

---

**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

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

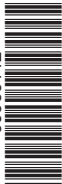
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

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



**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:

☐ DANO (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

358.116.808-13

Jose Antonio Alves da Mota

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

Nome completo:

Jose Antonio Alves da Mota

CPF:

358.116.808-13

Profissão:

Recusa

Endereço:

Av. Elias Pereira de Araujo

Número:

626

Complemento:

Casa

Bairro:

Mangoleira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58058010

E-mail:

Tel.(DDD):

83.99321.9283

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 POUANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (241)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (109)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3487

CORR:

20831

AGÊNCIA:

CORR:

(Informar o dígito ao lado)

(Informar o dígito ao lado)

(Informar o dígito ao lado)

(Informar o dígito ao lado)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nasceu (ou nasceu)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Esta declaração de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e prometerem 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, 21/05/2019

Nome:

Jose Antonio Alves Mota

CPF:

358.116.808-13

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

21 MAIO 2019

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do inteiro teor do conteúdo, sob pena de anulação e cassação.

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





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª 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 íntegra: 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 Antonio 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 SENNIOR 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 fê.



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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



SegL

João Pessoa/PB

  
HELIA MORAIS DA SILVA  
Escrivão de Polícia Civil

  
JOSÉ ANTONIO ALVES  
Noticiante





Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DANO (DESPEZAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

358.116.808-13

Jose Antonio Alves da Mota

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012

Nome completo:

Jose Antonio Alves da Mota

CPF:

358.116.808-13

Profissão:

Recusa

Endereço:

R. Elias Pereira de Araujo

Número:

626

Complemento:

Casa

Bairro:

Mangoeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58058010

E-mail:

Tel.(DDD):

83.99321.9283

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 POUANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (241)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (109)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3487

CORR:

20831

AGÊNCIA:

CORR:

(informar o dígito ao lado)

(informar o dígito ao lado)

(informar o dígito ao lado)

(informar o dígito ao lado)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nasceu (ou nasceu)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Esta é a única de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proarem 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, 21/05/2019

Nome:

Jose Antonio Alves Mota

CPF:

358.116.808-13

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

21 MAIO 2019

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, e a não interferir no seu conteúdo.

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



PREFEITURA 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: 190330 Atc: Nr: Regulad  
Data: 15/12/2018  
Hora: 00:26:47  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA  
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 FALESTIA, 265

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

Mae: MARLUCE ALVES DA NOBREGA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COMERCIANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Tel/Doc. Responsavel: 987526345 / IDENTIDADE: 394280969

Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.001702

Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLIZAO ONIBUS E MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

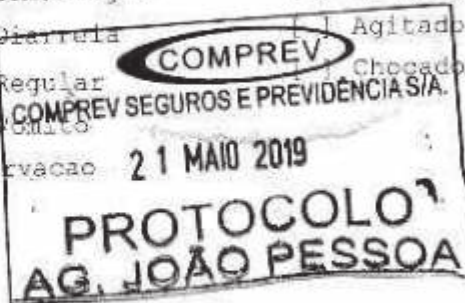
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Quem se trata de um paciente com trauma de colisão com onibus e moto. Apresenta queixa de dor no abdome e membros inferiores. Exame físico: PA 120/80, FC 90, TP 18, Peso 70kg, Altura 1,70m, IMC 24,2, Glicemia 100mg/dL, IMC 24,2, Circ. Abd 85cm. Queixa principal: dor no abdome e membros inferiores.

Diagnostico Trauma e dor no abdome e membros inferiores.

Prescrição

Conduta Rx de dor no abdome e membros inferiores.

Horario da medicação

2

Dr. Alexandre Costa  
Médico Cirurgião  
CRM/PB 14.141



15  
12  
18

O nro. pedido.

Pericula vítima de acidente  
de moto apresentando  
lesões em mãos, joelhos

TN 2 (E)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Raio x do  
de braço  
luxa

HD: Contusão  
joelho

col: Limpo

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Dr. Evandro Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 2016  
CREMER 20251  
TEOT 1996

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residência [ ] Transferido [ ] Desistência [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do

030/0

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é substitutivo de conta

Rotulo para simplificar pagamento da taxa fidelidade da energia elétrica Nº 022.858.878



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Rr 238, Km 25 - Cidade Residencial - João Pessoa / PB - CEP 58011-000  
CNPJ 05.385.183 / 0001-42 Insu-Ex, 15.015.823-9

## DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS  
Rr VENANCIO 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

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



DESTROQUE AQUI

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS

Rotelro: 03-009-020-8880

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/04/2019

## VENCIMENTO

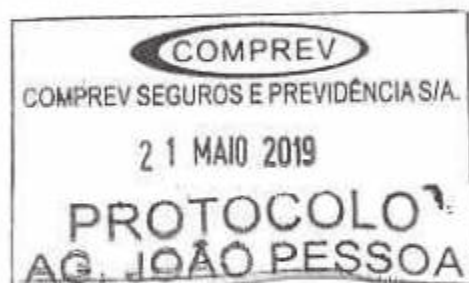
12/04/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 192,31

## MATRÍCULA

46622-2019-04-7





**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/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávio de A. Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.597.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Antônio Alves da Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 358.116.808 / 13 do sinistro de DPVAT cobertura invalidar da vítima José Antônio Alves 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:

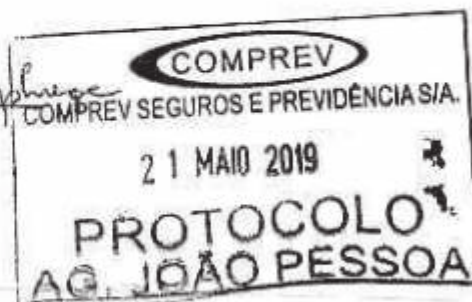
☒ Recuso informar

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

Endereço <u>Praca Venâncio Maia</u>		Número <u>21</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Santa Rita</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58300-800</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)99921-9283</u>

João Pessoa 20 de Maio de 2019  
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Nóbrega  
Assinatura do Declarante



## 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 Tarcísio 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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) 5229.1098 - Santa Rita - PB

CNPJ 09.168.766/0001-54

**FRATURAS E DOENÇAS ÓSSEAS - RAIOS X**

**ATESTADO MÉDICO**

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

Alvaro da Nobrega

portador do RG 394280919 SP foi submetido à consulta médica nesta data, no

horário das 10:03 horas, sendo portador da afecção CID - 10 S46.8 + S40.0

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

semana dias, a partir desta data.

Santa Rita, 29.12.2018

Dr. Manoel Angelo Filho

Assinatura e Carimbo do Médico

CRM 2071 - 15.01.13-12  
CNS - 170014640902018

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo

Dr. Dr. Manoel Angelo Filho, a registrar o diagnóstico codificado.

CID ou por extenso neste atestado médico.

Jose Antonio Alcantara Nobrega

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 - RAIOS X

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que Alves da Nobrega  
portador do RG 394280969 RB, foi submetido à consulta médica nesta data, no  
horário das \_\_\_\_\_ horas, sendo portador da afecção CID - 5468+540.0 +

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 60  
dias dias, a partir desta data.

Santa Rita, 13/02/2019

Assinatura e Carimbo Médico  
Dr. Manoel Angelo Filho  
CRM 2671 - CFP 132.190.374-72  
CNS - 1700146-40000018

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o

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

Jose Antonio da Silva Verde Nobrega  
Assinatura do Paciente ou Responsável



Atesto p  
Sr.(a) Jose Antonio  
identidade RG \_\_\_\_\_  
foi atendido(a) por mim  
patologia CID-10 \_\_\_\_\_  
de suas atividades la  
cinco

Assinatura

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_  
Dr.(a) \_\_\_\_\_  
codificado CID-10 ou por extenso

Assinatura

1ª VIA-PACIENTE

Rua Ag. Fiscal José





**JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA**

FILIAÇÃO..... MARLUCE ALVES DA NOBREGA  
NASCIMENTO..... 19/12/1995 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO  
NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB  
DOCUMENTO..... C. I. 394280969 16/04/2005 SSP PB  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996  
CPF..... 358 118.808-13 CNH.....  
TÍT. ELEITOR..... SEÇÃO: ZONA:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 01/10/2013

Superintendência Regional de Registro e Identificação do Rio Grande do Norte

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ATUALIZAÇÃO DE IDENTIDADE

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAIO 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
 INSTITUICAO POLICIA CIENTIFICA P-236  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

*Giullyana Plávia de Amorim Nóbrega*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 15/02/2011  
 NOME GIULLYANA PLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA  
 FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM  
 MARIA DE PÁTIMA PINTO  
 NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985  
 CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063  
 CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB  
 011.197.984-69  
 ASSINATURA DO TITULAR  
 LET N° 7 115 DE 20/08/83



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

201.46810.92-3

5231839

0040

PB



JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

FILIAÇÃO: MARLUCE ALVES DA NOBREGA  
NASCIMENTO: 19/12/1965 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB  
DOCUMENTO: C. I. 394280908 15/04/2005 SSP PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996  
CPF: 358 118 808-13 CNH: ZONA:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 01/10/2013

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

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

PROTÓCOLO  
Nº. JOÃO PESSOA

23 ABO. 2019

COMPREV  
COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014665895445

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - DATA - EXERCÍCIO

1 0048168324-0 00/00000000 2019

NOME JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

35911683913 K0X4636/PB

K0X4636 RJ 9C2MD0910CR018385

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/RRR 300 2012 2012

2 P/231/CI PARTIC VERDE

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1ª

FAIXA IPVA 0 PARCELAMENTO/COIAS 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 06/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB 06/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU/SEGURO DPVAT

PB Nº 014665895445 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  
SAC DPVAT 0800 922 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 06/04/2019

35911689913 K0X4636/PB

00481683240 HONDA/RRR 300

2012 9C2MD0910CR018385

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊZ (R\$) - BENEFÍCIO (R\$) - QUANTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TUA ATRIBUIÇÃO (R\$)

\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

LOTARIA - PAGAMENTO - PARCELAMENTO 06/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04  
16331-1527258-20190403

FEV-2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014665895445

0048168324-0

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - DATA - EXERCÍCIO

1 0048168324-0 00/00000000

JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

R. ELIAS P. ARAUJO 625 CASA MANG

TRANSALBERTA

98056010 JOAO PESSOA-PB

35911689913 K0X4636/PB

CARLOS MAGNO ALVES DA SILVA

K0X4636 RJ 9C2MD0910CR018385

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/RRR 300 2012 2012

2 P/231/CI PARTIC VERDE

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N Motor - N09081001299

JOAO PESSOA - PB 06/04/2019

0048168324-0

0048168324-0

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAIO 2019

PROTOCOLO  
AQ. 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 Mota brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua Elis Pereira de Sousa, nº 626, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58058-10, portador(a) do Rg nº 394280969, SSP/PB e CPF nº 358.116.808-13.

OUTORGADOS: Gluylana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, 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 06631028406, com endereço profissional na Praça Venâncio Nelva, 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 Mota, ocorrido em 15.1.12 a 12.1.18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

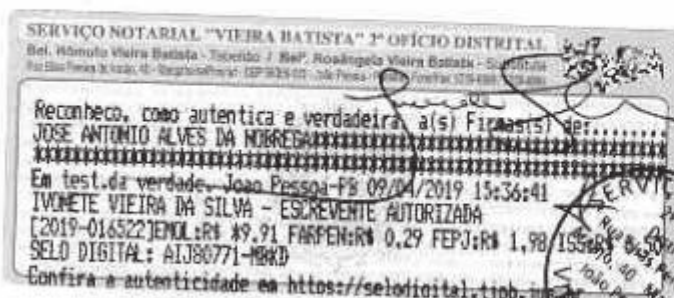
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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 de Abril de 2019.

X JOSE Antonio Alves da Mota  
Outorgante  
CPF Nº 358.116.808-13

X JOSE Antonio ALVES da Mota

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169432/19

**Vítima:** JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

**CPF:** 358.116.808-13

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/12/2018

**Titular do CPF:** JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/05/2019  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/12/2018

**Titular do CPF:** JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS