

---

**Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190008971**

**Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 05/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

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, 23 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190008971**

**Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

**Data do Acidente: 05/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **JOSE MARCOS DA SILVA FILHO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000003146**

Conta: **0000004957-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

05015724497 José Marcos da Silva Filho

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

Nome completo:

CPF:

José Marcos da Silva Filho 05015724497

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Carpinteiro Rua Rivalva O. da Silva 374 APTO 102

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

Gramame João Pessoa PB 58068-115

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3146

CONTA:

049578

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

Local e Data:

Nome:

CPF:

João Pessoa - PB 02/01/19

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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







SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10048.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10048.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:13 horas do dia 20 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **José Marcos da Silva Filho**, CPF nº 050.157.244-97, RG nº 281171934 SECC/RJ, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Gesilda Silva dos Santos e José Marcos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/08/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Risalva Oliveira da Silva, Nº 174, complemento ap. 102, residencial SHALOM, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Não Possui, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99843-5959.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Otacília Patriota de Almeida, Próximo Ao Posto de Combustível, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/08/18 10:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

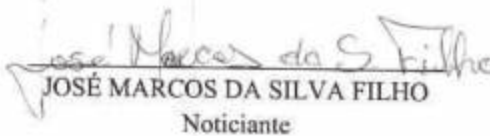
#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

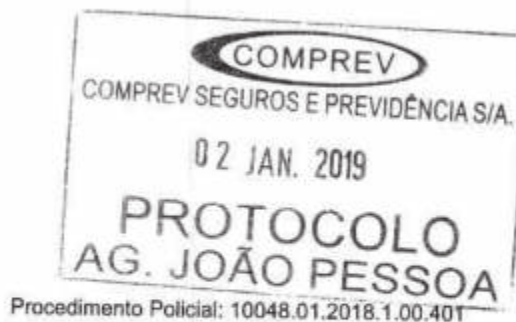
Que estava trafegando na rua Otacília Patriota de Almeida, bairro Água Fria, nesta capital, com seu veículo MOTO SHINERAY XY 50, com placa: OFG-3921/PB, chassi: LXYXCBL09F0229619, RENAVAM: 01140493997, registrado em nome de sua genitora, quando a condutora de um carro que vinha em sua frente, freou de repente com a lanterna de freio apagada, e culminou colidindo na lanterna traseira do lado do motorista deste carro. Relatou que foi socorrido pela própria condutora do carro para o TRAMINHA DE MANGABEIRA onde ficou internado para ser cirurgiado (certidão nº 1616/2018, expedida pela médica FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO, CRM/PB:4516).

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, 20 de dezembro de 2018.

  
**LIÉLIA MORAIS DA SILVA**  
Escrivão de Polícia

  
**JOSÉ MARCOS DA SILVA FILHO**  
Noticiante





# 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:

05015724497 José Marcos da Silva Filho

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

Nome completo:

CPF:

José Marcos da Silva Filho 05015724497

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Campeiro Rua Rivalva O. da Silva 374 APTO 102

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Gramame João Pessoa PB 58068-115

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3146

CONTA:

049578

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ao valor devido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

Local e Data:

Nome:

CPF:

João Pessoa - PB 02/01/19

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

02 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 150982 Atd: Nao Regul  
Data: 05/08/2018  
Hora: 11:14:38  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2  
Num. Prontuario: 2018.04.001327

Nome: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 281171934 Fone: 998435959

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1983 Id: 35 ano(s)

End.: RUA RISALVA OLIVEIRA DA SILVA, 174\*NAO POSSUI CNS, ORIENTADO

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: GESILDA SILVA DOS SANTOS

Paí: JOSE MARCOS DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: COZINHEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

Tel/Doc. Responsavel: 998435959 / IDENTIDADE: 281171934

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO HJ PELA MANHA

Vitima de violência por: POR TRAZ DA PREFEITURA EM AGUA FRIA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

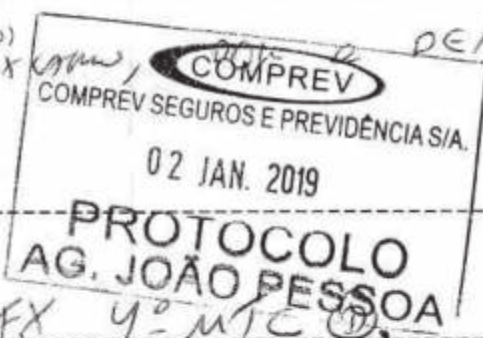
Observacao

Caixa Principal

ERE TRAUMA EM REGIAO DO DEDO DA MAO D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente refere colisao moto x carro, em 4º QDD.



Diagnostico

Conduta

FRATURA 4º MTC com desvio M. FX 4º MTC D.

Prescrição

Horario da medicacao.

ROTACIONAL.

INTERVALO PITRATAMATO clinico

Dr. JACQUES



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia

☐ Alta a pedido

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

☐ Transferido

☐ Enfermaria

☐ Desistencia ☐ UTI

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

**PROTOCOLO**  
**AG. JOAO PESSOA**

02 JAN 2019

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03146

CONTA: 000000004957-8

---

Nr. da Autenticação 87D2C36267EA44CB



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS 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

MATRÍCULA

717504.0001

REF. 12/2018

18/11/2018

CÓPIA DE CONTRATO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

REGINA FLORINDO DA SILVA  
RUA RINALVA OLIVEIRA DA SILVA, 174 - APT 102 -  
GRAMAMA JOAO PESSOA PB 58068-115

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	

001.036.219-0303.102

102

1

0

0

0

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
------------	--------------------	-------------	---------------	-----------------

Y16N122492

25/10/2016

EXTERNO

LIGADO

POTENCIAL

ANÁLISE DE ÁGUA E ESGOTO (MÉDIA DE DIÁMETRO DE 100MM)					
93	104	11	23	03/12/2018	
TESTE COM. / FATOR LEIT. / QUALID. ÁGUA ABERTO DO FONE. 05-251-80					
QUI/2018	10	PARÂMETROS	LEIT.	ANÁLISE	CONDIÇÃO
SET/2018	10	TURBIDEZ	0	0	0
AGO/2018	10	CLORO	0	0	0
JUL/2018	9	COL. FERRO	0	0	0
JUN/2018	9	COR	0	0	0
MAI/2018	9	COL. TOTAIS	0	0	0
MED. (M)	9	DADOS REFERENTES A 14/12/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 05/11/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:17:11

DESCRIÇÃO	EXTENSÃO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	379,10
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,20 M3 - 1 M3	1 M3	4,20
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRINTA E OIS R\$ 383,30 (R\$ 383,30) (R\$ 383,30)

VENCIMENTO:

17/11/2018

Total a Pagar:

R\$ 383,30

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO TATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM DOGO GAIRO"

02 JAN. 2019

TIPO DE TACITA

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA





株式会社 日本経済新聞社 印刷部 印刷課 印刷係 印刷係長 印刷係員  
 〒100-8001 東京都千代田区千代田 1-1-1 日本経済新聞社 印刷部 印刷課 印刷係 印刷係長 印刷係員  
 TEL: 03-5561-1111 FAX: 03-5561-1112

Call now! 1-800-4-A-TOYOTA  
Call now! 1-800-4-A-TOYOTA

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura						
01/01/10	0000	01/01/10	0000						
Demonstrativo									
001	Descrição	Quantidade Teórica	Valor Realizado	Adic. Emp.R\$	Embalagem Po(R\$)	Cobrança(R\$)			
		Teórica(R\$)	Realizado(R\$)	Adic. Emp.R\$	Embalagem Po(R\$)	Cobrança(R\$)			
001	Consumo energia	200.000.000.000,00	180.46	100.46	36	40.71	180.46	1.70	2.58
001	Adic B Energia		4.73	4.73	1.16	4.73	0.94	0.00	
001	Adic B Energia		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
SALDO ANTES DO PAGO									
007	CONTROLO SERV. LIMPEZA		11.34	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	

Media últimos meses (kWh)	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	-------------	---------------

28/11/2018

RS 198.62

28/11/2018  
Historico de Consumo (kWh)

1	23	44	55	4	105	224	203	167	201	151	208
19517	28013	44015	51019	Var1E	44016	50115	54119	50118	42119	50119	54119

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

4. *Journal of the American Statistical Association*, 93, 1998, 1039-1047.

Indicadores de Qualidade

[illegible]

## ATENÇÃO

**COMPRESO**  
Faturas em atraso

...and the other ...

COMPREV

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## 2. Results

● 選取適當的「標本」

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**
$$\text{其逆映射: } \frac{1}{2}x + \frac{1}{2} = \frac{1}{2}x' + \frac{1}{2} \Rightarrow (5)$$

1997年12月1日

28/11/2018

RS 198.62

83640000001-1 98620149300-0 16983582018-7 11400005019-4



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 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 Alexandre Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Marcos da Silva Filho inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 050.157.241-97 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima  
José Marcos da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.157.241-97 conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Agente Fiscal José C. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58055-384</u>
Email	Telefone comercial (DDD) <u>98663-4900</u>		Telefone celular (DDD) <u>99342-1170</u>

João Pessoa de Janeiro de 2019  
Local e Data

Alexandre Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Gesilda da Silva dos Santos,  
RG nº 369.782-2-Via data de expedição 04/06/2018  
Órgão SSDS, portador do CPF nº 160.811.454-68, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Marilene Barbosa dos Santos nº 60-3 B-3/AP109  
complemento Paratibe, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jose Marcos da Silva Filho cujo o condutor era  
Jose Marcos da Silva Filho.

Veículo: Ciclomotor  
Modelo: SHINERAY XY 50Q  
Ano: 2015  
Placa: OFG3921/PB  
Chassi: LXYXCBL09F0229619  
Data do Acidente: 05/08/2018  
Local e Data: Atras da Prefeitura 05/08/18

Gesilda da Silva dos Santos  
Assinatura do Declarante



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

 **CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA LAURELIO KAMITSCHKE, S/NP - ERNESTO DEISEL - CEP 58075-401 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (31) 3331-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de GESILDA DA SILVA DOS SANTOS, [112354], J. Pessoa-PB, 14/12/2018 12:51:41  
Emol: R\$9,48 Farpen: R\$0,28 Fepjs: R\$1,90 ISSAR: R\$0,47. Em  
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMIL FERRIRA SILVA  
Selo Digital AHX88650-7XRO Consulte em  
<https://selodigital.tin-tim.mec.br>





## CERTIDÃO


Nº. 1616/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 150982 e Prontuário nº 2018.04.001327 pertencentes a **JOSE MARCOS DA SILVA FILHO** que foi atendido dia 05/08/2018 às 11H14min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em 4º dedo da mão direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 4º dedo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/08/2018 com alta médica dia 13/08/2018.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de novembro de 2018

  
\_\_\_\_\_  
Médica  
CRM/PB 4516





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSE MARCOS DA SILVA FILHO Data da Admissão: 05/08/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/  
Escolaridade: \_\_\_\_\_

QPD: DOA e DEFORMIDADE em 4000

HDA: VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO, COM  
TRAUMAS EM MTO.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematemese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Intenção de volume

AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematuria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposo [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Anorexia [ ] Espasmos

SN e PSO: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF  
[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa  
[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo  
[ ] Alcoolismo  
Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_  
Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_  
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_  
Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: FX 4º MTC @, CD - DESVIO ROTACIONAL

Conduta: INTERNAÇÃO P/ TRATAMENTO CIRÚRGICO.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

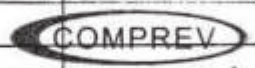
02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

*[Assinatura]*  
Dr. JACQUES



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> <i>Jose M. S. Filho</i>				<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>	<b>Clínica:</b>	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b>	<b>Cirurgião:</b> <i>Ricardo R. Chircencio</i>			<b>1º Assistente:</b>	
<b>2º Assistente:</b>		<b>3º Assistente:</b>		<b>Instrumentador:</b>	
<b>Anestesista:</b>		<b>Tipo Anestesia:</b>		<b>Horário:</b> I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Frotas 40w (D)</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>D. Muro</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Osteocutânea</i>					
					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: 150px;">   COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  02 JAN. 2019  <b>PROTOCOLO</b>  <b>AG. JOÃO PESSOA</b> </div>
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b>		1 ( ) Sim 2 (X) Não		<b>Descreva:</b>	
<b>Biópsia de Congelação:</b>		1 ( ) Sim 2 (X) Não			
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b>					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

CONDICÃO DE

Incisão:

CONDICÃO DO DEDO LPO

Proceder mantendo o

Achados:

limite do subcutâneo  
do músculo do polegar  
LPO (D).

Conduta:

sem suturas



Fechamento:

OBS:

<b>COMPREV</b>
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 JAN. 2019
<b>PROTOCOLO</b>
<b>AG. JOÃO PESSOA</b>

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO		QUARTEL NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>NOME</b> JOSE MARCOS DA SILVA FILHO</p> </div> <div> <p><b>DOC. IDENTIFIC. / CONTRA-SINCRONIZ.</b> 201171934</p> </div> <div> <p><b>SECC</b> RJ</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>CPF</b> 050.157.244-97</p> </div> <div> <p><b>DATA NASCIMENTO</b> 23/08/1983</p> </div> </div>							
<p><b>FUNÇÃO</b> JOSE MARCOS DA SILVA</p>							
<p><b>GERILDA SILVA DOS SANTOS</b></p>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>PERMISSÃO</b> PERMISSÃO</p> </div> <div> <p><b>ACC</b> ACC</p> </div> <div> <p><b>CAUSA</b> RJ</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>SP. EXISTENTE</b> 07056378.001</p> </div> <div> <p><b>DATA NASC.</b> 11/07/2018</p> </div> <div> <p><b>1ª FUNDACÃO</b> 11/07/2018</p> </div> </div>							
<p><b>COMPROVAÇÃO</b></p> <p>KAR:</p>							
<p><i>Jose Marcos da Silva</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><b>LOCAL</b> JOAO PESSOA, PB</p> </div> <div> <p><b>DATA EMISSÃO</b> 11/07/2018</p> </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>Arabela</i></p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR</p> </div> <div> <p>50254151837</p> <p>PB036338176</p> </div> </div>							
<p style="text-align: center;"><b>PARAÍBA</b></p>							

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1656472180

PROIBIDO PLASTIFICAR

1656472180

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
02 JAN. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



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

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC IDENTIDADE / OUTRA EMISSÃO DE  
2627718 SSP PB

CRT DATA NASCIMENTO  
046.502.754-74 21/08/1982

FUNÇÃO  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO REC CATENB  
B D

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª EMISSÃO  
01851269660 16/01/2019 29/06/2001

CRÉDITOS

*Alexandra Cesar Duarte*  
SIGNATURE DO PARTICIPANTE

LOCAL DATA EMISSÃO  
JOAO PESSOA, PB 17/01/2014

*Rodrigo Carneiro*  
SIGNATURE DO CRÉDITO 66588356744  
PD027919595

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894056231

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
894056231

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190008971 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190008971 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 14/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Jose Marcos da Silva Filho,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
baladeiro, CI RG nº 281171934,  
CPF/MF nº 050.157.244-97 residente e domiciliado(a) à Rua  
Risulva de Oliveira da Silva, nº 174 AP 102,  
Cidade de João Pessoa, Estado  
Paraíba, CEP: 58068-415, telefone  
98663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74  
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José  
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 14 de Dezembro de 20 18.

Jose Marcos da Silva Filho

OUTORGANTE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001767/19

**Vítima:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

**CPF:** 050.157.244-97

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/08/2018

**Titular do CPF:** JOSE MARCOS DA SILVA  
FILHO

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### JOSE MARCOS DA SILVA FILHO : 050.157.244-97

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2019  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001767/19

**Número do Sinistro:** 3190008971

**Vítima:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

**CPF:** 050.157.244-97

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 05/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE MARCOS DA SILVA FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

Declaração Circular SUSEP 445/12

## 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: 09/01/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA