
Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587138

Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAUL HENRY DE SOUZA

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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587138

Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAUL HENRY DE SOUZA

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.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/08/2019, emitido pelo Dr. MATHEUS MEZART CRM nº 16718 - PR, da Instituição SECRETARIA DE SAÚDE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo 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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

041-508.624.86 Paul Henry de Souza

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

5 - Nome completo:

Paul Henry de Souza

6 - CPF:

041-508624.86

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Ferreiros da Silva

9 - Número:

81

10 - Complemento:

com

11 - Bairro:

Sta Teresinha

12 - Cidade:

Guarulhos

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

06200-00

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

11 33988547938

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

0042

CONTA:

88365

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Guarulhos SP 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2019
Ocorrência nº. 410/2019

Aos **QUINZE** dias de **AGOSTO** de **DOIS MIL E DEZENOVE** nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FELIX RIBEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, FONE 3271-2971 -aí, por volta 10h:00 min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

NOME: PAUL HENRY DE SOUZA conhecido(a) por **PAUL** Identidade nº 2711685/SSP/PB, CPF 041.508.624-86, nacionalidade brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: filho(a) de Ana de Souza e pai não declarado, natural de Guarabira/PB, nascido(a) 02/03/1982, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) Rua Joventina S da Silva nº 81 bairro Santa Terezinha tendo como ponto de referência: na cidade de Guarabira/PB, fone(s) para contato: 83—98665-3283

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) **Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

2) **data do fato: 13/08/2019**

3) **Horário do fato: 18: 00hs**

4) **Local do fato: Rodovia que liga Guarabira à Pirpirituba/PB**

5) **Breve resumo do fato:**

QUE informa o noticiante que no dia 13/08/2019 por volta das 15:56hs, conduzia uma moto HONDA NXR-150 BROS MIX KS, de cor preta, placa MQB-4816/PB, ano 2010, chassi 9C2KD0530AR009851, em nome de DÍGENILSON DA SILVA RIBEIRO, na Rodovia em que liga Guarabira à Pirpirituba/PB, ocasião em que perdeu o controle da mesma, vindo a cair ao solo, sendo socorrido por populares, que ora passava na rodovia, para o Hospital Regional de Guarabira/PB, onde foi constatado uma fratura na mão esquerda, conforme consta Prontuário Médico Hospitalar em anexo, que por este motivo registra a ocorrência e solicita certidão para os devidos fins.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

O mesmo indica na qualidade de testemunha

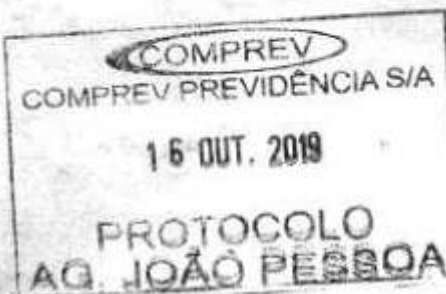
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitel.

Paul Henry de Souza

PAUL HENRY DE SOUZA

Comunicante

Rosicleide Rodrigues da Silva
Escrivã/Agente
Mat.127.554-2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

041-508.624.86 Paul Henry de Souza

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

5 - Nome completo:

Paul Henry de Souza

6 - CPF:

041-508624.86

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Ferreiros da Silva

9 - Número:

81

10 - Complemento:

com

11 - Bairro:

Sta Teresinha

12 - Cidade:

Guarulhos

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

06200-00

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

11 33988547938

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

0042

CONTA:

88365

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Guarulhos SP 16/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

P-49852

		ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS: ATADURA GESSADA/ FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO																																									
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO – UPS CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54		NOME: Hospital Dia Top Mais LTDA		CARÁTER DO ATENDIMENTO: ☐ ELETIVO ☒ URGÊNCIA ☐ ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA ☐ ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS																																									
NOME: PAUL HENRY DE SOUZA SEXO: M IDADE: 37 ANOS NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 2711685 ENDEREÇO: RUA: JOVENTINA S DA SILVA, 81 BAIRRO: SANTA TEREZINHA MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA CEP: 58200-000 CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700 2014 0661 5520 DATA DO NASCIMENTO: 02/03/1982 DATA DE ATENDIMENTO: 13/08/2019		RAÇA / ETNIA: ☐ BRANCA ☐ PRETA ☐ PARDAS ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA ☐ SEM INFORMAÇÃO		PROCEDIMENTO – Descrição - ATENDIMENTO MÉDICO - RADIOGRAFIA (S) - IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA - Redução intra-articular de fratura																																									
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) - Queixa de dor no 5º dedo - Dor e inchaço no punho, com limitação de ADM, movimento passivo - Exatidão da MMSS.		CID: 52.5. Diagnóstico:		ENCAMINHAMENTO: ☐ OBSERVAÇÃO ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OUTROS																																									
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS) - Rx do 5º dedo - Rx do punho		RESULTADOS: - Rx: Frat. do 5º dedo		SERVIÇOS REALIZADOS – CÓDIGO / PROCEDIMENTO <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>6</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>7</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>0</td><td>9</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>7</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>7</td><td>0</td><td>8</td><td>0</td><td>7</td><td>0</td><td>2</td><td>4</td><td>5</td> </tr> </table>		0	3	0	1	0	6	0	1	0	0	0	7	0	4	0	4	0	0	9	4	0	7	0	4	0	4	0	1	2	4	0	7	0	8	0	7	0	2	4	5
0	3	0	1	0	6	0	1	0	0																																				
0	7	0	4	0	4	0	0	9	4																																				
0	7	0	4	0	4	0	1	2	4																																				
0	7	0	8	0	7	0	2	4	5																																				
ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbo: 16/08/2019 Dr. Mathias Mozart Ortopedia e Traumatologia		ASS. DO REVISOR TÉCNICO – Carimbo ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO – Carimbo		ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: ASS. DO REVISOR TÉCNICO – Carimbo																																									

COMPREV
 16 OUT. 2019
 COMPREV PREVIDENCIA S/A

PATRICIA DA SILVA RODRIGUES
RUA JOVENTINA DA SILVA, 81 - STA TEREZINHA
GUARABIRA / PB CEP: 58200-000 (A-572)

Energisa

Ligação: MONOFÁSICO
Civ/Sec: RES MTC 81/RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 1 - 23 - 27 - 8723
Medidor: 0000529452
Referência: Set/2019
Emissão: 05/09/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
8/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-980
CNPJ 06.965.183/0001-40 - Insc. Est. 14.015.023-0

Nota Fiscal e Cartão de Energia Elétrica Nº 000514622
Cód. por Dis. Automático: 0000000488

Atendimento ao Cliente: 0800 085 0196

Conta Referência	Apresentação	Data de Emissão	Valor
Set/2019	05/09/2019	07/10/2019	047.018.414,04

Resumo da Conta

Tipologia de Energia Elétrica: TDE - Tarifa Especial para Baixa Renda
Nº 10.488 de 2006 art. 14, inciso II
Linha de Serviço: MONOFÁSICO - VACUUM BRASL - Sistema de Medição por Gravidade

Consumo	Unidade	Consumo	Unidade
05/09/19	18890	05/09/19	8723

Consumo	Unidade	Consumo	Unidade
05/09/19	18890	05/09/19	8723

Detalhamento da Conta

05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
05/09/19 CONTRA-CAL. LUM. ELICA 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

12/09/2019 R\$ 81,23

RESERVADO AO FISCO
2206.68ba.7b2e.8627.090e.9c40.0160.9d4d.

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	13,85	16,91
Compra de Energia	18,56	22,84
Serviço de Transmissão	2,22	2,74
Encargos Setoriais	2,22	2,74
Imposto de Consumo e Encargos	43,94	54,09
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,23	100,00

Valor do EUSD (R\$ 7/2019): R\$ 25,82

TIANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 05794.844174 6 80100000008123

FACADOR: PATRICIA DA SILVA RODRIGUES - CPF/CNPJ: 047.018.414-04
8/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-980

Fórmula	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3249120005794844	000050048201908	12/09/2019	R\$ 81,23	

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 06.965.183/0001-40
8/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-980

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO,
RG nº 2188763, data de expedição 28/03/1995
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 0266494866, com
domicílio na cidade de GUARABIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA BRASIL, nº 441,
complemento sem, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Paul Henry de Souza, cujo o condutor era
Paul Henry de Souza.

Veículo: Moto
Modelo: Honda 12503BROS MIX HS
Ano: 2010
Placa: NB348361PB
Chassi: 9C2K D0530R0009853
Data do Acidente: 13/08/2019
Local e Data: Guarabira 13/08/2019



Digenilson da Silva Ribeiro
Assinatura do Declarante

Paul Henry de Souza

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

FP FÁTIMA PAULINO
Serviço Notarial
FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial
Prac. Moura 105 - Centro - Guarabira - PB
CEP: 56.200-000 - Fone: (31) 3271-2030
e-mail: fatima@guarabira.pb.gov.br

reconhecido, como autêntica e verdadeira, a seguinte declaração:
DÍGENILSON DA SILVA RIBEIRO
Em test. da verdade, Guarabira-PB 15/10/2019 08:00:19
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
[2019-007616]EMP:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEP:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AJH6021-KWSN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO "ALFABETIZAÇÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO"			
PAUL HENRY DE SOUZA					
		DATA ASSINATURA / DATA EMISSÃO 27/11/85		SSP	
		CPF 041.508.624-86		DATA NASCIMENTO 03/03/1982	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1631823683		NOME AMA DE SOUZA			
		ENDEREÇO [REDACTED]		CIDADE AS	
Nº IDENTIFICADORA 08421421271		DATA 26/12/2013		Nº ASSINATURA 08/07/2013	
ASSINATURA					
[REDACTED]					
Assinatura do titular					
LOCAL GUARARITAS, PE		DATA EMISSÃO 10/01/2018			
		68108669885 7833587316			
ASSINATURA DO EMISSOR					
		PARAIBA			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201283220

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1ª 0021952019-4 00/00000000 2018

DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO

02664948466 CNPJ NQB4816/PB

NOVA DATA MIT/9B BC2KD0530AR009851

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALC07ERSOL

HONDA/NXR150-BROS NIK KS 2010

2ª 8/119 CI PARTICIPA PRETA DOMINANTE

1ª COTA ÚNICA 00/0678800 1ª VENC / COTAS

2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª 13ª 14ª 15ª 16ª 17ª 18ª 19ª 20ª 21ª 22ª 23ª 24ª 25ª 26ª 27ª 28ª 29ª 30ª 31ª 32ª 33ª 34ª 35ª 36ª 37ª 38ª 39ª 40ª 41ª 42ª 43ª 44ª 45ª 46ª 47ª 48ª 49ª 50ª 51ª 52ª 53ª 54ª 55ª 56ª 57ª 58ª 59ª 60ª 61ª 62ª 63ª 64ª 65ª 66ª 67ª 68ª 69ª 70ª 71ª 72ª 73ª 74ª 75ª 76ª 77ª 78ª 79ª 80ª 81ª 82ª 83ª 84ª 85ª 86ª 87ª 88ª 89ª 90ª 91ª 92ª 93ª 94ª 95ª 96ª 97ª 98ª 99ª 100ª

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

GUARABIRA - PB LOCAL 30/08/2018

36533 14834

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

PB Nº 014201283220 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2018 30/08/2018

1ª 02664948466 CNPJ NQB4816/PB

0219520194 HONDA/NXR150-BROS NIK KS

2010 9 9C2KD0530AR009851

PRÊMIO TARIFÁRIO

1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª 13ª 14ª 15ª 16ª 17ª 18ª 19ª 20ª 21ª 22ª 23ª 24ª 25ª 26ª 27ª 28ª 29ª 30ª 31ª 32ª 33ª 34ª 35ª 36ª 37ª 38ª 39ª 40ª 41ª 42ª 43ª 44ª 45ª 46ª 47ª 48ª 49ª 50ª 51ª 52ª 53ª 54ª 55ª 56ª 57ª 58ª 59ª 60ª 61ª 62ª 63ª 64ª 65ª 66ª 67ª 68ª 69ª 70ª 71ª 72ª 73ª 74ª 75ª 76ª 77ª 78ª 79ª 80ª 81ª 82ª 83ª 84ª 85ª 86ª 87ª 88ª 89ª 90ª 91ª 92ª 93ª 94ª 95ª 96ª 97ª 98ª 99ª 100ª

1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª 13ª 14ª 15ª 16ª 17ª 18ª 19ª 20ª 21ª 22ª 23ª 24ª 25ª 26ª 27ª 28ª 29ª 30ª 31ª 32ª 33ª 34ª 35ª 36ª 37ª 38ª 39ª 40ª 41ª 42ª 43ª 44ª 45ª 46ª 47ª 48ª 49ª 50ª 51ª 52ª 53ª 54ª 55ª 56ª 57ª 58ª 59ª 60ª 61ª 62ª 63ª 64ª 65ª 66ª 67ª 68ª 69ª 70ª 71ª 72ª 73ª 74ª 75ª 76ª 77ª 78ª 79ª 80ª 81ª 82ª 83ª 84ª 85ª 86ª 87ª 88ª 89ª 90ª 91ª 92ª 93ª 94ª 95ª 96ª 97ª 98ª 99ª 100ª

1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª 13ª 14ª 15ª 16ª 17ª 18ª 19ª 20ª 21ª 22ª 23ª 24ª 25ª 26ª 27ª 28ª 29ª 30ª 31ª 32ª 33ª 34ª 35ª 36ª 37ª 38ª 39ª 40ª 41ª 42ª 43ª 44ª 45ª 46ª 47ª 48ª 49ª 50ª 51ª 52ª 53ª 54ª 55ª 56ª 57ª 58ª 59ª 60ª 61ª 62ª 63ª 64ª 65ª 66ª 67ª 68ª 69ª 70ª 71ª 72ª 73ª 74ª 75ª 76ª 77ª 78ª 79ª 80ª 81ª 82ª 83ª 84ª 85ª 86ª 87ª 88ª 89ª 90ª 91ª 92ª 93ª 94ª 95ª 96ª 97ª 98ª 99ª 100ª

1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª 13ª 14ª 15ª 16ª 17ª 18ª 19ª 20ª 21ª 22ª 23ª 24ª 25ª 26ª 27ª 28ª 29ª 30ª 31ª 32ª 33ª 34ª 35ª 36ª 37ª 38ª 39ª 40ª 41ª 42ª 43ª 44ª 45ª 46ª 47ª 48ª 49ª 50ª 51ª 52ª 53ª 54ª 55ª 56ª 57ª 58ª 59ª 60ª 61ª 62ª 63ª 64ª 65ª 66ª 67ª 68ª 69ª 70ª 71ª 72ª 73ª 74ª 75ª 76ª 77ª 78ª 79ª 80ª 81ª 82ª 83ª 84ª 85ª 86ª 87ª 88ª 89ª 90ª 91ª 92ª 93ª 94ª 95ª 96ª 97ª 98ª 99ª 100ª

1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª 13ª 14ª 15ª 16ª 17ª 18ª 19ª 20ª 21ª 22ª 23ª 24ª 25ª 26ª 27ª 28ª 29ª 30ª 31ª 32ª 33ª 34ª 35ª 36ª 37ª 38ª 39ª 40ª 41ª 42ª 43ª 44ª 45ª 46ª 47ª 48ª 49ª 50ª 51ª 52ª 53ª 54ª 55ª 56ª 57ª 58ª 59ª 60ª 61ª 62ª 63ª 64ª 65ª 66ª 67ª 68ª 69ª 70ª 71ª 72ª 73ª 74ª 75ª 76ª 77ª 78ª 79ª 80ª 81ª 82ª 83ª 84ª 85ª 86ª 87ª 88ª 89ª 90ª 91ª 92ª 93ª 94ª 95ª 96ª 97ª 98ª 99ª 100ª

1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª 13ª 14ª 15ª 16ª 17ª 18ª 19ª 20ª 21ª 22ª 23ª 24ª 25ª 26ª 27ª 28ª 29ª 30ª 31ª 32ª 33ª 34ª 35ª 36ª 37ª 38ª 39ª 40ª 41ª 42ª 43ª 44ª 45ª 46ª 47ª 48ª 49ª 50ª 51ª 52ª 53ª 54ª 55ª 56ª 57ª 58ª 59ª 60ª 61ª 62ª 63ª 64ª 65ª 66ª 67ª 68ª 69ª 70ª 71ª 72ª 73ª 74ª 75ª 76ª 77ª 78ª 79ª 80ª 81ª 82ª 83ª 84ª 85ª 86ª 87ª 88ª 89ª 90ª 91ª 92ª 93ª 94ª 95ª 96ª 97ª 98ª 99ª 100ª

1ª 2ª 3ª 4ª 5ª 6ª 7ª 8ª 9ª 10ª 11ª 12ª 13ª 14ª 15ª 16ª 17ª 18ª 19ª 20ª 21ª 22ª 23ª 24ª 25ª 26ª 27ª 28ª 29ª 30ª 31ª 32ª 33ª 34ª 35ª 36ª 37ª 38ª 39ª 40ª 41ª 42ª 43ª 44ª 45ª 46ª 47ª 48ª 49ª 50ª 51ª 52ª 53ª 54ª 55ª 56ª 57ª 58ª 59ª 60ª 61ª 62ª 63ª 64ª 65ª 66ª 67ª 68ª 69ª 70ª 71ª 72ª 73ª 74ª 75ª 76ª 77ª 78ª 79ª 80ª 81ª 82ª 83ª 84ª 85ª 86ª 87ª 88ª 89ª 90ª 91ª 92ª 93ª 94ª 95ª 96ª 97ª 98ª 99ª 100ª

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO (CÓPIA ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEPENDENTE
 () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR DO AMBULATÓRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/10/2019
 IDENTIDADE 2711685
 ASSINATURA Paulo Roberto de Souza

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587138 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360392/19

Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

CPF: 041.508.624-86

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAUL HENRY DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAUL HENRY DE SOUZA : 041.508.624-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/10/2019
Nome: PAUL HENRY DE SOUZA
CPF: 041.508.624-86

PAUL HENRY DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA