
Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267829

Vítima: MARCIEL FONTES DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIEL FONTES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267829

Vítima: MARCIEL FONTES DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCIEL FONTES DA SILVA

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

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

A documentação médica anexada, datada de 24/10/2017, emitida pelo Dr. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM nº 2329 - PB, da Instituição HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	071.599.614-20	MARCEL FONTES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR RUSEP Nº 485/2012		
Nome completo:	CPF:	
MARCEL FONTES DA SILVA	071.599.614-20	
Profissão:	Endereço:	Número:
VENDEDOR	RUA ANA BARBOSA DE OLIVEIRA, Nº 35	
Bairro:	Cidade:	Estado:
JARDIM BRASÍLIA	CABEDELLO	DF
E-mail:	CEP:	Complemento:
JORDANA WILSON MORAES GAVI COM 13R	58 310-000	
	TeL(DDD):	
	13319 8799-5254	

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

RECEITA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0511 013	00003837 4		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
	Vítima deixou nascituro (ou nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



(*) 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 02049.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02049.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:08 horas do dia 09 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Marciel Fontes da Silva**, CPF nº 071.599.614-20, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Representante Comercial, filho(a) de Maria das Graças Fontes e Antonio Rodrigues da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/05/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ana Barbosa de Oliveira, Nº 15, bairro Camalaú, tendo como ponto de referência Por Tras da Antena da Antiga Telpa, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98864-4801.

Dados do(s) Fatos:

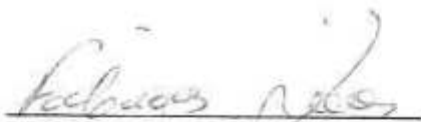
Local: Av. Apolônio da Nóbrega, Próximo da Ufpb, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/08/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, PRETA, 2011/2011, PLACA NQI2865/PB, CHASSI 9C2KD0550BR003709, registrada em nome do noticiante, quando ao entrar no giradouro foi trancado por um CARRO NÃO IDENTIFICADO e ao desviar para não colidir acabou perdendo o controle da moto vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 24.10.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido por terceiros em veículo particular; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 09 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


MARCIEL FONTES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 02049.01.2017.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	071.599.614-20	MARCEL FONTES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR RUSEP Nº 485/2012		
Nome completo:	CPF:	
MARCEL FONTES DA SILVA	071.599.614-20	
Profissão:	Endereço:	Número:
VENDEDOR	RUA ANA BARBOSA DE OLIVEIRA, Nº 35	
Bairro:	Cidade:	Estado:
JARDIM BRASÍLIA	CABEÇALO	DF
E-mail:	CEP:	Complemento:
JORDANA WILSON MORAES GAVIOLIN COM 13R	58 310-000	
	TeL(DDD):	
	13319 8799-5254	

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

RECEITA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0511 013	00003837 4		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
	Vítima deixou nascituro (ou nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABR 2013
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 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.**



Identificação do paciente

ID 1201632	Nome MARCIEL FONTES DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 25/05/1986	Idade 31 anos 2 meses 24 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe MARIA DAS GRACAS FONTES	Pai ANTONIO RODRIGUES DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CYRO - OUTRO PARENTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988192192	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2923403	Nº Cns
Local de procedência CASTELO BRANCO	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade CABEDELO	CBO/R

Endereço

CEP 58052310	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOUTOR EPHIGÊNIO BARBOSA DA SILVA
Número 43	Complemento	Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA	

Admissão

Data e Hora 18/08/2017 19:50:47	Número da pulseira 1000005677534	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalha do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

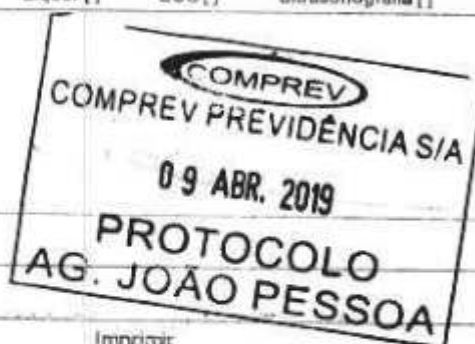
PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X[] Sangue[] Urina[] TC[] Liquor[] ECG[] Ultrasonografia[]

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES


CID

Tempo
01min 08seg

Imprimir



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

7691475

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2017

MARCEL FONTES DA SILVA
RUA ANA BARBOSA DE OLIVEIRA 15
JARDIM BRASÍLIA 58310-000
CABEDELO

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
004.03.070.0212	0	1	0	0	0	7691475
Hidômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y11X161240	11/11/2011	1	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
235	247	12	33	14/08/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
JAN/2017	9	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
FEV/2017	11	0	CLORO	67 67 67
MAR/2017	12	0	COR	16 18 18
ABR/2017	12	0	COL.TOTAIS	67 67 67
MAI/2017	13	0	TURBIDEZ	67 67 66
JUN/2017	12	0	CGL.TERMOT	0 0 0
MEDIA(M)	12		DADOS REFERENTES A:MAI/2017	

DATA DA LEITURA: 17/07/2017		HORA DA LEITURA: 18:50:52		
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	36,84		R\$36,84
DE 11m A 20m	2	9,50		R\$9,50
TOTAIS		46,34		
047-JUROS DE MORA				R\$0,32
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT..				R\$1,02

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$4,79 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

27/07/2017

Total a Pagar:

R\$47,68

v.16.11 R.1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: CONFIRMADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)

EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

acompanhe como está sendo aplicado seu dinheiro

WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

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



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.554/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 2019042608

ESCRITÓRIO

JOAO PESSOA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
00024260.8

MATRÍCULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

00024260.8

WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO

056.XXX.XXX-XX

15/04/2019

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

FATURA

001.008.265.0259.000

AV FRANCISCO MANGEL, 90 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-590

04/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA EMPRESA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

LIGADO

ÚLTIMOS CONSUMOS

DATA	CONSUMO	DATA	CONSUMO
03/2019 -	12	02/2019 -	8
01/2019 -	25-PP	12/2018 -	14-2
11/2018 -	18	10/2018 -	

ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR

1 9 R 53315

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIA	(M³)
67	76	9	32	0,28
01/03/2019	03/04/2019	NºKm: 717F798316		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL CÔI UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

9 M3

37,51

ESGOTO

RESIDENCIAL CÔI UNIDADE

CONSUMO DE ESGOTO

9 M3

30,33

ACRESCIM (S) DESCONT ANT. 02/2019

JUS DE MORA

02/2019

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

29 MAIO 2019

PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

1,44

0,36

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.141 de 2012. R\$ 19,27

TOTAL

R\$

70,04

ARRETRATOS: 1CHOCACIDENTEDETRABALHO.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 05/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.R.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 09/04/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

INSCRIÇÃO

FATURA

NÃO RECEBER APÓS

00024260.8

001.008.265.0259.000

04/2019

30/04/2020

VENCIMENTO

15/04/2019

VALOR

R\$

70,04

GRUPO: 105

FIRMA: 2

82630000000-5 70040010001-7 00024260801-6 04201900003-5

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu WILSON RIBEIRO DE MORAES MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.519.544-14/, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCIEL FONTES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.599.614/20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MARCIEL FONTES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.599.614/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

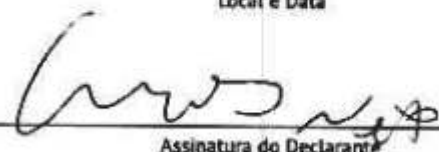
☒ Recuso informar

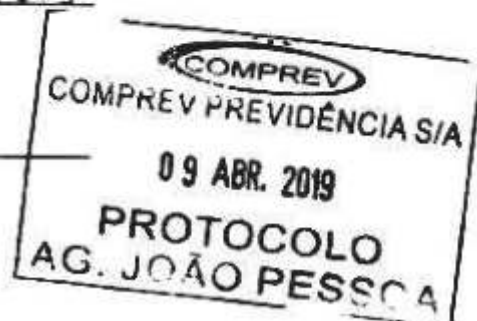
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA NIZ OVIDIO GOUVEIA, Nº 2071 SL- 305</u>		Número <u>253</u>	Complemento <u>2º ANDAR</u>
Bairro <u>DEDO CONDIM</u>	Cidade <u>DAO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email <u>JORDANA@WILSONMORAESADV.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(23) 99958-9495</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98719-5294</u>

_____, 09 de abril de 2019
Local e Data


Assinatura do Declarante



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 WILSON RIBEIRO DE MORAES MELO inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.549.544-14/ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCEL FONTES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.599.614/20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MARCEL FONTES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.599.614/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

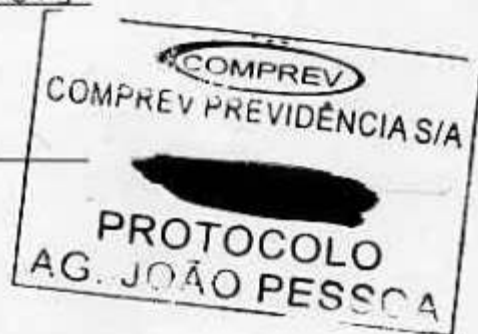
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA FRANCISCO MANUEL</u>		Número <u>Nº 90</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>JAGUARIBE</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58045-590</u>
Email <u>JORDANA@WILSONMORAESADV.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99958-9495</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98719-5294</u>

João Pessoa, 09 de abril de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante





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	MARCIEL FONTES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	25/05/86
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS FONTES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.021.549
DATA DO ATENDIMENTO	18/08/17
HORA DO ATENDIMENTO	19:50
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO NO PÉ DIREITO
CID 10	S90.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor no pé direito, abdomen sem queixas. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de pé direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

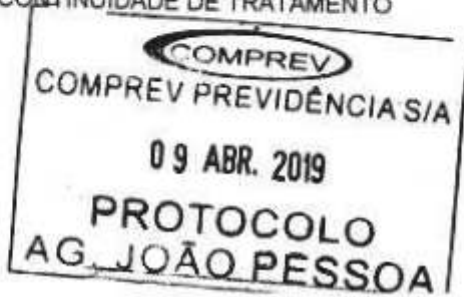
TRATAMENTO:

Atendimento inicial, Medicado.

ALTA HOSPITALAR:	18/08/17
DATA DA EMISSÃO:	24/10/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 0332165700

Boletim de Atendimento: 1021549



Identificação do paciente				
ID 1201632	Nome MARCIEL FONTES DA SILVA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 25/05/1986	Idade 31 anos 2 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS GRACAS FONTES	Pai ANTONIO RODRIGUES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CYRO - OUTRO PARENTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988192192	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2923403	Nº Cns		
Local de procedência CASTELO BRANCO I	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade CABEDELO	CBOR		
Endereço				
CEP 58052310	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOUTOR EPHIGÊNIO BARBOSA DA SILVA	
Número 43	Complemento	Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA		
Admissão				
Data e Hora 18/08/2017 19:50:47	Número da pulseira 1000005677534	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalha do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
<div data-bbox="694 1624 1173 1971" data-label="Text"> <div>COMPREV</div> <div>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</div> <div>09 ABR. 2019</div> <div>PROTOCOLO</div> <div>AG. JOÃO PESSOA</div> </div>				
Diagnóstico	CID			
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	Tempo 01min 08seg			

Imprimir

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2778696

Paciente MARCIEL FONTES DA SILVA		BAE 1021549	Data/Hora Entrada 18/08/2017 19:50:47	Data Baixa
Data de nascimento 25/05/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988192192
Mãe MARIA DAS GRACAS FONTES				Prontuário
Endereço DOUTOR EPHIGÊNIO BARBOSA DA SILVA, 43		Bairro JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 2563/PB
Data/Hora Classificação 18/08/2017 19:53:33			Data/Hora Prescrição 18/08/2017 20:11:34	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR NO PÉ D. ESTADO GERAL BOM.

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CUIDADOS

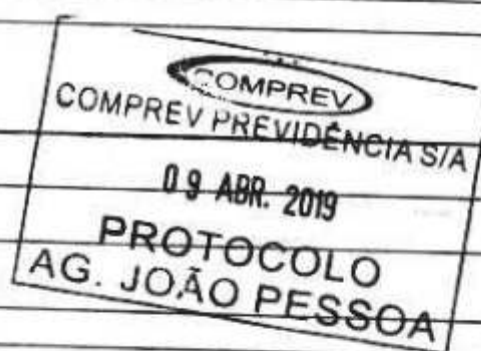
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda
R52.0	Dor aguda



Conduta

Em observação


TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE
(2563/PB)

MARCIEL FONTES DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Serrador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031030

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MARCIEL FONTES DA SILVA		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		25/05/1986	31	MASCULINO	1021549	Leito	18/08/2017 20:11:34
	Setor	Posto de Trabalho					Prescrição válida a	
							18/08/2017 20:11:34	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

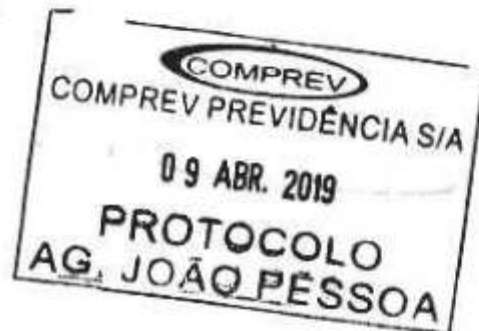
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML						
		10.0	ML	E.V.		S/S/H		
2 PARECER ORTO	0.0							

18 de Agosto de 2017

TEOFILHO GREGÓRIO DE ANDRADE

CRM: 2563

Assinatura e Carimbo do Profissional



Dr. Tefilho G. de Andrade
Cirurgião Geral
CRM 2563

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
MARCEL PONTES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
 2923403 SSP PB

CPF
 071.599.614-20

DATA NASCIMENTO
 25/05/1986

FUNÇÃO
 ANTONIO RODRIGUES DA SILVA
 MARIA DAS GRACAS FONTES

RENDA
 ACC
 CENSA
 AB

Nº REGISTRO
 04528968740

VALIDADE
 10/12/2020

1ª EMISSÃO
 17/12/2008

1226733458

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS

PROIBIDA PLASTIFICAR

1226733458

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO EMISSOR

LOCAL
 JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 14/12/2015

43431603145
 PRO331772153

DETRAN - PB (PARAIBA)

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

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09413789

URG OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.963/94)



GAB

ASSINATURA DO PORTADOR

Wilson Neto

RESERVAÇÃO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO

FILIAÇÃO
WILSON RIBEIRO DE MORAES FILHO
ONEYDE BERNADETE ANDRADE R. DE MORAES

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
14/08/1985

CPF
056.519.544-14

EXPIRAÇÃO
13/10/2019

NR
2815090 - SSP-PB

RAZÃO DE OMISSÃO E TÍTULO
NÃO

DOOR INSCRIÇÃO CONSULTA E TÍTULO
PREVIGENTE

15660

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

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013152838050 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

PR 1 0032106520-6 0000000000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAQUINOFOTOGRAFIA, IMAGEM VERSO DAS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

3.55 61420

NQ1286

ESPECIE DATA EMISSAO 2017 19/05/2017

CPF/CNPJ 07159961420 PLACA NQ12865/PB

MARCA/MODELO

HONDA/NXR150 BROS ES

00327065204

ANO FAB 2011 9C2KD0550BR003709

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

OSI (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CONTROLO META (R\$)

SEGURO

P.A.G.O

8

PAGAMENTO

PARCELADO

ON 19/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

54482-0906052020170519

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

MACIEL FONTES DA SILVA

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0032706520-6 00/0000000000 2017

CPF/CNPJ 07159961420

PLACA NQ12865/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KD0550BR003709

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2011 ANO MOD 2011

CPF / POT / CL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTICIP

COM PRÉDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

FIXA / PVA 00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS

PRELIMINAR (R\$) 0

PRELIMINAR TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

6 SEGURO P A G O 18/05/2017

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

NAO VAL DO CONTRA TRANSPRENCI 0

BAYEX-PB - LOCAL

2294



19/05/2017

54402

CONTRAN

DETRAN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267829 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIEL FONTES DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267829 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIEL FONTES DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Marcos Antônio de Silva
brasileiro(a), CPF do, inscrito(a) no CPF sob o nº 071.509.010-10, portador(a)
de RG nº: 2.921.902 com endereço à
Rua Dom Benedito, s/nº, Bairro São José, João Pessoa - PB

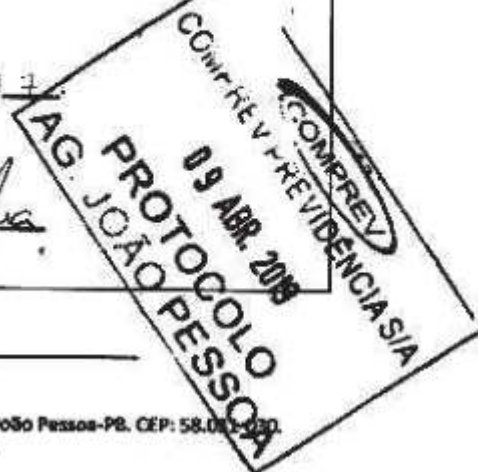
OUTORGADOS: WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO, brasileiro, casado, advogado, autônomo, portador de OAB-PB nº. 15.860, com endereço profissional à Rua Juiz Ovídio Gouveia, 207, Sala 305, Edifício Turmalina Trade Center, Bairro Pedro Gondim, João Pessoa – PB.

PODERES: Por este Instrumento o outorgante supra qualificado, nos termos do art. 105 do NCPC, nomeia e constitui os Outorgantes acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las e nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, como também, como também confessar, transgredir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimento administrativos, receber e dar quitação, levantar, requerer, ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores inclusive cheques decorrentes a condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser subestabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a) (s) outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060/50 e art. 98 e segs do NCPC.

João Pessoa, 09 de março de 201 7.

Marcos Antônio de Silva
OUTORGANTE



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Outorgante: **MARCIEL FONTES DA SILVA**, brasileiro, casado, representante comercial, inscrito no CPF sob nº 071.599.614-20, portador do RG nº 2923403 SSP/PB, residente e domiciliado à Rua Ana Barbosa de Oliveira, nº 15, Bairro: Jardim Brasília – em Cabedelo/PB.

Outorgado: **WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.660, com endereço profissional situado à Rua Francisco Manoel, 90, Jaguaribe, João Pessoa/PB, CEP 58015-590.

PODERES: o outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador amplos poderes para o foro em geral, nos termos do art. 105 do NCPC, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais, autarquias e especialmente perante requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio **Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito do cliente acima mencionado, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Desta forma tratando de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer indenizações, desistência, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer juízo, Instância ou tribunal, propor ação revisional e/ou inicial, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, renunciar aos valores excedentes a 60 salários mínimos em razão do procedimento especial (art. da lei 10.259/2010), transigir, firmar compromissos e acordos, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem. Bem como, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARAÇÃO: O(a) (s) outorgante(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060/50 e art. 98 do NCPC.

João Pessoa, 21 de maio de 2019.

Marciel Fontes da Silva

Outorgante
CPF Nº 071.599.614-20

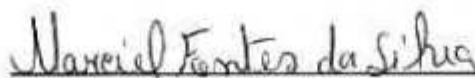
CARTEIRA
M. DA FRANCA

INTERO DA FRANCA SERVIÇO
5º Ofício de Notas
11.2244.8000

MONTEIRO DA FRANCA

DANILAO PEREIRA JUNIOR

REDACTED

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de(s) **MARCIEL FONTES DA SILVA** 
Em test. da verdade: João Pessoa-PB 21/05/2019 16:48:55
Luciano Augusto de Farias Macedo - Escrevente
[2019-023955]EML:R\$ 49,91 FAPREV:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 2,49 ISS:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1041078-10FE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV

OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S

29 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121593/19

Número do Sinistro: 3190267829

Vítima: MARCIEL FONTES DA SILVA

CPF: 071.599.614-20

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/08/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIEL FONTES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO : 056.519.544-14

Comprovante de residência

Procuração

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: 29/05/2019
Nome: WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO
CPF: 056.519.544-14

WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA