

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190334231

Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

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.**

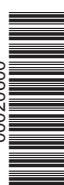
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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. 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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190334231

Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

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

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

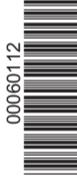
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190334231

Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 08/03/2019, emitida pelo Dr. ROSANGELA M ESCOREL ALMEIDA, CRM nº 3883 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: 358.116.808-13 José Antônio Alves da Mota		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (Renda/Benefício/IRPF) - CIRCULAR SUSEP MP 445/2012				
Nome completo: José Antônio Alves da Mota		CPF: 358.116-808-13		
Profissão: Recreio	Endereço: Elias Pereira de Araújo	Número: 626	Complemento: Casa	
Belém: mangabeira	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58058010	Tel.(DDD): 83-99921-9283
E-mail:				

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\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Anexar uma opção)
 Bradesco (257) Itaú (412)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (109)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 20831
 (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

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 ABSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESCRIMINATO SOMERTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob os pares do lai, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (anexar uma das opções):

- Não há IML que atenda a regiao do acidente ou da minha residencia; ou
 O IML que atenda a regiao do acidente ou da minha residencia não realiza pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a regiao do acidente ou da minha residencia realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, 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, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÓRGÃOS BENEFICIÁRIOS - PRESCRIMINATO SOMERTE 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

Este cláusula de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omisso 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, 21/05/2019
 Nome: José Antônio Alves da Mota
 CPF: 358.116.808-13

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 Assinatura

21 MAIO 2019

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher o presente formulário. A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do íntero teor do conteúdo, anexar e comprovar a legibilidade da assinatura.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01691.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01691.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 14:35 horas do dia 11 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu José Antônio Alves da Nóbrega, CPF nº 358.116.808-13, nacionalidade brasileira, filho(a) de Marluce Alves da Nóbrega, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/12/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elias Pereira de Araújo, Nº 625, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo a Fm Motos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98694-9598.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua José Marcone Ramos da Silva, Próximo Ao Mercado Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/12/18 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE TRANSITAVA COM SUA MOTOCICLETA, UMA HONDA/XRE300, DE PLACA KOX-4636/PB, QUANDO SOFREU UMA COLISÃO PROVENIENTE DE UM ÔNIBUS DA EMPRESA TRANSNACIONAL, DE PLACA NQG-7653, CONDUZIDO PELO SENHOR DANIEL ARAÚJO VANDERLEI; QUE SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE MANGABEIRA; QUE ENCONTRA-SE AFASTADO PELO INSS PARA TRATAMENTO MÉDICO.

ADENDO(S):

Que na data 11/04/2019, à(s) 15:05 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: VEIO RETIFICAR A PRESENTE CERTIDÃO, ACRESCENTANDO O CHASSI:9C2ND0910CR018385 e nome do proprietário da referida moto, o qual é denominado JOSÉ ANTÔNIO ALVES DA NÓBREGA. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



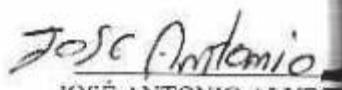
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Segu...

João Pessoa/PB


NETTA MORAES DA SILVA
Escrivão de Polícia Civil


JOSE ANTONIO ALVES
Notician...



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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: 358.116.808-13 José Antônio Alves da Mota		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (Renda/Benefício/IRPF) - CIRCULAR SUSEP MP 445/2012				
Nome completo: José Antônio Alves da Mota		CPF: 358.116-808-13		
Profissão: Recreio	Endereço: Elias Pereira de Araújo	Número: 626	Complemento: Casa	
Belém: mangabeira	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58058010	Tel.(DDD): 83-99921-9283
E-mail:				

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\$1.001,00 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 citados. Anexar uma opção)
 Bradesco (257) Itaú (412)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (109)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 20831
 (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

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 ABSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESCRIMINATO SOMERTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob os pares do lai, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (anexar uma das opções):

- Não há IML que atenda a regiao do acidente ou da minha residencia; ou
 O IML que atenda a regiao do acidente ou da minha residencia não realiza pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a regiao do acidente ou da minha residencia realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima mencionado, 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, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÓRGÃOS BENEFICIÁRIOS - PRESCRIMINATO SOMERTE 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

Este cláusula de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omisso 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, 21/05/2019
 Nome: José Antônio Alves da Mota
 CPF: 358.116.808-13

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

21 MAIO 2019

AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher o presente formulário. A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do íntero teor do conteúdo, anexar e comprovar legibilidade.

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

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

Ficha Nr: 190330 Ata: Nr. Regulad
Data: 15/12/2018
Hora: 00:26:47
Recepçionista: GABRIELA DA COSTA SERR
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 394280969 Fone: 987526345
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/12/1985 Id: 33 ano(s)

End.: AVENIDA DA PALESTIA, 265

Bairro: PONTA DO SEIXAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARLUCE ALVES DA NOBREGA

Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COMERCIANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Tel/Doc. Responsavel: 987526345 / IDENTIDADE: 394280969

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTONIBUS AS 23:50/CIDADE VERDE

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- [] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarréia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito [] COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS SA
Observacao 21 MAIO 2019

FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemias: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLIZAO ONIBUS E MOTO

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) *Quando se note la*
exames, na hora que o paciente vai a a obs (E), pulmão (D) e
abd (D) se verem bons no seu trabalho
as mvs, dm, exames e nos (E), p/ (D) e
do abd.
Diagnóstico *Tranq e ento (E),* Conduta *Re a obs (E) e tamate (E)*
traga (E) e favela (D). *Re a favela (D).*
Prescrição *Ata as univas sem* Horário da Medicacão *onto pano*

X

Dr. Tercilio Gondim
Médico Cirurgião
CRM/PB

15
52
13

onto pedis

Première visite de ma
de ma femme au mois de
mai avec mon mari, je
TN 2 (E)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

raise $x \rightarrow \text{sum}$

de for

INTRO

HD: confusion
jell

col. - L imp.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

IberaCho

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do

03010-

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.

Documento não é segundário de conta.

Relatório para efetuar pagamento da fatura finalizada da energia elétrica - Nº 022-858.878



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 03.885.163 / 0001-40 - Insc. Est. 05.015.822-8

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS
PC VENANCIOS NEVA 21
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/46622-7

REFERÊNCIA
ABR/2019

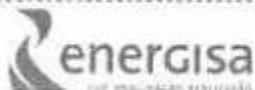
APRESENTAÇÃO
05/04/2019

CONSUMO
211

VENCIMENTO
12/04/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 192,31

Acesse: www.energisa.com.br



ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS
Rotelro: 03-009-020-8880
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
12/04/2019	R\$ 192,31	46622-2019-047



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávia de A. Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.397.984-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Antônio Ribeiro da Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 358.116.808-13, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José Antônio Ribeiro da Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 358.116.808-13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:



Recurso 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	Praca Venâncio Neiva	Número	21	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Santa Rita	Estado PB
Email		Telefone comercial(DDD)	53300-800	Telefone celular (DDD) (83) 99921-9283

João Pessoa 20 de Mais de 2019
Local e Data

Guilherme Flávia de Amorim Nóbrega
Assinatura do Declarante

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



CERTIDÃO

Nº. 0273/2019

Atendendo solicitação de JOSE ANTONIO ALVES NOBREGA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº190330 pertencente ao requerente que foi atendido dia 15/12/2018 às 00H26min, vítima de acidente de moto x ônibus.

Submetido à avaliação médica, apresentando trauma em ombro esquerdo, tornozelo esquerdo e joelho direito e exame de imagem, que não evidenciou fraturas, medicação e liberado.

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

João Pessoa, 08 de março de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS SANTA RITA LTDA.

Av. Flávio Ribeiro Coutinho, 350 - FONE: (83) 3229.1098 - Santa Rita - PB

CNPJ 09.168.766/0001-54

FRATURAS E DOENÇAS ÓSSEAS - RAIO X

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Alvino Le Nobre José Antônio
portador do RG 39428091958, foi submetido à consulta médica nesta data, no
horário das 10:00 horas, sendo portador da afecção CID - 10 S468 + S40.0
+ S83.7.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 60
(sessenta) dias, a partir desta data.

Santa Rita, 29/12/2018

Dr. Manoel Angulo Filho
Assinatura e Carimbo do Médico
CRM 2071 - CREF 1703
CNS - 170314-40-0001-0

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo.

Dr. Manoel Angulo Filho, a registrar o diagnóstico codificado.
CID ou por extenso neste atestado-médico.

José Antônio Alves de Souza
Assinatura do Paciente ou Responsável



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS SANTA RITA LTDA,
Av. Flávio Ribeiro Coutinho, 350 - FONE: (83) 3229.1098 - Santa Rita - PB
CNPJ 09.168.766/0001-54
FRATURAS E DOENÇAS ÓSSEAS - RAIO X



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Olho à Negra

portador do RG 324.280.969-15, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas, sendo portador da afecção CID - 105468+540.0+

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 60

(sexta feira)

dias, a partir desta data.

Santa Rita,

13.02.2019

José Antônio Ribeiro Braga
71 anos, sexo
Pronfoco. Apurim
do dor.

Manoel Angelo Filho
Assinatura e Carteira Médico
CRM 2671 - CRM 132.196-72
CRN 2071 - CRF 134-TI0.371-72
CNS - 170014640000018

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o

Dr. Dr. Manoel Angelo Filho
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 2671 - CRM 132.196-72
CRN 2071 - CRF 134-TI0.371-72
CNS - 170014640000018

Assina

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

Dr.(*) _____

codificado CID-10 ou por e

Assinatura

** VIA-PACIENTE

Rua Ag. Fiscal José

José Antônio Ribeiro Braga
Assinatura do Paciente ou Responsável

QUALIFICAÇÃO CIVIL - REGISTRO

ALTAÇÃO DE IDENTIDADE



JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

FILIAÇÃO

MARLUCE ALVES DA NOBREGA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 19/12/1985

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO: C. I. 394282959 18/04/2005 SSP PB

LEI N° 8.049, DE 19 DE MAIO DE 1990

CPF: 358 118.808-13 CNH:

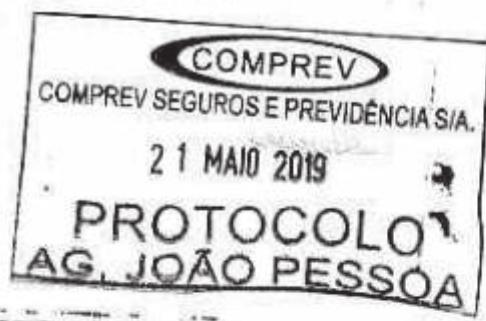
TIT. ELEITOR: SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 01/10/2013

Ministério da Justiça e Segurança Pública
Superintendência Federal de Justica e Fronteira - SJF





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 15/02/2011
NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM
MARIA DE FÁTIMA PINTO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 07/02/1985
DOC. ORIGEM CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB
011.197.984-69

Assinatura: [Signature]

LEI N°7.115 DE 29/06/93

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

201.46810.92-3

5231839

0040

PB



JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

FILIAÇÃO..... MARLIICE ALVES DA NOBREGA SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO... 19/12/1965 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO... C. I. 354260969 15/04/2005 SSP PB

LEI N° 8.949, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 358.116.800-13 CNH.....

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRT/EPB - 01/10/2013

Ministério do Trabalho e
Emprego - Superintendência Regional de Trabalho e Emprego da Paraíba

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

23 AGO. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
OMTREV-PREVIDÊNCIA S/A



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 014663895445
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRM 20190000000000000000-8
VIA COD. REGISTRA M ANIN EXERCÍCIO:
1 0048168324-0 00/00000000 2019

JOSE ANTONIO ALVES DA NORTEGA

359116303812		KOM4636, PB	
PLACA ANTO	KOM4636 RJ	CHASSI	
	PC2HD0910CR018325		
PÁS / MOTOCICLETAS NÃO APLIC		COMBUSTÍVEL	
		Gasolina	
HONDA / XRE 300		ANO	
		2012	
2º CAD. PONTUAL		CATEGORIA	
P/2917CI		PARTIC	
IPVA PAGO EM 007/000000		CORTE PINTURA/VERDE	
I	VALOR DO IPVA	VEÍCULOS	
P	IPVA PAGO	1º	
V	PARCELAMENTO/COTAS	2º	
A	0	3º	
PRÉMIO TARIIFARIO (R\$) - IOF (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO		P A G C	06/03/2016
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
JOÃO-PESSOA - PB		DATA	
08/04/2012		2000	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APENAS NO TRANSPORTE DAS QUADAS - SEGURO OBRIGATÓRIO

PB Nº 014665895415 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800-922-1204

		REFÉRIO	DATA EMISSÃO	
		2016	(08/04/2019)	
1A	25811699913	CNPJ	PLACA	
			KON1626/PE	
00481583240		TITULAR	MOTOR/MODELO	
ANDRÉS				
2012		DATA	Nº CHASSIS	
			PC2MD0910CK019395	
PRÊMIO TARIFÁRIO				
FBS 385		BENEFÍCIOS (BS)	USUÁRIOS SENSIBILIZADOS	
*****		*****	*****	
CUSTO DE MANUTENÇÃO (BS)		REF ID:	USUÁRIOS NÃO SENSIBILIZADOS	
*****		SEGURU	E A G O	
PRÓXIMO PAGO		05-03-2018		
<input type="checkbox"/>	LOTA UNICA	PROXIMA PAGO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
16331-1527256-20130405

691

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAIO 2019

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190334231 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA **Data do acidente:** 15/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO, TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, ALTA MEDICA. PG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PG 1

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: 3190334231 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA **Data do acidente:** 15/12/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO, TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, ALTA MEDICA. PG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PG 1

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: José Antônio Alves da Melo
brasileiro(a), estado
civil Solteiro, profissão....., residente e domiciliado à Rua
Elias Pereira de Araújo, nº 626, bairro Mangabeira,
Município de João Pessoa, Estado de(o) P. B. Cep: 59050-100
portador(a) do Rg nº 3942.80969, SSP/PB e CPF nº 358.116.808-13.

OUTORGADOS: Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13829, portadora do CPF/nº 011197984/59 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 06631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

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) José Antônio Alves da Melo, ocorrido em ...15.1.12...1.2018..., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza Involido.

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, 09, de Abril de 2019.

X José Antônio Alves da Melo
Outorgante
CPF Nº 358.116.808-13

X José Antônio Alves da Melo

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Edmundo Vieira Batista - Típico / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Av. São Pedro, 60 - Recreio dos Bandeirantes - 58030-001 - João Pessoa - PB - Fone/Fax: (83) 3224-8888

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
JOSE ANTONIO ALVES DA MELO

Em test. da verdade - João Pessoa-PB 09/04/2019 15:36:41
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA

[2019-016522]END:R\$ 49,91 FARFEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AJI80771-1940

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.mg.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169432/19

Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

CPF: 358.116.808-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA : 358.116.808-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/05/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Data do cadastramento: 21/05/2019

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169432/19

Número do Sinistro: 3190334231

Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

CPF: 358.116.808-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

RENATO LUNA DIAS