

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, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 29/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, 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, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 29/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

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.seguradoraalider.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: 3190276708 Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 29/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000022663-0

Tipos: CONTA POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

103 678 604-81

Nome completo da vítima:

Mauro Gomes do Silveira Júnior

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

Nome completo:

Mauro Gomes do Silveira Júnior

Profissão:

auxiliar de instalação e Rep. Prof. Neuma Ribeiro

Endereço:

Bairro:

Geisel

Cidade:

E-mail:

João Pessoa

Estado:

PB

CPF:

103 678 604-81

Número:

35A

Complemento:

CEP:

58000-000

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO:

 RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 22663

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias para o meu 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência "qualificação das lesões" permanentes decorrentes de 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.

COMPREV
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 10/04/2019
Nome: Mauro Gomes do Silveira Júnior
CPF: 103 678 604-81

(*) Assinatura de quem assina o RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Ass. natureza

2º | Nome:

CPF:

15 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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 03961.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 03961.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 10 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu Mauro Gomes da Silva Junior, CPF nº 103.678.604-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Auxiliar de Instalação, filho(a) de Maria Parana de Oliveira e Mauro Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/08/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Noêmia Ribeiro, Nº 35, complemento CASA, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Proximo a Farmacia Globo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99851-1996.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo a Bica (jardim Botânico), João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/08/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 29/08/2018 as 08:00hs, foi vítima de acidente de (moto x moto), quando estava guiando a moto Honda Pop 110 I, ano/mod 2018, de placa OFX-9772/pb, chassi 9C2JB0100JR023572 registrada no Detran/pb em nome de sua tia Josefa Parana de Oliveira. Que a colisão aconteceu na Av. Bandeirante, Bairro Tambá, quando estava seguindo com a moto sentido bairro Roger, quando de repente outra moto colidiu na traseira, e em seguida o motoqueiro evadiu-se do local, foi socorrido pelo samu para o hospital de mangabeira, lá chegando as 09h20min foi atendido e submetido a avaliação médica e exames de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. CID.10 S 52.0

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

João Pessoa/PB, 10 de abril de 2019.

JOSE INÁCIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA!

Procedimento Policial: 03961.01.2019.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

103 678 604-81

Nome completo da vítima:

Mauro Gomes do SIlva Junior

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

Nome completo:

Mauro Gomes do SIlva Junior

Profissão:

auxiliar de instalação e Rep. Prof. Neuma Ribeiro

Endereço:

Balneário
Geisel

Cidade: João Pessoa

Estado:

PB

CPF:

103 678 604-81

Número:

35A

Complemento:

E-mail:

CEP:

58000-000

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO:

 RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 22663

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias para o meu 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência "qualificação das lesões" permanentes decorrentes de 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.

COMPREV
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 10/04/2019
Nome: Mauro Gomes do SIlva Junior
CPF: 103 678 604-81

(*) Assinatura de quem assina o RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Ass. natureza

2º | Nome: 15 ABR. 2019

CPF:

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



SAMU
192
DÃO PESSOA

CNPJ 03.806.754/0015-40
SANTO AMARO 152 REGIONAL DE JOAC FESSOR
Av. Unidades Chácaras, 1777
Área 1/1a - CEP 56053-300
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/064, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2176791, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MAURO GOMES DA SILVA JÚNIOR idade 27 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Moto) no dia 29/08/2018, na Av. Bandeirantes - em frente ao Parque Zoobotânico Arruda Câmara, Bairro: Tambá - João Pessoa - aproximadamente às 08:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 27 de Dezembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
~~CREIS RJ 0001~~

SAMU 192 IP
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

- PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

A handwritten stamp in black ink on a white background. The stamp contains several lines of text: 'COMPREV' at the top, followed by 'COMPREV PREVIDÊNCIA S/A' diagonally across the middle, '15 ABR. 2019' in the center, 'PROTÓCOLO' below that, and 'G. JOÃO PESSOA' at the bottom. The text is written in a cursive, informal style.

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

Ficha Nr: 158624 Atd: Nao Regula
Data: 29/08/2018
Hora: 09:20:11
Recepção: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: *Octaprod*

FAX: () - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

* Nome: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700000083544105 Sexo: M CARTAO SUS: 700000083544105 Fone: 986646967
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/08/1991 Id: 27 ano(s)

End.: RUA PROFESSORA NOEMIA RIBEIRO,35

Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA GOMES DE OLIVEIRA Pai: MAURO GOMES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Tel/Doc. Responsavel: 986646967 / CARTAO SUS: 700000083544105

Localização: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO PASSAGEIRO AS 08:00 CENTRO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

* PA:

FR:

[X] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

[] Vomito

Observacao

COLISAO MOTO COM, MOTO NEGA DESMAIOM SIC

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Fo Rodo dsh D

Diagnóstico

I Conduta

Internar

Prescrição

I Horário da medicacão

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
15 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Daniel Conserva Arredado
MÉDICO
CRM 11134

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Med:

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

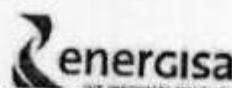
AGÊNCIA: 00037

CONTA: 00000022663-0

Nr. da Autenticação D658F07E3B44393B

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

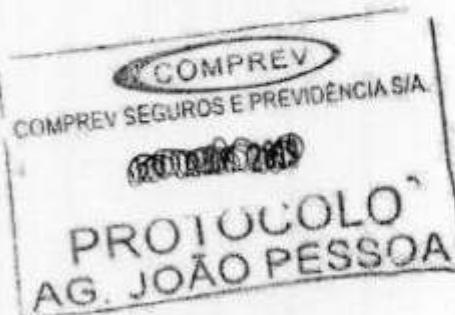
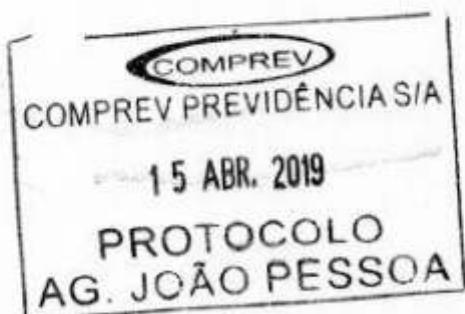
Documento sem valor fiscal.
O documento não é segunda-via de conta.
Banco para simples pagamento de nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 022.663.632



ENERGISA PARAÍBA - O TRABALHADOR DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristal Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-088
CNPJ 38.095.183/01-40 - INSC EST 16.015.825-00

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR			
MAURO GOMES DA SILVA RUA PROFESSOR NEIMAR REISERO 28 A JOAO PESSOA	5/1731391-7			
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2019	28/03/2019	224	04/04/2019	R\$ 206,40

Acesse: www.enerzisa.com.br



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160156230

REAVISO DE CONTA

07 - 001 - 409 - 3140

PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA

Domicilio:

693 Madrid - 2000-000

Referência: BX ALQUIMIA CRIATIVA - CNPQ

CDC: 0000280012-6

VARADOURO

CEP: 18.010-18

Coordenadas: -121236, -34889866

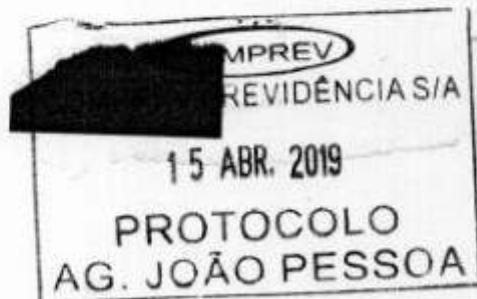
Para Uso do Entregador

- Mudou-se
 - Endereço Insuficiente
 - Não Existe o Nº Indicado
 - Desconhecido
 - Recusado

- Não Procurado
 - Ausente
 - Falecido
 - Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ans' Num: C-15



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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>

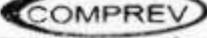
A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Floriana da Silveira Pâmara, inscrito (a) no CPF/CNPJ 48.091.624 , 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mauro Gomes da Silveira Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103 678604 , 81, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez, da Vítima Mauro Gomes da Silveira Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103 678604 , 81, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____	Renda:  COMPREV PREVIDÊNCIA S/A PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 15 ABR. 2019	<i>e apresento os documentos comprobatórios:</i> 
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar		
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.		

Endereço	<u>Rua da República</u>		Número	390	
Bairro	Centro	Cidade	Estado	CEP	58010-180
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 10 de 04 de 2019
Local e Data

Floriana da Silveira Pâmara
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José da Penha de Oliveira,
RG nº 1617027, data de expedição 18/02/1991
Órgão SSPB, portador do CPF nº 75372355468, com
domicílio na cidade de Jacó Pessoa no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: Maria do Socorro IV Rocha, nº 123,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mauro Gomes do Silveira Junior, cujo o condutor era
Mauro Gomes do Silveira Junior

Veículo: MOTO

Modelo: POP 110 i

Ano: 2018

Placa: OFX 9772

Chassi: 9G2B3B0100JR023572

Data do Acidente: 29 Agosto 2018

Local e Data: R: Professora Bastista Leite, João Pessoa, 10/04/2019



X José da Penha de Oliveira

Assinatura do Declarante

X

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



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RECONHECO José da Penha de Oliveira à firma de JOSÉ PENHA DE
OLIVEIRA, [118977], J.Pessoa-PB, 10/04/2019 12:28:25 Emol
R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da
verdade. Tabelia CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo
Digital AIL56783-M500 Consultar em:
<https://selotdigital.tjpb.jus.br>





CERTIDÃO

Nº. 0291/2019

Atendendo solicitação de **MAURO GOMES DA SILVA JR** 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 Nº158624 e prontuário nº2018.08.004492 pertencente a paciente que foi atendido dia 29/08/2018 às 09H20min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/09/2018 com alta médica dia 07/09/2018.

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

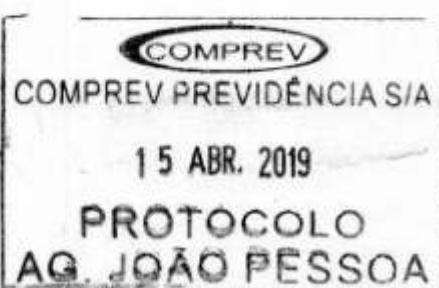
João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA





Nome: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR				Registro:
Idade: 27 A	Sexo: MAS	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP: _____ LR: _____
Data: 23/08/2018		Cirurgião: ANDRE SIQUEIRA		
1º Assistente: VALDEBAN RJ		2º Assistente: _____		
Anestesista: EUCLIDES		Instrumentador: _____		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura do Rádio Distal DIREITO</i>				S52.5
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva: _____				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				



FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOOME				DATA	
ESTADO CIVIL	Solt. <input type="checkbox"/>	Cas. <input type="checkbox"/>	Vuv. <input type="checkbox"/>	Desq. <input type="checkbox"/>	SEXO
ENDEREÇO	Av. (Rua)			Masc. <input type="checkbox"/>	Fam. <input type="checkbox"/>
HOSPITAL				COR	BR <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>
				PROFISSÃO	IDADE

AIH CP MAT COD INSC GIH OUTRAS → CATEGORIA

DIAGNÓSTICOS

OPERAÇÃO REALIZADA

CIRURGIA - Rins - FGA - Abd d. h.

AUXILIAR

INÍCIO ANESTESIA

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE US (PONTOS)

VALOR R\$

EVOLUÇÃO Morte CPF

CRM-PB

1410

HORA

AGENTE



CRÔNIOS

- ANESTESIA (X) CIRÚRGICA (✓) PULSO (✓)
T. ARTERIAL (SISTÓLICA - DIASTÓLICA) (X)
RESPIRAÇÃO (✓) RESP. CONT. (X)
RESP. ASSISTIDA (X) RESP. EXPIRATÓRIA (X)
INT. GLOTRÁQUEAL (BOT) INT. NASOTRAQUEAL (BT)

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNIO
EST. GERAL	BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>	RISCO CIRÚRGICO	BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>		
EXAMES COMPLEMENTARES					

PRÉ ANESTÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS
TÉCNICA *Sedaniz + Axila*

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

1	<i>Domperid</i>	2	<i>Tarix</i>	3	<i>Diazepam</i>	4	<i>O. PI. Mart</i>	5	<i>Tilac</i>
6	<i>Lipu c/1000 20</i>	7		8		9		10	

OBSERVAÇÕES



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Mario Gomes do Slm Jr Data da Admissão: / /
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento / /

QPD: Dor om punho ①

HDA: Pt com queixas de dor em punho ②
após tru m.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

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

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

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

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

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

SN e PSO: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

_____Hipóteses Diagnósticas: _____

_____Conduta: _____

FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: _____ Pront.: _____ Data: _____
 Hora da admissão: _____ Hora da alta: _____ Enfermeiro: _____
 PA. na admissão: _____ PA. na alta: _____ Téc. Enf.: _____

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2		2		
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO				2	
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2			2	
DISPNEIA	1				
APNEIA	0				
CIRCULAÇÃO					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2		2		
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES	4	2		2	
MOVIMENTO MUSCULAR DE EXTREMIDADES	2	1			
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2		2		
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL					

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA

Anestesiologista

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de fratura do rádio distal DIREITO

Conduta:

Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos

Aposição de DOIS fios de kirschner 2.0 II

Procedimento guiado por escopia

Fechamento:

Limpeza com SF a 0,9% de punho

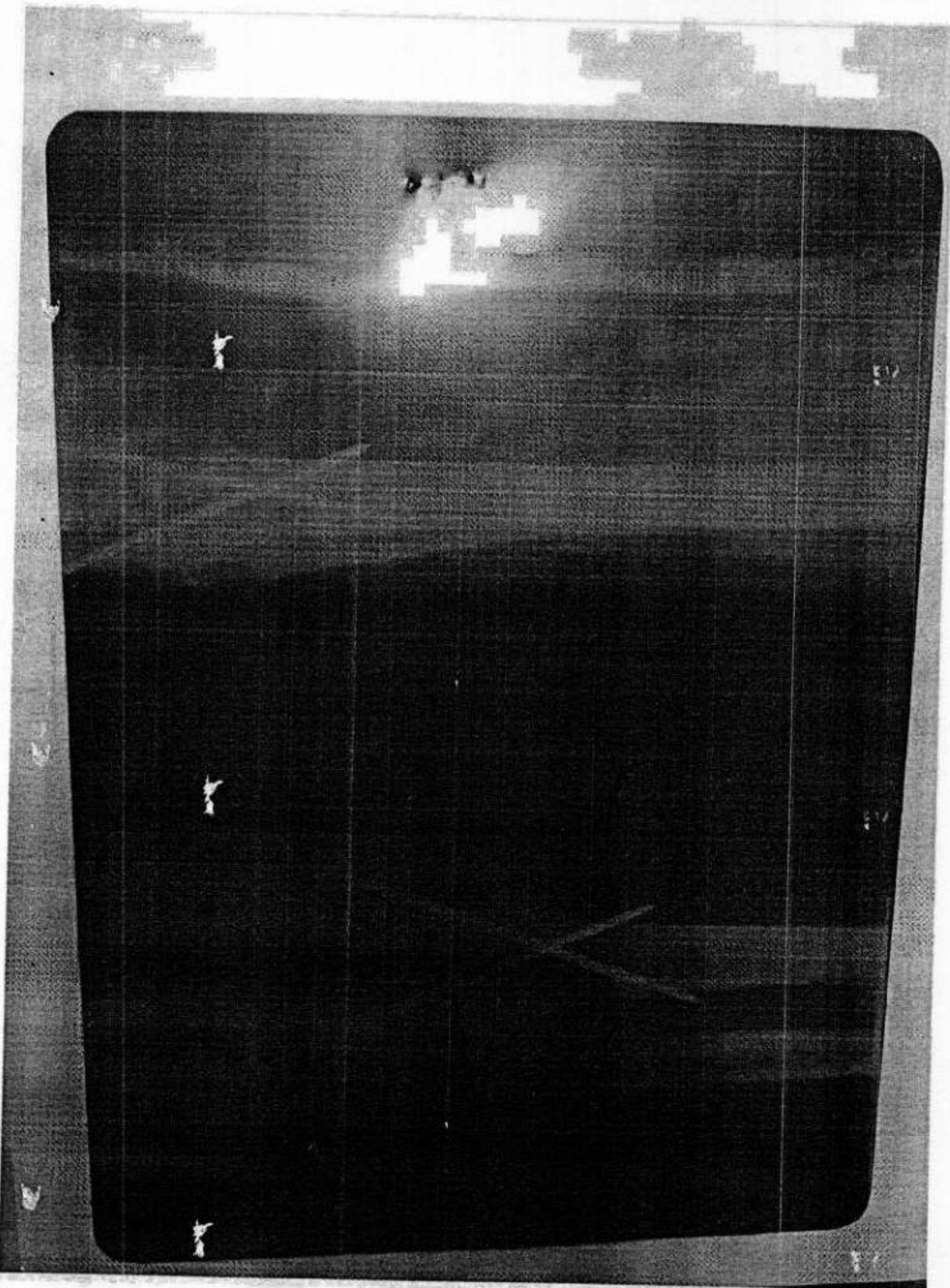
Curativo

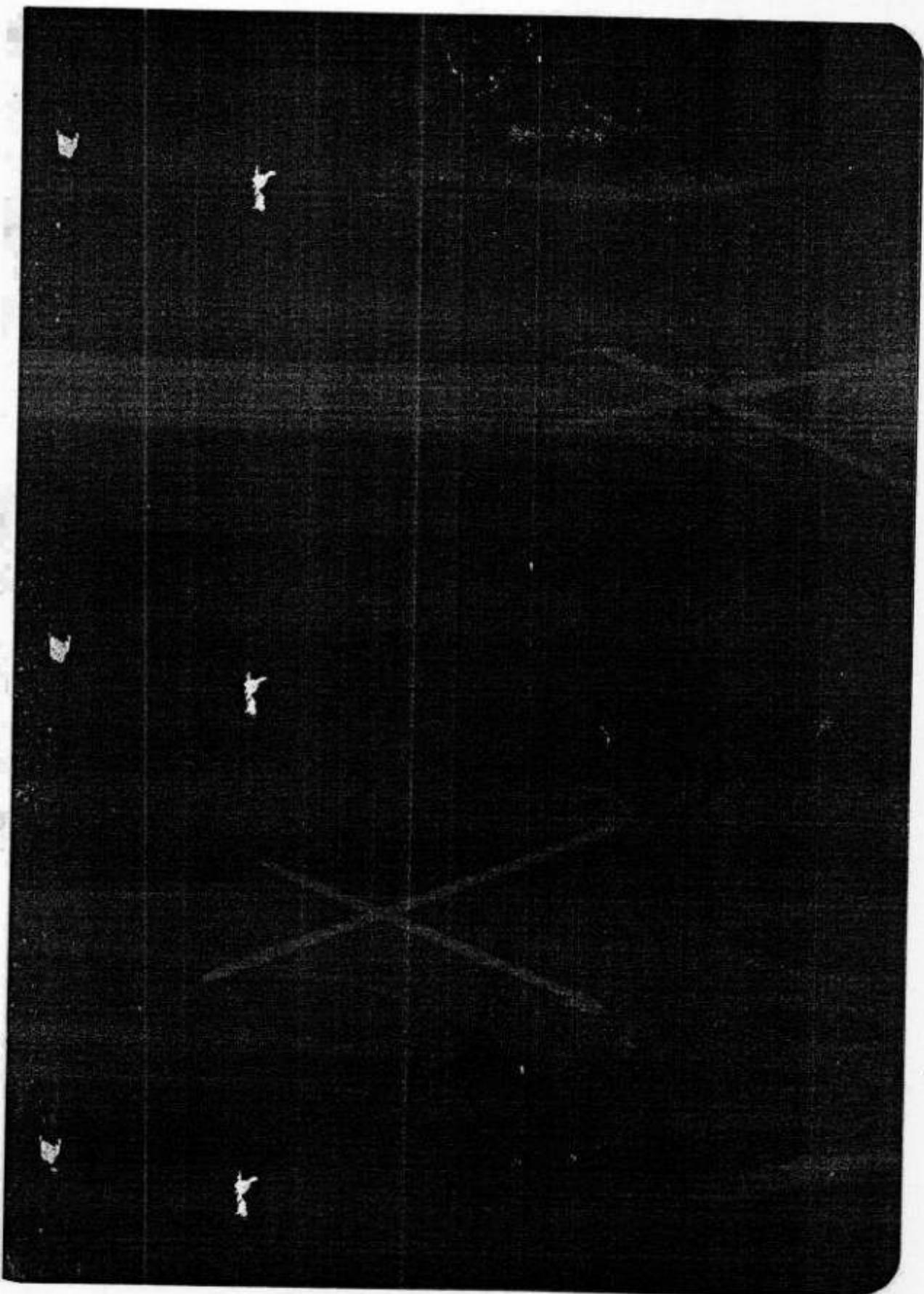
Tala axilopalmar gessada

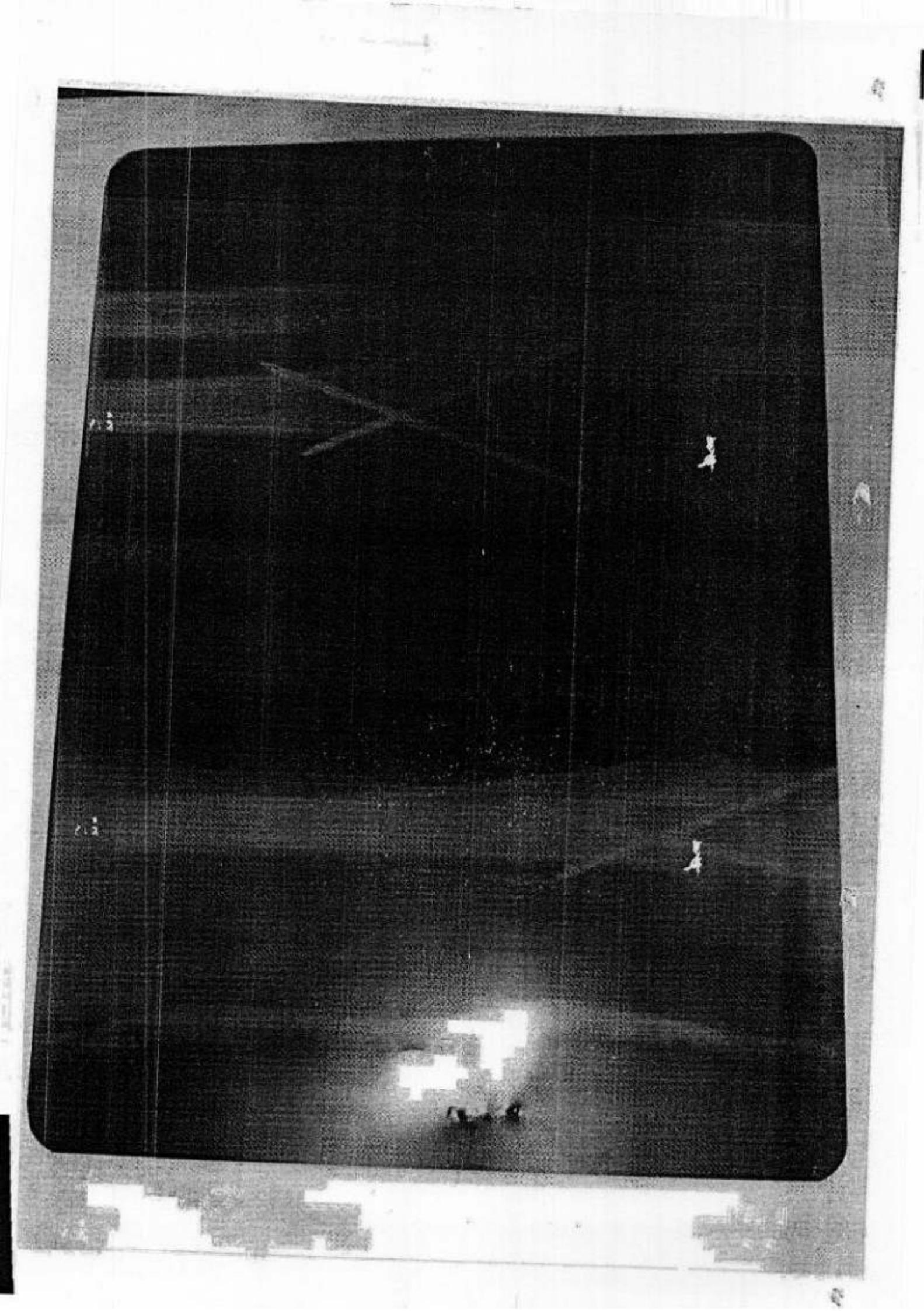
OBS:

Data: __06__ / __09__ / __2018__

Dr. Vanderson Laranjão Jr.
Médico
CRM-PB 1692
MEDICO/CRM









MAURO GOMES DA SILVA
RUA PROFESSOR MACHADO N° 12 - 7632,
JOÃO PESSOA - PB CEP: 58121-000

Emissor: 01/2019 - Fatura: 01/2019
Classificação: PESQUISA
Prazo: 15/02/2019

CÓDIGO 100
251,42 288973

TOTAL: R\$251,42
RECEBIDO: R\$270,00
TROCO: R\$18,58

16JAN2019 09:13:54
LUTERICA: 13.825167-4
TERMINAL: 61376

mergisa.com.br
CNPJ/ RA-JI
104-42

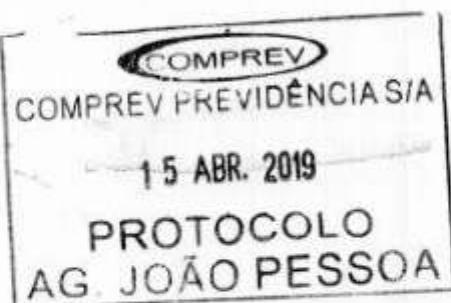
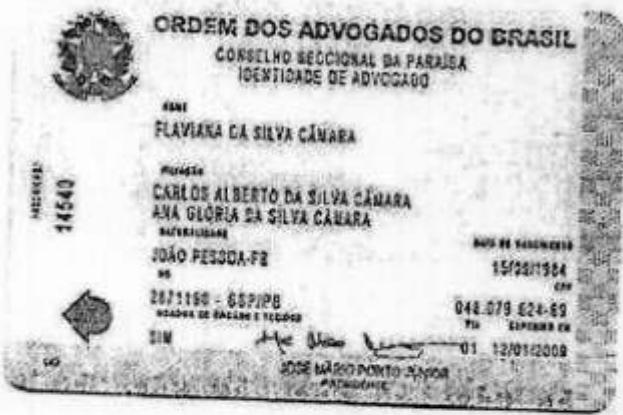
891-7

Dias

Demonstrativo

CDI	Descrição	Quantidade Total	Venda Bem/CDI	Ria	Imposto	Balanço Final	CDI+RC			
000	Consumo de Água	274 000,00	0,954400	234,19	234,19	37	0,00	234,19	0,34	11,69
000	Adic. E. Amarela			0,01	0,01	37	0,00	0,01	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTRIBSERV LIV PÚBLICA			-0,54	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
				-0,46	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276708 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190276708 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 29/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 2 E 7.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

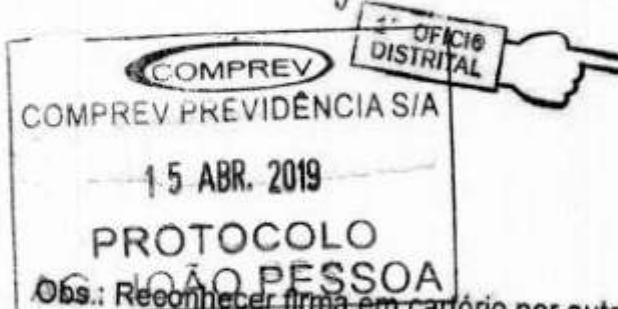
Outorgante: Mauro Gomes da Silva Júnior, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão auxiliar de instalação, residente e domiciliado à Rua N.º 25-A, bairro Centro, Municipio de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 58075210, portador(a) do RG nº 3752956, SSP/PB e CPF nº 103.678.604-81.

Outorgado: Floriana da Silva Jemina, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão administrada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, n.º 267, bairro Centro, Municipio de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 048.079.624-69, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/ PB e CPF nº 048.079.624-69.

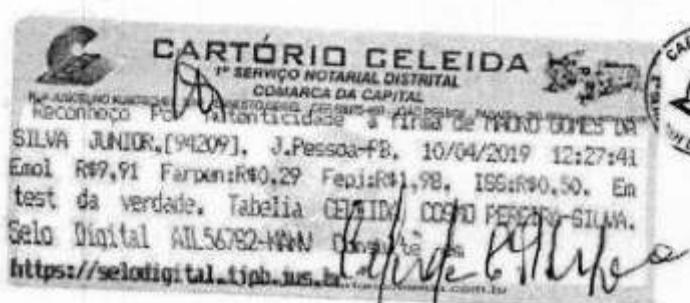
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Mauro Gomes da Silva Júnior, ocorrido em 28.08.2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

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 pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, para o 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, 10 de 04 de 2019.



X Mauro Gomes da Silva Júnior.
Outorgante
CPF Nº 103.678.604-81



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127994/19

Número do Sinistro: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

CPF: 103.678.604-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/08/2018

MAURO GOMES DA SILVA
JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/04/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127994/19

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

CPF: 103.678.604-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/08/2018

Titular do CPF: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR : 103.678.604-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE