

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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190254190 **Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA**

Data do Acidente: 16/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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. 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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

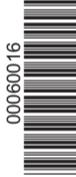
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	08.655.154-68	José Llamíño Pereira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: José Llamíño Pereira			CPF: 08.655.154-68	
Profissão: Agricultor	Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Reser	Número: 92	Complemento:	
Bairro: Maia	Cidade: Princesa Isabel	Estado: PB	CEP: 58.455-000	Tel.(DDD): (84)3846-1036
E-mail: hmc.advocacia@gmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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 OPCIÃO DE CONTA

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Princesa Isabel/PB, 28 de Fevereiro de 2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTOL
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 Nº do sinistro ou ASL: **408.655.154-68** CPF da vítima: **408.655.154-68** Nome completo da vítima: **José Flávio Pereira**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: José Flávio Pereira	CPF: 408.655.154-68		
Profissão: Agricultor	Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra	Número: 92	Complemento: Princesa Isabel
Bairro: Maia	Cidade: Princesa Isabel	Estado: PB	CEP: 58.755-000
E-mail: ihmc.advocacia@gmail.com		Tel.(DDD): (87) 3846-1036	

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

RENDIMENTO MENSAL:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input 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\$10.001,00 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 OPCIÃO 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: 0043 CONTA: 190653 (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 AUSSÉNCIA 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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

 Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não é aceitável

 Local e Data: **Princesa Isabel/PB, 27 de Maio de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

 (*) Assinatura de quem assina o RODO
José Flávio Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



C E R T I D Ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N°077/2019, LIVRO n° 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado Bruno Sergio Maciel de Queiroz.

DATA: 11 de fevereiro do ano de Dois Mil e Dezenove

HORA: 11h10min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

NOTICIANTE: JOSÉ DAMIÃO PEREIRA, brasileiro, casado, agricultor, RG: 1396290 SSP/PB, CPF 708.655.154-68, nascido em 04.06.1969, com 49 anos de idade, natural de Princesa Isabel/PB, filho de Francisco Caetano Pereira e de Maria Barbosa Pereira, residente no(a) Rua Prof. Antônio Eugenio Bezerra, nº92, Bairro Maia, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 16 de novembro de 2018, por volta das 18h, eu estava no centro de Princesa Isabel/PB; QUE pilotava sua MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS, PALCAMNK7756/PB, ANO/MOD: 2006, COR: PRATA, CHASSI: 9C2KC08106R962715, registrada em nome da Sra. SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA, quando em um cruzamento vinha um carro e eu fui frear e perdi o controle da motocicleta; QUE quando eu freei a motocicleta caiu em cima do meu pé esquerdo; QUE eu fui socorrido por populares para UPA(UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO)nesta cidade; QUE devido a queda, fraturei o osso do tornozelo do pé esquerdo.

é verdade, Dou fô. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante José Damíão Pereira

Agente/Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	08.655.154-68	José Llamíño Pereira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF: 08.655.154-68		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Agricultor	R. Prof. Antônio Eugênio Reser	92		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Maia	Princesa Isabel	PB	58.455-000	
E-mail:	Tel.(DDD): (84)3846-1036			

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input 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 OPCIÃO DE CONTA

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Princesa Isabel/PB, 28 de Fevereiro de 2019

Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
 02 ABR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

RX

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 16/11/2018

Cod. Prof: 21	Profissional: JAILSON DA PAIXAO RAMOS	Senha: Senha
Front. - Paciente: 29747 - JOSE DAMIAO PEREIRA		Front. Local:
Data Nasc.: 04/06/1969	Idade Pac.: 49 Anos, 5 Meses e 12 Dias.	RG: 196290
Endereço: RUA - PROFESSOR ANTONIO BEZERRA		Nº: S/N
Bairro: MAIA	Município: PRINCESA ISABEL	
Nome da Mãe: MARIA BARBOSA PEREIRA		Cartão SUS: 700303937744438
Data e Hora da Recepção: 16/11/2018 18:39	Nº da Ficha: 90415	Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLÍNICA MEDICA

Data: 16/11/2018 18:59:

Profissional da Pré-Consulta: 100 - ROSINES MEDEIROS FREITAS

COREN370840

P.A.: 144 X 91 mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

DOR E EDEMA EM PÉ ESQUERDO APÓS MOTO CAIR POR CIMA DO PÉ HÁ +- 1 HORA.

Medicamentos em Uso:

NEGA.

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

16/11/2018 18:56:37 JAILSON DA PAIXAO RAMOS

PCTE SEQUEIXA DOR PE E POSTERIOR QUEDA DE MOTO

- Informações De Exames:

Código SUS	Descrição
02-04-06-015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

Código Descrição

382	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM	Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequencia
334	DIPIRONA 1G/2ML	1	AMP	IM	AGORA
		1	AMP	EV	AGORA

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARROS"
RUA DEL PARQUE, Nº 222 - CENTRO - CEP: 58010-000 - FONE/FAX: (83) 3457-2270
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 02/02/2019 10:30:15

Marta Rodrigues dos Santos - Escrivente
(2019-000304) ENDL:R\$ 2,48 FARFEN:R\$ 0,29 FEP:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AHX98070-XXT6

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jud.br>COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

J. Jailson P. Ramos
CRM-PB 8802
CREMEPE 20431

Jose Damiao Pereira
Assinatura do Paciente/Responsável

JAILSON DA PAIXAO RAMOS C.R.M.: 8802-PB

SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA
RUA PROFANTONIO EUGENIO BEZERRA, 92 - MAIA
PRINCESA ISABEL/PB CEP 58755000 (AG 166)

Emissão: 28/12/2018 Referência: Dez / 2018

Classe/Síntese: RESIDENCIAL / BAIXA FENDA MONOFÁSICO B25 Km 25 - Círculo Redentor - Jaboatão/PB - CEP 58101-000
Rolo: 17 - 165 - 140 - 5090 N° medidor: 000089904128

ENERGISA PARNAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Círculo Redentor - Jaboatão/PB - CEP 58101-000
CNPJ 02.035.112/0001-49 - Insc Est. 16015222-9

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°017.771.57
Cód. para DBA Automática: 09994620405

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI:
Dez / 2018	28/12/2018	28/01/2019	928.450.904-49 Insc Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/462060-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
O Desligamento Programado é uma interrupção de energia necessária para realizar manutenção e melhorias na rede elétrica. Para saber se haverá desligamento na sua região acesse o nosso site ou o app Energisa On. Fique atento ainda aos avisos por SMS, e-mail, carta, jornal e rádio.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lerda	Data	Lerda	
28/11/18	2438	28/12/18	2580	
Demonstrativo				
GOI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Custo Atac. Iene/EPF Base Custo Fd/PB Cofre/PB
			Tributos Total(PB) ICMS(PB) ICMS(PB) PIS/Cofre(PB) IPI/ICMS(PB) IPI/ICMS(PB)	
0801	Consumo até 304 kWh-BR	30.000	0,287890	8,92 8,92 27 2,39 9,92 0,09 0,43
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70.000	0,483640	34,94 34,94 27 9,22 34,94 0,37 1,72
0801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	41.000	0,740300	30,35 30,35 27 9,19 30,35 0,33 1,52
0801	Adic. B. Amarela			0,04 0,04 27 0,01 0,04 0,00 0,00
0810	Subsídio			47,02 47,02 27 12,79 47,02 0,51 2,35
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		10,27	0,09 0 0,02 0,00 0,00 0,00
0806	Devolução Subsídio		-31,47	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação de Item - TOTAL 107,98 120,58 32,55 120,58 1,30 8,92
Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

164

08/01/2019

R\$ 107,98

Histórico de Consumo (kWh)

200 | 213 | 203 | 180 | 164 | 155 | 148 | 157 | 148 | 127 | 152 | 137
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

COMPRAVAGAR FSC03

bf3f83ed.fcfcd.5248.41bd.a75c.bd1e.496b.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIGMENSAL	7,86	1,67
DIGTRIMESTRAL	15,22	
DIGANUAL	30,45	NOMINAL
DIGMENSAL	3,61	220
DIGTRIMESTRAL	7,22	CONTRATADA
DIGANUAL	14,45	LIMITEINFERIOR 202
DIGC	4,31	0,00
DIGRI	12,22	LIMITESUPERIOR 221

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
serviços de Dist. de Energia/PB	17,47	16,19
Campanha de Energia	25,92	23,65
serviços de Transporte	2,73	2,43
Encargos Sociais	4,13	3,79
Imposto de Distrito e Encargos	59,74	54,46
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	107,98	100,00

ATENÇÃO

Valor do BUEI (Ref. 10/2018) R\$127,00

Faturas em atraso

Nov/18 111,51

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/01/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esta data não remove a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso o mesmo seja efetuado o pagamento dessa(s) fatura(s) acomida, desconsiderar essa mensagem.

* Sua unidade foi registrada como Baixa Fenda, tendo um desconto de R\$11,47

PARAIBA

Rolo: 17 - 165 - 140 - 5090
Matrícula: 462060-2018-12-0

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

08/01/2019

R\$ 107,98

83690000001-6 07980054000-1 04620602018-5 12000165019-7

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TIM
BLACK

25000968

四

CTC RECIFE PE PL5

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
RUA PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 124
ESCRITORIO
CENTRO
56670-000 TRIUNFO PE



7214048718 44717 99000005511 30 291118



BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Venha para o Conto Digital e tenha 500 MB de Bônus todo mês.

A rectangular stamp with a double-line border. Inside, the word 'COMPREV' is written in a large, bold, sans-serif font, with 'COMPREV' partially cut off on the right. Below it, 'SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.' is written in a smaller, all-caps sans-serif font. At the bottom left, '02 ABR. 2019' is stamped in a smaller font. The stamp is tilted slightly clockwise.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Haroldo Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Flávio Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 408.655.154 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Finalidade da Vítima João Flávio Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.655.154 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Advogado Renda: Recuso Informar 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	Número	Complemento
<u>Praca 15 de Novembro</u>	<u>124</u>	
BAIRRO	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>PE</u>	<u>56.840-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>hmc.advocacia@gmail.com</u>	<u>(84) 3846-1036</u>	

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Juiz de Fora, 28 de Fevereiro de 2019.

02 ABR. 2019

Local e Data

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA,
RG nº 1.705.469, data de expedição 30/06/2015,
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 929.450.904-49, com
domicílio na cidade de Roncador, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Juvenal, Antônio Eugênio Bezerra, nº 92,
complemento maia, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ DAMIÃO PEREIRA, cujo o condutor era
JOSÉ DAMIÃO PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLE /NAT APRIL

Modelo: HONDA /CG 150 TITAN KJ

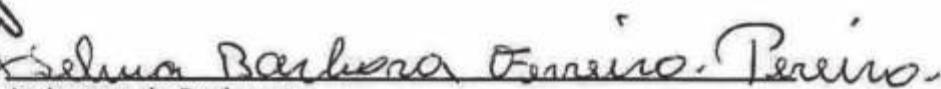
Ano: 2006/2006

Placa: MNK 7750-1PB

Chassi: 920K08106R962715

Data do Acidente: 16/01/2018

Local e Data: Roncador/PB, 20 de fevereiro de 2019.


Assinatura do Declarante

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



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 16/11/2018

PRESCRIÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

Cod. Prof: 37

Profissional: JAILSON DA PAIXAO RAMOS

Pront. - Paciente: 29747 - JOSE DAMIAO PEREIRA

Cartão SUS: 700303937744438

Data Nasc.: 04/06/1969

Idade Pac.: 49 Anos, 5 Meses e 12 Dias.

RG: 196290

Endereço:

Bairro:

Município:

Nome da Mãe: MARIA BARBOSA PEREIRA

Data e Hora da Recepção: 16/11/2018 18:39

Nº da Ficha: 90415

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

- Informações Medicamentos:

Grupô: 0

Código	Descrição	Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequencia
382	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM	1	AMP	IM	AGORA
334	DIPIRONA 1G/2ML	1	AMP	EV	AGORA

Dr. Jailson da Paixão Ramos
CRM-PB 196290
COREN-PB 463793

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMIROS BARROS"
RUA CEL. MARQUES, 228 - CENTRICO - CEP 50000-000 - FONE (83) 3457-2270
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 08/02/2019 10:30:16
Marta Rodrigues dos Santos - Escrivã
[2019-000305] ENOL:R\$ 2,48 FARPN:R\$ 0,71 REPJ:R\$ 1,50
SELO DIGITAL: AHX98071-0UY8
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/autenticar>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Jailson P. Ramos
CRM-196290
COREN-PB 463793

Assinatura do Profissional



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) _____

José Damião Pereira

foi atendido(a) nesta Unidade, no dia 21/11/18 e necessita
afastar-se do seu trabalho por um período de 60 (sessenta)
dias, a partir da presente data, por motivo de doença. CID nº S 82.6

Princesa Isabel - PB 21, 11, 18

~~Dr. Elson Almeida~~

~~Assinatura e Carimbo do Médico~~

~~Autorizo divulgação do CID~~

Assinatura do Paciente

Preencher atestado conforme resolução do CFM Nº 1.658/2002

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A,
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) José Domingos

Perneiro

foi atendido(a) nesta Unidade, no dia 30/11/18 e necessita afastar-se do seu trabalho por um período de 04 (quatro dias) dias, a partir da presente data, por motivo de doença. CID nº 10 592

Princesa Isabel - PB 30/11/18

Dr. Jailson P. Ramos
CRM-PB 3302
CREMEPE 30431

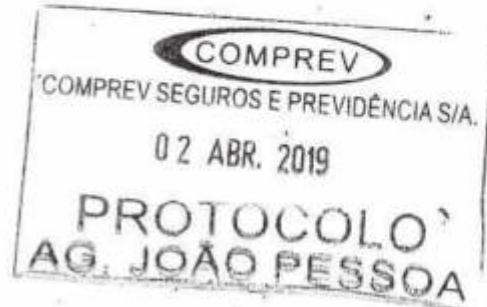
Assinatura e Carimbo do Médico

Autorizo divulgação do CID

Assinatura do Paciente

Preencher atestado conforme resolução do CFM Nº 1.658/2002

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____

*Emerson o S.º Deuini
Prazer os H.R.P. para
colocar a sua assinatura*

A. Pessan

José Deuini
Médico
(Médico / Gakimbo / CRM)

Data: 19/11/18

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 Abr. 2019

PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO
SERIAL 1.396.290 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2011

NOME: JOSÉ DAMIÃO PEREIRA

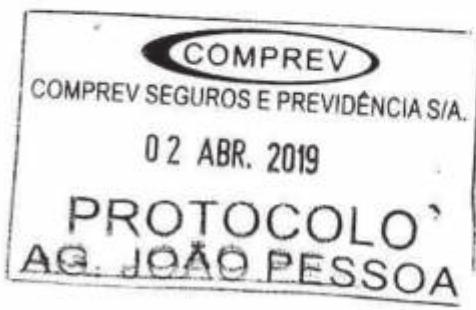
PAI/AO: FRANCISCO CAETANO PEREIRA
MARIA BARBOSA PEREIRA

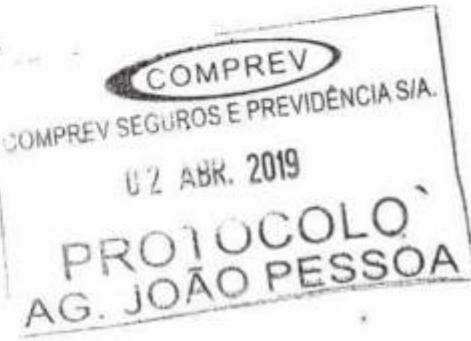
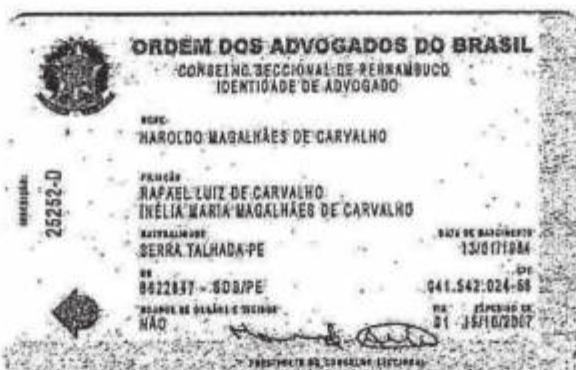
NATURALIDADE: PRINCESA ISABEL-PB DATA DE NASCIMENTO: 04/06/1969

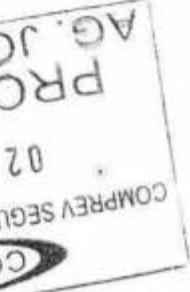
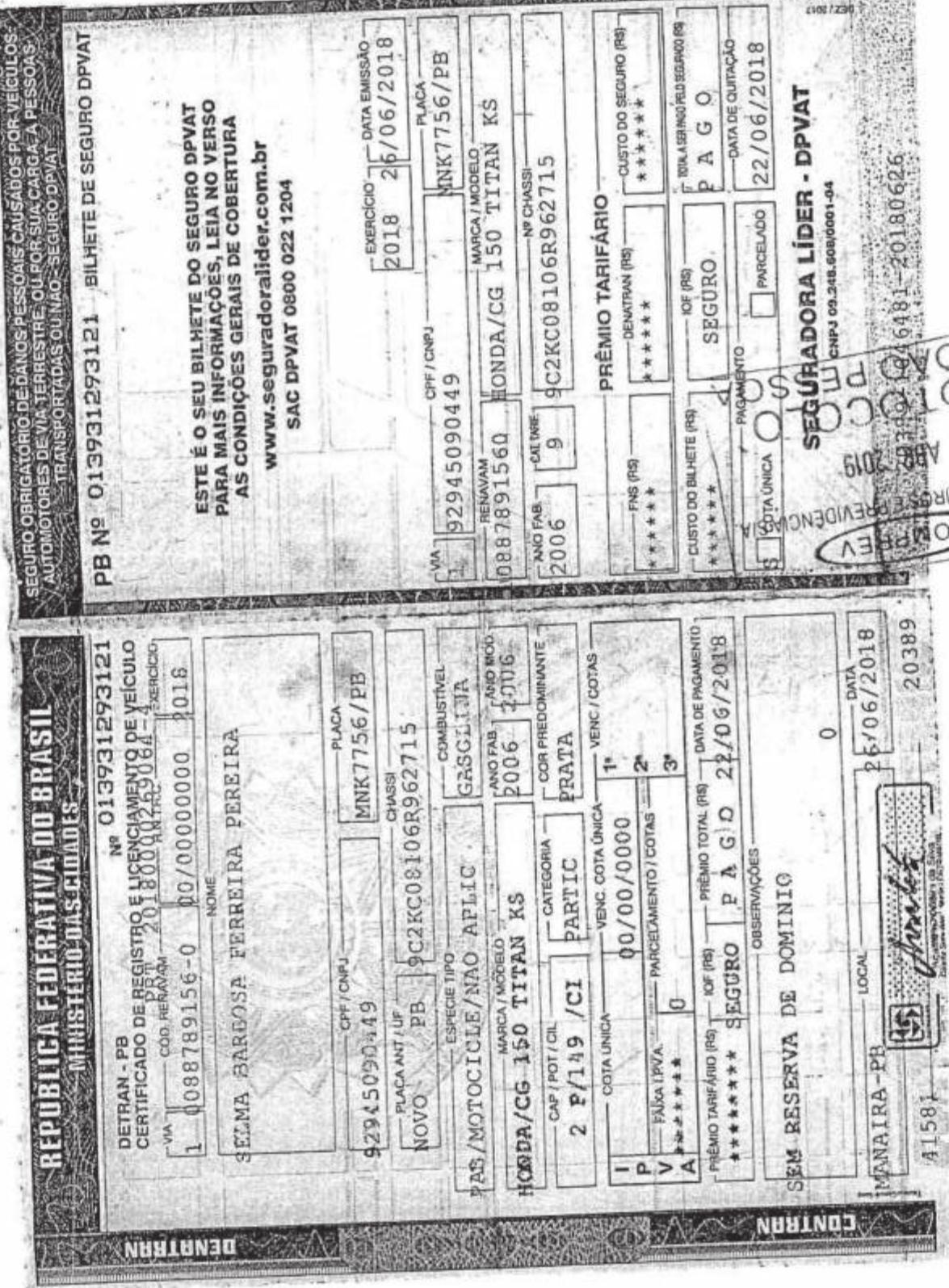
DOC. CRIMEN: 708.655.154-68

CASAM N. 6729 FLS. 66V LIV. BA19
CARTÓRIO PRINCESA ISABEL PB

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 20/08/88







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254190
Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Cidade: Princesa Isabel
Data do acidente: 16/11/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE PÉ ESQUERDO. (ATO DECLARATÓRIO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM 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: 3190254190
Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Cidade: Princesa Isabel
Data do acidente: 16/11/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE PÉ ESQUERDO. (ATO DECLARATÓRIO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM 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