

---

**Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190362042**

**Vítima: ALEX DE ARAUJO JORGE**

**Data do Acidente: 24/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ALEX DE ARAUJO JORGE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190362042

Vítima: ALEX DE ARAUJO JORGE

Data do Acidente: 24/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190362042

Vítima: ALEX DE ARAUJO JORGE

Data do Acidente: 24/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEX DE ARAUJO JORGE**

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ALEX DE ARAUJO JORGE**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **0000036681-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 0199029159 CPF da vítima: 10356867404 Nome completo da vítima: ALEX DE ANAULO SOUZA

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

Nome completo: ALEX DE ANAULO SOUZA CPF: 10356867404

Profissão: AVX - AMOVELADO Endereço: rua JOÃO FELIX DA SILVA Número: 804 Complemento:

Bairro: LAOAR Cidade: BOA PESSOA Estado: PB CEP: 58025610

E-mail:  Tel (DDD): 87388596032

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0804 CONTA: 36681 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa 04-06-2019

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alex de AnaULO Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 06005.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06005.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 09:42 horas do dia 31 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberto Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Alex de Araujo Jorge**, CPF nº 103.568.674-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Almoxarifado, filho(a) de Josefa de Araujo Jorge e Antonio Jorge, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 30/04/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Felix da Silva, Nº 804, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98859-6032.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Avenida Conde, Santa Rita, Santa Rita/PB, bairro Tibiri I; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/01/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 24/01/2019, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2015, PLACA QFI-1227/PB, CHASSI 9C2KD0810FR201331, REGISTRADA EM NOME DESTE NOTIFICANTE NA AVENIDA CONDE, TIBIRI, SANTA RITA/PB, QUANDO PERDEU A CONSCIÊNCIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES ATÉ A UPA DE TIBIRI, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS E EM SEGUIDA VEIO A SER TRANSFERIDO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE CHEGOU POR VOLTA DAS 04:45 DO DIA 25/01/2019, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S06.2 + S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 31 de maio de 2019.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
ALEX DE ARAUJO JORGE  
Noticiante



Procedimento Policial: 06005.01.2019.1.00.401

# 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 ASI: 0199069 159 CPF da vítima: 10356867404 Nome completo da vítima: ALEX DE ARAUJO SOUZA

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

Nome completo: ALEX DE ARAUJO SOUZA CPF: 10356867404

Profissão: AVX - AMOVELADO Endereço: 205 FELIX DA SILVA Número: 884 Complemento:

Bairro: LAUREL Cidade: 205 PESSOA Estado: PB CEP: 58025610

E-mail:  Tel.(DDD): 83988596032

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0804 CONTA: 36681 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, João Pessoa 04-06-2019

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alex de Araujo Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º Nome: 04 JUN 2019

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



# 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: 19/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ALEX DE ARAUJO JORGE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000036681-8

---

Nr. da Autenticação 84D8FDE6B3CF1165



PATRICIA DE ARAUJO JORGE DA SILVA  
RUA JOAO FELIX DA SILVA, 104 - FALCÃO  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58025-910 (AQ: 1)  
Emissão: 10/01/2019 Referência: Jan/2019  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BADIA RENDA MONOFÁSICO/B230, Km25 - Centro Residencial - João Pessoa - PB - CEP: 58071-670  
Rotam: S-1-320-5000 IP Medidor: 0000211778

ENERGISA PARAZA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.969.234-06  
Insc. Est: 18.015.820-0

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 018.290.042  
Cód. para DAt. Automático: 00001025-48

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

Conta referente a Jan / 2019 Apresentação 10/01/2019 Data prevista da próxima leitura 07/02/2019 CPF/ CNPJ/ RANI 005.969.234-06

UC (Unidade Consumidora): 5/152648-6

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.  
Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possíveis de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/12/18	12047	10/01/19	12151	1	104	31

Demonstrativo		Quantidade	Valor	Base Calc.	Av. (cmo/RS)	Base Calc.	Per/RS	Colm/RS
COI - Descrição								
0601	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0.387190	1.83	8.83	27	2.32	8.83
0602	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0.485140	34.54	34.54	27	8.22	14.54
0603	Consumo - 101 a 220kWh-BR	4.000	0.740000	2.96	2.96	27	0.80	2.96
0610	Subsídio			-42.73	-42.73	27	-11.54	-42.73
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0607	CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA			1.85	0.00	0	0.00	0.00
0604	JUROS DE MORA 12/2018			0.43	0.00	0	0.00	0.00
0605	MULTA 12/2018			1.22	0.00	0	0.00	0.00
0606	Devolução Subsídio			-28.60	0.00	0	0.00	0.00

COI: Código de Classificação do Item TOTAL 53,76 88,96 23,99 88,96 0,96 < 43

Média últimos meses (kWh) 103 **VENCIMENTO 17/01/2019** **TOTAL A PAGAR R\$ 63,76**

#### Histórico de Consumo (kWh)

121 | 141 | 162 | 105 | 06 | 08 | 93 | 79 | 75 | 75 | 23 | 104  
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

#### RESERVADO AO FISCO

137e.1189 d2e5.9f6e.76bd.b7b8.de33.7cac.

#### Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI MENSAL	6.07	0.05	
DI TRIMESTRAL	10.15		
DI ANUAL	20.30		
DI MENSAL	3.23	1.00	
DI TRIMESTRAL	6.47		
DI ANUAL	12.95		
DMO	2.38	0.05	
DIRE	12.22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia PB	10.98	17.18
Consumo de Energia	15.52	24.51
Serviço de Transmissão	1.70	2.67
Encargos Setoriais	3.59	5.63
Impostos Diretos e Encargos	32.89	51.51
Outros Serviços	0.00	0.00
<b>Total</b>	<b>63,76</b>	<b>100,00</b>

Valor de R\$ 63,76 (Ref. 11/2018) R\$ 13,57

#### ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Badia Renda, sendo um desconto de R\$28,60

#### Faturas em atraso



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.546.528 DATA DE EMISSÃO 23/05/2007

ALEX DE ARAUJO JORGE

ANTONIO JORGE

JOSEFA DE ARAUJO JORGE

NACIONALIDADE

SAPE-PB

DOB, (UNICOD)

MASC. N. 30590 FLS. 204 LIV. 34/A

CARTORIO SAPÉ/PB

CPF

Nome Pessoa PB *Calvin*

Maria do Socorro V. Cavalcanti

DATA (N. NASCIMENTO) 30/04/1992

DATA DE VALIDADE 11/01/2008

LIFE ASSESSORIA

04 JUN 2008

CORRETORA DE SEGUROS

Sistema Único de Saúde

SUS

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível. Em caso de perda ou perda comunicar ao Disque Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REALSERICARD - LOTE: 8915 - 07/2012







**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190362042**

Nome do(a) Examinado(a): **ALEX DE ARAUJO JORGE**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua João Félix da Silva, 804 - Padre Zé - João Pessoa - PB - CEP 58026-027**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3546528**

Data e local do acidente: [ **24/01/2019** ] **SANTA RITA-PB**

Data e local do exame: [ **13/06/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TCE com HSD temporo parietal D Fx da clavícula E**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**ACIDENTE EM 25-01-2019 AO EXAME : PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO ,COM PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 75% DE ELEVAÇÃO /ABDUÇÃO /ADUÇÃO /RI/RE RELATA CEFALIA, TONTURA ,DESMAIO. FAZ USO DE MEDIÇÃO CONSTANTE (ANALGÉSICOS )**

**III.** Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA +TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE SÓ FEZ 3 SESSÕES FISIOTERAPIA**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITAÇÃO MOTORA**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ☒ ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Alta de Inês Jorge  
 DATA DO ACIDENTE 25-07-19 CPF DA VÍTIMA 709 368 674 04  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Alta de Inês Jorge  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Alta de Inês Jorge  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua José da Silva  
 Nº 504 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Padre Ze  
 CIDADE Paraná UF PR CEP 99029-670  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (51) 99959-6032

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04-06-2019IDENTIDADE 3.546.528ASSINATURA Alta de Inês Jorge

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

DATA

NOME

ASSINATURA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190362042

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE

**Data do acidente:** 24/01/2019

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE com HSD temporo parietal D  
Fratura da clavícula E

**Descrição do exame físico:** AO EXAME : PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO ,COM PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 75% DE ELEVAÇÃO / ABDUÇÃO / ADUÇÃO / ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA. RELATA CEFALÉIA,TONTURA ,DESMAIO. FAZ USO DE MEDIÇÃO CONSTANTE (ANALGÉSICOS ).

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. SÓ FEZ 3 SESSÕES FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do ombro esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do ombro E devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## 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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190362042

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE

**Data do acidente:** 24/01/2019

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE com HSD temporo parietal D  
Fratura da clavícula E

**Descrição do exame físico:** AO EXAME : PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO ,COM PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 75% DE ELEVAÇÃO / ABDUÇÃO / ADUÇÃO / ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA. RELATA CEFALÉIA,TONTURA ,DESMAIO. FAZ USO DE MEDIÇÃO CONSTANTE (ANALGÉSICOS ).

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE. SÓ FEZ 3 SESSÕES FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do ombro esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do ombro E devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190362042 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE **Data do acidente:** 24/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 05/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA ABDOMINAL AGUDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM CLAVÍCULA, DEMAIS CONSERVADOR).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 22

**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 ombros	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:** 3190362042 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE **Data do acidente:** 24/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 06/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA ABDOMINAL AGUDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM CLAVÍCULA, DEMAIS CONSERVADOR).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 22  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189029/19

**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE

**CPF:** 103.568.674-04

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 24/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALEX DE ARAUJO JORGE

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**ALEX DE ARAUJO JORGE : 103.568.674-04**

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: 04/06/2019  
Nome: ALEX DE ARAUJO JORGE  
CPF: 103.568.674-04

\_\_\_\_\_  
ALEX DE ARAUJO JORGE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA