

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ASSIS DE SANTANA AZEVEDO
Nº Sinistro: 3180050382
Vitima: ASSIS DE SANTANA AZEVEDO
Data do Acidente: 01/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180050382**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ASSIS DE SANTANA AZEVEDO**

Nº Sinistro: **3180050382**

Vitima: **ASSIS DE SANTANA AZEVEDO**

Data do Acidente: **01/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180050382**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12333264



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ASSIS DE SANTANA AZEVEDO**

Sinistro: **3180050382**
Vítima: **ASSIS DE SANTANA AZEVEDO**
Data do Acidente: **01/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180050382** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ASSIS DE SANTANA AZEVEDO**

Nº Sinistro: **3180050382**
Vitima: **ASSIS DE SANTANA AZEVEDO**
Data do Acidente: **01/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180050382**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/06/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI: 282.155.404-49 CPF da Vítima: 282.155.404-49 Nome completo da vítima: Arrio de Santana Azevedo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Arrio de Santana Azevedo CPF titular da conta: 282.155.404-49 Profissão: Desempregado
Endereço: Sítio Ribeira Número: 51N Complemento:
Bairro: Área rural Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58919-000
E-mail: alexandracarduarte@hotmail.com Telefone (DDD): 83-98663-4900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ: 0039 D/V: CONTA NRQ: 00025524 D/V: 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: NRQ:
AGÊNCIA NRQ: D/V: CONTA NRQ: D/V:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Arrio de Santana Azevedo 12 de Janeiro de 2018
Local e Data

Arrio de Santana Azevedo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Arrio de Santana Azevedo
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00384.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00384.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:35 horas do dia 16 de março de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Assis de Santana Azevêdo**, CPF nº 282.155.404-49, RG nº 777996 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Balconista, filho(a) de Marcelina de Santana Azevêdo e Juvenal Azevêdo Urbano, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 24/01/1960 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Ribeira, bairro Ribeira, tendo como ponto de referência Depois do Livramento, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98710-3847.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Prefeitura, Santa Rita/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/06/16 10:00h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

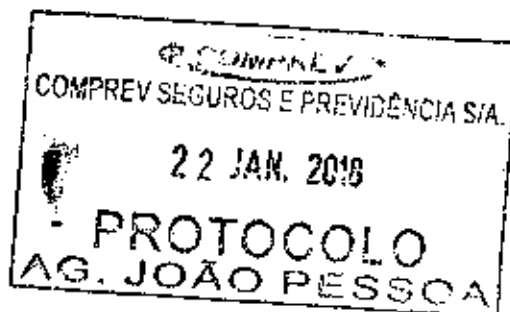
QUE voltava de moto do trabalho para sua residência quando um veículo não identificado fêchou o notificante e este caiu; QUE o condutor do veículo não prestou socorro e se evadiu do local; QUE o notificante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticado com **LEXÃO GLENO-UMERAL DIREITA**, conforme laudo médico do hospital assinado pela médica Dra. JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB; QUE a moto que pilotava era do tipo KRISMA 50 CC, de cor branca, chassi Nº LTEXCBLB6C3010176N, motor Nº 1P39FMBA1084610, em nome de CÉLIA MARIA DA SILVA SOUZA.

Sendo o que havia a constar, certifico, 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 verdadeira. Dou fé.

Santa Rita/PB, 16 de março de 2017.



Assis de Santana Azevêdo
ASSIS DE SANTANA AZEVÊDO
Noticiante





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00384.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00384.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:35 horas do dia 16 de março de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, matrícula 1332198, e lavrado por Jane Cleide G. de O. C. Dantas, Agente de Investigação, matrícula 1820435, ao final assinado, compareceu Assis de Santana Azevêdo, RG nº 777996 SSP/PB, CPF nº 282.155.404-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Balconista, filho(a) de Marcelina de Santana Azevêdo e Juvenal Azevêdo Urbano, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 24/01/1960 (58 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Ribeira, bairro Ribeira, tendo como ponto de referência Depois de Livramento, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98710-3847.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo à Prefeitura, Santa Rita/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/06/16 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

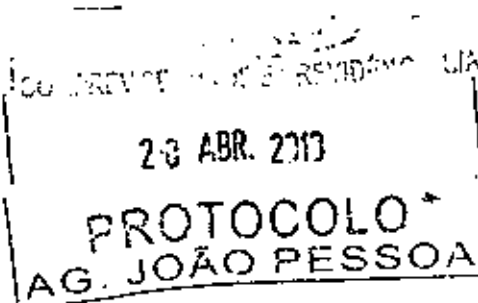
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE voltava de moto do trabalho para sua residência quando um veículo não-identificado fechou o notificante e este caiu; QUE o condutor do veículo não prestou socorro e se evadiu do local; QUE o notificante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticado com **LEXÃO GLENO-UMERAL DIREITA**, conforme laudo médico do hospital assinado pela médica Dra. JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB; QUE a moto que pilotava era do tipo KRISMA 50 CC, de cor branca, chassi Nº LTEXCBLB6C3010176N, motor Nº 1P39FMBA1084610, em nome de CÉLIA MARIA DA SILVA SOUZA.

ADENDO(S):

Que na data 12/04/2018, à(s) 09:13 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) notificante para realizar o seguinte adendo: QUE, segundo o notificante o veículo que conduzia na época do fato, é um ciclo motor (ciquentinha) Krisma de cor branca, e estava registrado em nome de Célia Maria da Silva Souza, CPF nº 424.623.094-53, que na época não era obrigatório o emplacamento do veículo citado. Adendo registrado por: José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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 fé.



Procedimento Policial: 00384.01.2017.1.05.006

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
4ª Delegacia Distrital de Santa Rita



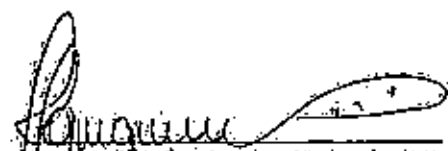
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

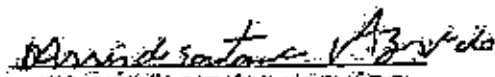


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social

Santa Rita/PB, 12 de abril de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ASSIS DE SANTANA AZEVEDO
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL,
SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.



COMPREENSÃO DE RESOLUÇÃO
26 ABR. 2018
PROTOCOLO +
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Nome Completo do Vítima Arson de Santana Azevêdo

CPF da Vítima

282-155-404-40

Data do Acidente

01.06.10

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante legal

Estimate	
----------	--

Telephone (DDD)

Dedaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

La habedelo 12 de Janeiro de 2018

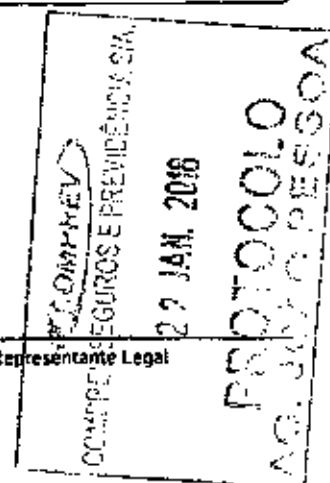
Local e Data

Baris de Santum Obervod

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

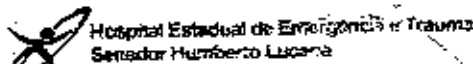
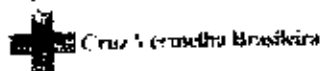
Campo 7 - Assinatura do Representante Legal

DALLO01 V001/2017



Ato declaratório
Alta

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do/perf



GOVERNO
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, an - CNES: 123312 - Tel.:

Comprovação de ato declarati

Boletim de Atendimento: 924200



Identificação do paciente

ID 1043753	Nome ASSIS DE SANTANA AZEVEDO	Sexo Masculino
Data de nascimento 24/01/1990	Idade 56 anos 4 meses 8 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe MARCELINA DE SANTANA AZEVEDO	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade	Pai JUVENAL AZEVEDO URBANO	Responsável (Parentesco) JAILTON FELINTO AZEVEDO - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981355738	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 777998	Nº Cns 706204684212165
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R

Endereço

CEP 58303145	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro GONDIM DA FONSECA
Número SN	Complemento RUA RIBEIRO, FORTE VELHO	Bairro MUNICIPIOS	

Admissão

Data e Hora 01/06/2016 11:14:39	Número da pulseira 4252480	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	

Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS
--	--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

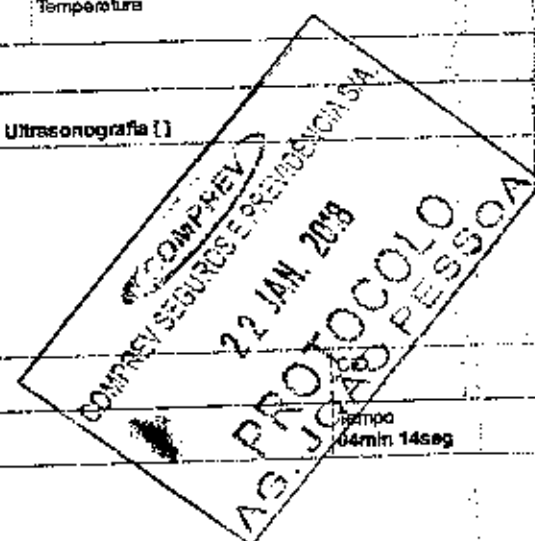
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

ph = 7.30 > 7.35
O2 = 98%

Diagnóstico

Atendido por LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA	Tempo 04min 14seg
--	----------------------

Imprimir



06/04

01/06/2016 11:17

NIEUJA SOARES AZEVEDO
ST. FRENIA, S/N - AREA RURAL
SANTA RITA / PE CEP 55313-003 (AG 1)

Emissão: 08/11/2017 Referência: Nova 2017
Classificação: RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOPHASE 20 BRZ 1F 2L - Dist. Residencial - PE - CEP 55011-680
Roteiro: 6-8-300-4040 Nº Medidor: 00073789139

ENERGISA PARA PAGO ST RESIDENCIAL DE ENERGISA
CNPJ: 06.955.027/0001-40 Ins. Est. 16.215.822-3

Nota Fiscal: Conta de Energia 00000000000000000000
Cód. rem. 011 Automático: 0001117200

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

Conta referente a: Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2017 16/11/2017 15/12/2017 12147446726

UC (Unidade Consumidora): 5/1436020-0

Canal de contato

PREZADO CLIENTE:
O valor na conta do item COMPLEMENTO REALISTE TARIFFARIO, conforme a cobrança de diferença de pagamento em mês de Outubro de 2017, está em desacordo com a Resolução Normativa nº 2.231, contida no Art. 119 da Res. Normativa nº 2.231.

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 17/10/17 Leitura: 5581	Data: 16/11/17 Leitura: 5688		67	30

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc.	Alíq.	Valor	Base Calc.	Alíq.	Valor
0001	Consumo em kWh	67,00	0,737200	67,00	0,00	0,00	67,00	0,00	0,00
0001	Adc. B. Veredito	5,53	5,53	75	1,38	5,50	5,50	0,00	0,00

ENCARGOS E SERVIÇOS

0001	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA	1,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 09/2017	0,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 09/2017	1,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	COMP. INDICADOR DE TRIMESTRAL 09/2017	0,75	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017	0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	COMPLEMENTO REALISTE TARIFFARIO 10/2017	3,51	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC	Código de Classificação do Item	TOTAL	75,84	69,25	17,23	65,23	0,82	4,25
----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh): 69
VENCIMENTO 23/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 75,84

Histórico de Consumo (kWh)

05	11	00	02	05	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00
Out/17	Sep/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16				

2d45.089a.719c.2b89.f2e4.22c4.ca56.7bf6.

Indicadores de Qualidade			9/2017 - Queda Rápida	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DC MENSAL	73,01	5,00		
DC TRIMESTRAL	22,03			
DC ANUAL	46,07			
DC MENSAL	7,92	3,00		
DC TRIMESTRAL	15,84			
DC ANUAL	31,68			
DMC	5,95	3,70		
DMC	15,83			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Energia	15,23	20,08
Serviços de Energia	20,52	27,07
Serviços de Energia	4,00	5,27
Serviços de Energia	20,57	27,13
Serviços de Energia	2,50	3,30
Serviços de Energia	3,00	3,96
Total	75,84	100,00

Valor: R\$ 75,84 - 23/11/2017 - 100%

ATENÇÃO

PARA O PAGAMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/12/2017. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento até esta data não elimina a responsabilidade da dívida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado às concessionárias não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso, tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura suspenso a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Letura confirmada

Faturas em atraso
Out/17 51,49

PARA O PAGAMENTO:
Relatório: 874 - 520 - 4340
Matrícula: 1436020-2017-11-9

VENCIMENTO 23/11/2017

TOTAL A PAGAR R\$ 75,84

83680000000-9 75840054000-4 14360202017-2 11900009019-9



Comprovante de residência



ALEXANDRA CESAR DUARTE 37 ALURA ROSA, 06058 74930-004 326.19-180 JONATHESSOA, PB		Código NET 907/013314867	Vencimento 25/09/2017	Valor 194,64
CPF/CNPJ 046.502.754-74		Forma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO		
Importante:				
Minha NET:				
DEBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSAR NET.COM.BR				

0012004



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Amara de Santana Aguiar inscrito (a) no CPF sob o Nº 282.155.404/49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Amara de Santana Aguiar, inscrito (a) no CPF sob o Nº 282.155.404/49, 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>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Marina</u>	Cidade	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58038-260</u>
Email <u>zeduardosilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(43) 99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98660-2858</u>

João Pessoa, 19 de fevereiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Celia Maria da Silva Souza,
 RG nº 326.901, data de expedição 10/12/2008
 Órgão SSP-13, portador do CPF nº 424.625.094-53 com
 domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Severino Luiz de Franca Almeida nº 90,
 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 Robson de Santana Azevedo cujo o condutor era
Robson de Santana Azevedo

Veículo: moto
 Modelo: KRISMA 50CC
 Ano: _____
 Placa: LT EXCB 136C 30 10 176 IV
 Chassi: 10.06.18
 Data do Acidente: 10.01.18
 Local e Data: Cabedelo, 10.01.18



Celia Maria da Silva Souza
 Assinatura do Declarante

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

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registro
 1º Ofício de Notas e Privilégio de Registro Imobiliário
 Rua Adolpho Pinheiro, 66 - Centro - CEP: 52010-000 - Cabo de Santo Agostinho - PE
 Fone/Fax: (081) 3296.1122

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de
 CELIA MARIA DA SILVA SOUZA
 Em test. da verdade. Cabedelo-PB 10/01/2018 14:52:00
 Robson Rogério Alexandre Martins - Proposto
 (2018-000336) JEMPE: R\$ 19,48 FAPEN: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 1,00 ISS: R\$ 0,40
 SELLO DIGITAL: A6F86773-8635
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus>.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 22 JAN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ASSIS DE SANTANA AZEVEDO
DATA DE NASCIMENTO	24/01/60
NOME DA MÃE	MARCELINA DE SANTANA AZEVEDO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	924.200
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	01/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:14
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO GLENO-UMERAL DIREITA
CID 10	V 29 + S 43.2.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. RESGATADO PELO SAMU, COM TRUMA EM OMBRO DIREITO + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. L.O.T.E. E GLASGOW 15.

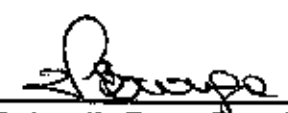
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE OMBRO DIREITO - RELATO MÉDICO- LUXAÇÃO GLENO-UMERAL
RX OMBRO DIREITO- CONTROLE DE REDUÇÃO

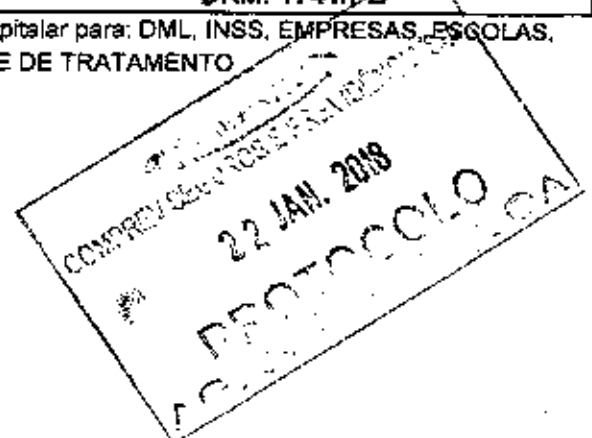
TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO GLENO - UMERAL DIREITA + MEDICAÇÃO + OBSERVAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR:	01/06/2016
DATA DA EMISSÃO:	10/08/2016


Dr. Joacília Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO



4252400 BE.: 924200
RESID. DE SANTANA AZEVEDO
DT. NASC.: 24/01/1988
NOME: MARCELINA DE SANTANA AZEVEDO

END.: RONDIM DA FONSECA
N. 50 - MUNIC. IPÍOS
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: (83) 901366726
CIDADE: BR
QT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Doença: vítima de queda de moto, após passar no lombada. Causa aparecendo o traco de fratura no crânio e dor de cabeça. Relata dor em ombro dir. e fr. de movimentos. Exame de captação: Nega t/c, náuseas, vômitos, perda da consciência. O1. cervical: s/d da a. palp e s/ crepitações. O2. torácica: s/d da a. palp e s/ crepitações. O3. pélvica: s/d da a. palp e s/ crepitações. RHT: ext. bem perfundidas e o de m. m.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Púrpuras ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO: ☐ Sim ☒ Não

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUÍDOS

HTD: ☒ Sim ☐ Não ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores
HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: _____ Imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pleiônica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE: ☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO: ☒ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS: ☒ Normotônicas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO: ☐ Presente ☐ Ausente

BE OU BA: ☐ Sim ☒ Não

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg T: _____ °C

ECG: ☒ Normal ☐ Anormal ☐ Ausente

ABDOMEN: ☒ Macio, diminuído, indolente ☐ Duro, aumentado, doloroso ☐ Irregular, com ruídos

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagentes ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (≤ 4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	15				

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☒ Não ☐ Sim

MEDICAMENTOS:

☒ Não ☐ Sim

IMUNIZAÇÃO:

☒ Não ☐ Sim

PATOLOGIA

☒ Não ☐ Sim

AUMENTOS INGERIDOS:

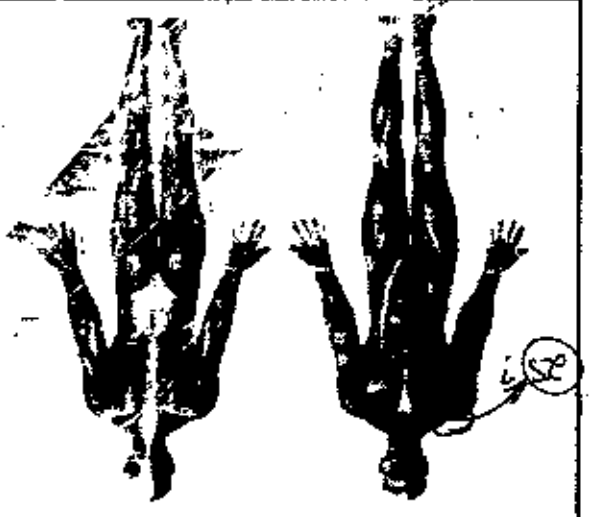
☒ Não ☐ Sim

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número

←

correspondente ao lado



OBS:

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalme
9. Esquema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma Branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-Contuso
17. F. Perfuro-Contuso
18. F. Perfuro-Cortante
19. Fratura Óssea Fechada
20. Fratura Óssea Aberta
21. Hematoma
22. Inguetamento Nervoso
23. Laceração
24. Lesão Tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento forçado/passivo
28. Objeto Enfiado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rhinorréia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

COMISSÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO

25 JAN 2008

25

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

Código

ASSINATURA E CARIMBO

EXAMES SOLICITADOS

Ultrassonografia (FAST)

Tomografia computadorizada

☐ Tipagem sanguínea☐ Gasometria arterial☐ Lavado peritoneal

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Ueção médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Distância☐ SVO

HORAS:

SAÍDA

DA

DATA

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: ASSIS DE SANTANA AZEVEDO

BE: 924200

DATA: 20/7/2016 12:31

DATA EXAME: 01.06.2016.

RX. OMBRO DIREITO AP
LUXAÇÃO GLENO-UMERAL.

RX. OMBRO DIREITO AP
CONTROLE DE REDUÇÃO DE LUXAÇÃO GLENO-UMERAL.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DIF. 124

Assis de Santana Azevedo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 777.996-28715.

NOME ASSIS DE SANTANA AZEVEDO

FILIAÇÃO Juvenal Azevedo Urbano

Marcelina de Santana Azevedo

Santa Rita, PB

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 24.01.1960

DOC ORIGEM Cert. Nascimento, nº 28.366 Fls. 179 LIV.

A. 59. Cart. de Santa Rita, PB.

CPF 282 155 404 49

Assis de Santana Azevedo

Assinatura do Diretor

DATA DE EMISSÃO 28.03.83

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade
profissional, na forma prevista no
Regulamento Geral, é de uso
obrigatório no exercício da atividade
de advogado ou de estagiário e
constitui prova de identidade civil
para todos os fins legais.
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

Ordem dos Advogados do Brasil
Seção Regional
da Paraíba

Inscrição nº
14438
Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Patrono
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Residência
RIO DE JANEIRO-RJ
Naturalidade
BRASILEIRA

Data de Nascimento
24/08/1982
Data de Comparência no OAB
17/12/2006

Data de Entrega da Carta
30/07/2007
Data de Expedição
12/01/2009

Jose Mario Porto Junior

JOSÉ MÁRIO PORTO JÚNIOR
PRESIDENTE

Documentos de identificação



07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira

CPF
Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
046.5024754-74
Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE
Nascimento
24/08/1982

**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: **3180050382**

Nome do(a) Examinado(a): **ASSIS DE SANTANA AZEVEDO**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO RIBEIRA, S/N - AREA RURAL - Santa Rita - PB - CEP 58919-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **777996**

Data e local do acidente: [**01/06/2016**]

Proximo a prefeitura de Santa Rita - Rua principal.(sic)

Data e local do exame: [**07/05/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Luxação gleno-umeral Direita

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

paciente submetido a redução incruenta de luxação ombro direito sem intercorrências. Evoluiu bem sem queixas.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente com boa amplitude de movimentos ombro, força normal, sem sinais de instabilidade. Sem atrofia muscular.

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

[☒] Sim [☐] Não

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:

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

(X) "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):

% 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.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180050382 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ASSIS DE SANTANA AZEVEDO **Data do acidente:** 01/06/2016 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Luxação gleno-umeral Direita

Descrição do exame médico pericial: Paciente com boa amplitude de movimentos ombro, força normal, sem sinais de instabilidade. Sem atrofia muscular.

Resultados terapêuticos: Paciente submetido a redução incruenta de luxação ombro direito sem intercorrências. Evoluiu bem sem queixas.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Sem sequelas funcionais ao presente exame.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Assis de Santana Azevedo
 brasileiro(a), estado civil solteiro profissão
Dessobreda, CI RG nº 337.998
 CPF/MF nº 282.155.404-49 residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Ribeira, S/N. área rural
 Cidade de Santa Rita Estado
Paraíba, CEP: 58919-000, telefone
83-98663-4900 83-99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cabedelo, 12 de Jan de 20 18.

Figueiredo
Dornelas
Sen. Notário



Assis de Santana Azevedo

OUTORGANTE



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício da Notaria e Registro do Estado da Paraíba
Rua José de Almeida, 100 - Centro - Cabedelo - PB

Recebido: 12/01/2018 - 09:40:20
ASSIS DE SANTANA AZEVEDO

Es test, da verdade. Cabedelo-PB 12/01/2018 09:40:20

Robson Roderio Alexandre Martins - Proposto

(2018-000461) EMPL: R\$ 99,48 FASE: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

SELO DIGITAL: ACFB6940-7099

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

