

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, 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



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 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:  DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	071.599.614-20	MARCEL FONTES DA SILVA		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RÁDIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP 01/08/2012</b>				
Nome completo: MARCEL FONTES DA SILVA				
Profissão: VENDEDOR	Endereço: RUA ANA MARIA DE OLIVEIRA, N° 15	CPF: 071.599.614-20	Número:	Complemento:
Bairro: JARDIM BRASIL	Qdade: CABEÇEIRA	Estado: PR	CEP: 58.310-000	
E-mail: MARCEL.FONTES@GMAIL.COM.BR		TEL(DDD): 18319.8719-5294		

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

#### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:				
<input type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<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	
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA</b>				
<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: 1511	012	CONTA: 00003837	4	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		

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

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

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

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a regras 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 Lider 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 ÓRGÃOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

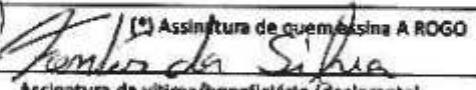
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (não nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/filhos vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)   
 Assinatura do Procurador (se houver) 

Assinatura do Representante Legal (se houver) 

Assinatura do Procurador (se houver) 

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
 09 APR 2013  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

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



**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 integra: 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, expeço 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







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES, 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1021549



## Identificação do paciente

ID 1201632	Nome MARCEL 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 Crm		
Local de procedência CASTELO BRANCO		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade CABEDELO	CBOR		

## Endereço

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

## Admissão

Data e Hora 18/06/2017 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	Detalhe 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	P脉	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 ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
7691475

REFERÊNCIA  
7691475

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2017

MARCEL FONTES DA SILVA  
RUA ANA BARBOSA DE OLIVEIRA 15

JARDIM BRASILIA 58310-000  
CABEDELO

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
004.03.070.0212	0	0 0 0 0	7691475
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
Y11X161240	11/11/2011	1	LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (m3)		NUM. DE DIAS		PROXIMA LEITURA	
235		247		12		33		14/08/2017	
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-HS									
JAN/2017	9	0	PARANETROS	EXIG.	ANALIS.	CÓNFORMES			
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	COL.TERMO	0	0	0			
MEDIA(m)	12		DADOS REFERENTES A:MAI/2017						

DATA DA LEITURA: 17/07/2017		HORA DA LEITURA: 10:50:52	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO
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\$4,29 PIS E COFINS, LFT 12.741/12

Total a Pagar:

VENCIMENTO: 27/07/2017 R\$47,68

V.16.11 R. 1.0

INDICAÇÃO DE LEITURA: CONFIRMADA  
INDICAÇÃO DE FATURAÇÃO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL  
POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
EXISTE(H) CONTAS(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO  
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA  
09 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA  
AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA

Nº Documento: 201904242608

**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL: N° 160572029  
 Informações e/ou reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

 CÓDIGO PARA  
 DÉBITO AUTOMÁTICO  
 000242608

 VENCIMENTO  
 15/04/2019

MATRÍCULA	CLIENTE	CEP/CNPJ:	
000242608	WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO	056.000.000-00	
INSCRIÇÃO	ENDERECO DO IMÓVEL		FATURA
001.608.265.0259.000	AV FRANCISCO MANCIL, 30 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-590		04/2019
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA	ESGOTO
		LIGADO	LIGADA
ULTIMOS CONSUMOS		LEITURA	CONSUMO CONSUMO/DIA
03/2019 - 12	02/2019 - 8	ANTERIOR	(M <sup>3</sup> ) DIAS (M <sup>3</sup> )
01/2019 - 26-PP	12/2018 - 14-2	76	9 32 0,26
11/2018 - 18	10/2018 -	01/03/2019	NºSmt: 2177798316
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
+	9	R 53315	

## DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

## CONSUMO POR FAIXA

## VALOR R\$

ÁGUA RESIDENCIAL CÓD. UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	9 M <sup>3</sup>	37,50
ESGOTO RESIDENCIAL CÓD. UNIDADE CONSUMO DE ESGOTO		
ACRESCIMO(S) PREVISTO ANTO.	02/2019	30,35
JUROS DE MORA	02/2019	1,44
		0,35
<b>COMPREV</b> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 29 MAIO 2019 <b>PROTOCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>		
Valor aproximado dos tributos FIS e COFINS, Lei 12.830 de 2012. R\$ 19,27		
	<b>TOTAL</b> R\$	70,04

ABRT. VERDE: \*CHOCO DE ACIDENTE DE TRABALHO.

## INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 03/2019

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.H.			Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 09/04/2019


 MATRÍCULA:  
 000242608

 INSCRIÇÃO:  
 001.608.265.0259.000

 FATURA:  
 04/2019

 NÃO RECEBER APÓS:  
 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 <https://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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu WILSON MORAES NETO inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.518.544-14, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCIL FONTE DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 071.599.614/20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ - da Vítima MARCIL FONTE DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 071.599.614 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADM GAD Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

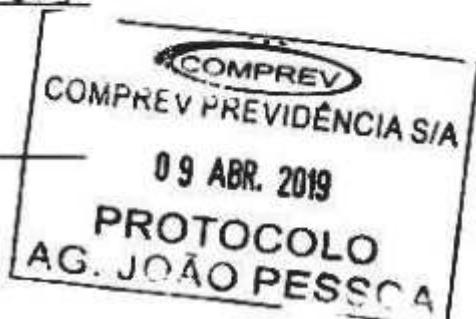
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA JUIZ OVIDIO GOUVIA, N° 2071 SL 305</u>		Número <u>253</u>	Complemento <u>2º ANDAR</u>
Bairro	<u>PEDRO LONDIM</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email	<u>JORDANA@WILSONMORAES.COM.BR</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(83) 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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

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

Pelo exposto, eu WILSON RIBEIRO DE MORAES Neto inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.519.544-14, 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 INVALIDEZ 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

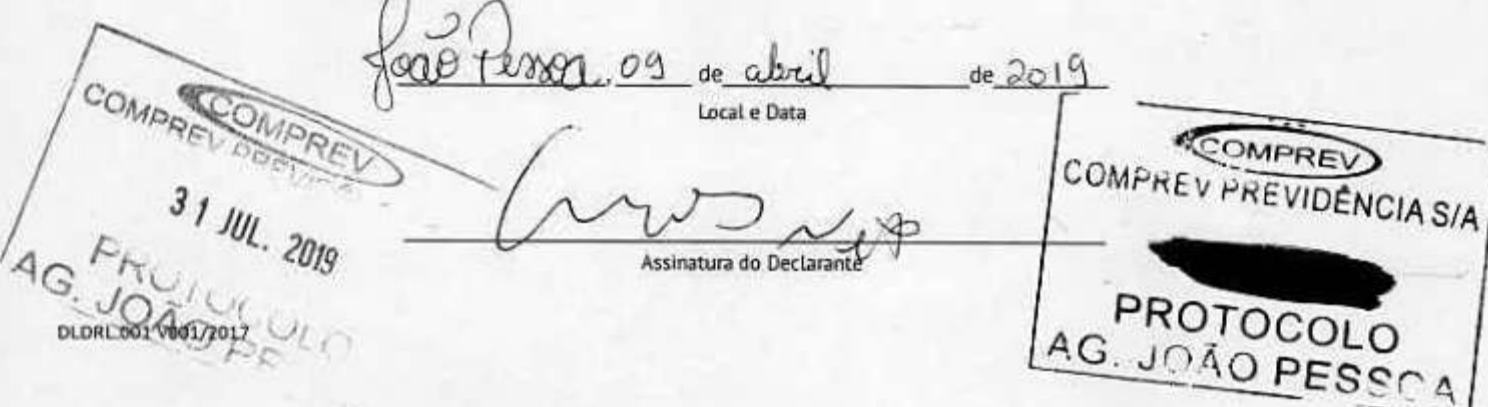
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA FRANCISCO MANZEL</u>		Número	Complemento
Bairro	<u>JAGUARIBE</u>	Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>	<u>CASA</u>
Email	<u>JOANA@WILSONMORAESADV.COM.BR</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 99958-9493</u>	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 98719-5294</u>	CEP <u>58045-590</u>

João Pessoa, 09 de abril de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARCEL 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

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



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES, 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1021549



## Identificação do paciente

ID 1201632	Nome MARCEL 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 Crm		
Local de procedência CASTELO BRANCO		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade CABEDELO	CBOR		

## Endereço

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

## Admissão

Data e Hora 18/06/2017 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	Detalhe 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

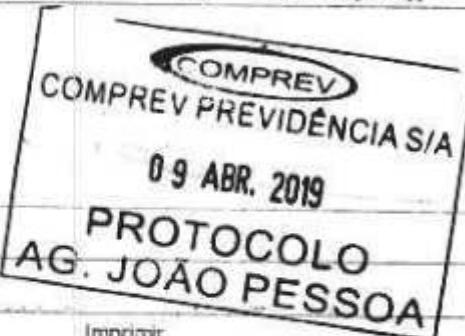
PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

## Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

CID

Tempo  
01min 08seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

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

## Anamnese

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

## MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

*SC*

## 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

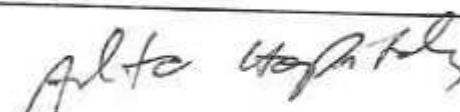
*COMPREV*  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**09 ABR. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## Conduta

Em observação



TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE  
(2563/PB)



*Alto Hospital*

MARCEL FONTES DA SILVA



Hospital Estadual da Emergência e Trauma  
Samaritano Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

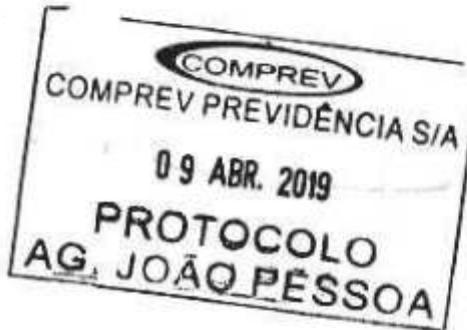
RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome MARCIEL FONTES DA SILVA		Data de 25/05/1986	Idade 31	Sexo MASCULINO	Nº 1021549	Nº Leito	Data Prescrição 18/08/2017 20:11:34	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Selar	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	Aparazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.				
1 Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
2 PARÉCER ORTO	0.0							

TEOFILHO GREGÓRIO DE ANDRADE  
CRM: 2563

18 de Agosto de 2017



Dr. Teofilho G. de Andrade  
Cirurgião Geral  
CRM 2563

Assinatura e Carimbo do Profissional

REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: MARCIEL PONTES DA SILVA

DOC. IDENTIFICO / CNS. NÚMERO: 2923403  
SSP: PB

CPF: 071.599.614-20 DATA Nascimento: 25/05/1986

PAI: ANTONIO RODRIGUES DA SILVA  
Mãe: MARIA DAS GRACAS PONTES

PERMISSÃO: ACC - CAVANA AB

Nº. INSCRIÇÃO: 04326969740 VALIDEZ: 10/12/2020 1ª HABILITAÇÃO: 17/12/2008

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1226733458

PRODUTO PLASTIFCAR

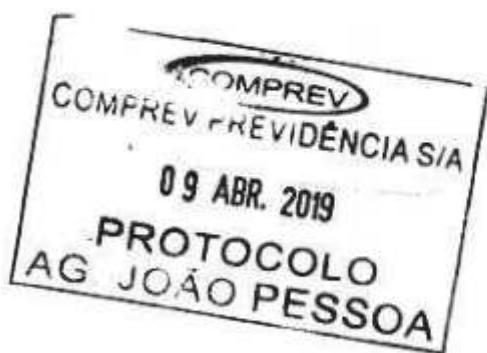
1226733458

JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 14/12/2015

Assinatura: 43431603145  
P0031772153

DETAN-PB (PARAIBA)





SEGUNDO O DECRETO DE 10 DE JUNHO DE 1934, PESSOALMENTE CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES ESTAMOS VIA DE DECISÃO AUTOMOTORES AUTOMOTORES.

ESTE É O SEU BILHETE DO SEURO DPVU  
PARA MANUTENÇÃO, LIAZED, MATERIAIS  
E CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

SKC DIVA-F 0000 022 1204

2059 01425

2017 19/05/2017

EN 657

KOB 155

5

1

10

11

10

1

1

10

1

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

#### AUTENTIFICACIÓN MÓVIL

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

# 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

**Valorização 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 EVIDENÇIA 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

**Valorização 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 EVIDENÇIA 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:** Marcel Furtado de Souza  
brasileiro(a), 000.000.000-00, inscrito(a) no CPF sob o nº 031.500.000-10 portador(a)  
de RG nº: 3424.463, com endereço à  
Rua Juiz Ovídio Gouveia, 207, Sala 305, Edifício Turmalina Trade Center, Bairro Pedro Gondim, 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.

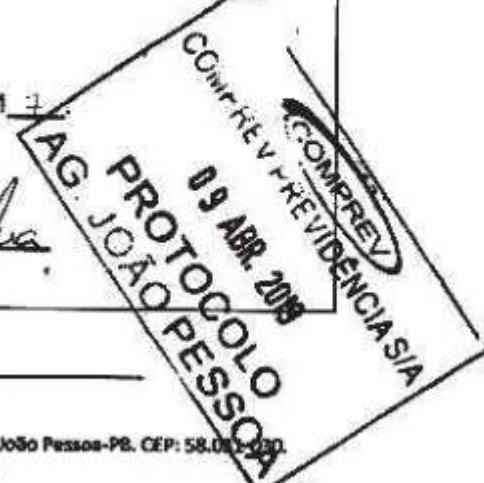
**PODERES:** Por este Instrumento o outorgante supra qualificado, nos termos do art. 105 do NCPC, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto 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-as, 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 julgamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), além de outros não expressamente constantes nesse mandado. 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. 96 e segs do NCPC.

João Pessoa, 09 de maio de 2011

Marcel Furtado de Souza

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 judicia 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



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

21 MAIO 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSO

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) des...  
MARCIEL FONTES DA SILVA  
En test. da verdade, João Pessoa-PB 21/05/2019 16:48:55  
Luciano Augusto de Fárias Macedo - Escrivante  
[2019-023953]DNIOL:R\$ 49,91 IPARFEN29 0,29 FEPD:R\$ 49,95 ISEN:R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: AID01078-10FE  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

# 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/08/2017

**Titular do CPF:** MARCIEL FONTES DA SILVA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILSON RIBEIRO DE MORAES NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA