓRIO JORGE ALEXANDRE  
Selo Digital AEL 12538-2PB4  
CONSULTE AUTENTICIDADE EM  
<https://selodigital.tpb.pb.gov.br>

12