

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, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377255

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIVANILSON NUNES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377255

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Data do Acidente: 19/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JACQUELINE PONTES DA COSTA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GIVANILSON NUNES DA SILVA

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

1 - 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:

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

98000

98000-000

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Área Rural

Rio Tinto

PB

58297-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 98877-6433

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

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2547

CONTA: 20.731

4

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 atende 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

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 nascrito (vel nascido)? 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 12/06/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00224.01.2018.1.02.011



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00224.01.2018.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:05 horas do dia 14 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11^ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Givanilson Nunes da Silva, CPF nº 110.627.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Severina Virginio da Silva e Givanildo Nunes da Silva, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 24/01/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado (a) no(a) Sítio Tavares, Nº s/nº, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Rio Tinto/PB, telefone(s) para contato (83) 99326-4566.

Dados do(s) Fatos:

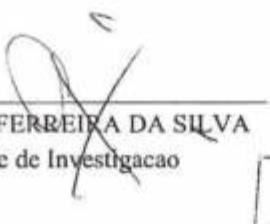
Local: Sítio Tavares, Próximo a Sua Residencia, nº s/nº, Casa, Zona Rural, Rio Tinto/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 19/06/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS DE COR VERMELHA, DE PLACA OEV-2108-PB, CHASSI Nº 9C2JCH110BR801255, NOME DE ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE, AO ULTRAPASSAR O QUEBRA MOLAS PRÓXIMO A CASA DE SEU RAIMUNDO, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE MAMANGUAPÉ, E LOGO APÓS FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA NESTA CAPITAL CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 31/10/2016.

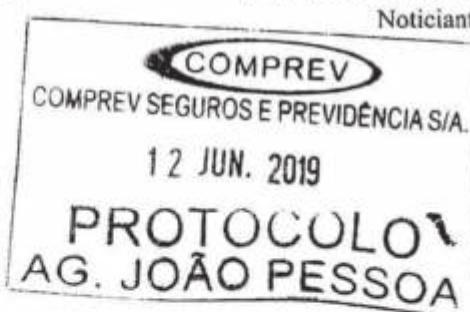
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de agosto de 2018.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao


GIVANILSON NUNES DA SILVA

Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:
110.627.554-30 *Giramílson Nunes da Silva*

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

5 - Nome completo: *Giramílson Nunes da Silva* 6 - CPF: *110.627.554-30*
7 - Profissão: *Recuso* 8 - Endereço: *Itáu Tavares* 9 - Número: *510* 10 - Complemento:
11 - Bairro: *Área Rural* 12 - Cidade: *Rio Tinto* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58297-000*
15 - E-mail: *(83) 98877-6433*

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 R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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)

AGÊNCIA: *2547* CONTA: *20.731* *4*

(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.

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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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 quantidade 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 discordo 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 nasdutoro (vai nascer)? 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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB - 12/06/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 928175



Identificação do paciente

ID 1049963	Nome GIVANILSON NUNES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 25/01/1993	Idade 23 anos 4 meses 25 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe SEVERINA VIRGINIO DA SILVA				Pai
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) JOSENEIDE VIRGINIO - IRMAO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991382399	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3948681	Nº Cns		
Local de procedência RIO TINTO				Tipo MUNICÍPIO
Email	Naturalidade RIO TINTO	UF PB		
		CBO/R		

Endereço

CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro TAVARES
Número SN	Complemento Bairro ZOA RURAL		

Admissão

Data e Hora 19/06/2016 20:43:12	Número da pulseira 4674008	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA DE UM NIVEL A OUTRO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO						

12 JUN. 2019
 AG. PROTOCOLO
 JOAO PESSOA
 TOMOGRAFIA
 Cervico + Face
 DATA: 19/06/16

Imprimir

24/06

19/06/2016

19.06.2016 Nasau
21:50h

TCE

Exame motor

Glasgow 15

Pupilo fixo

Sem afebril

Exame Normal

Imagem:

Brechada
Acta Normal

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Neurocirurgia
CRM-PB: 6800

GIVANILDO NUNES DA SILVA
ST TAVARES, SN - AREA RURAL
RIO TINTO / PB CEP: 58287-000 (40-14)

BRASIL/PAULISTA-DISTRIBUDESPACE ENERGIA/PA
E-1203, Km 25 - Centro Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58010-140
CNPJ 04.295.182/0001-40 - Inscrição Est. 16.015.323-0

SPARCELETA FERROA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
S1220 - KM 22 - Centro Industrial - Jundiaí - SP - CEP 06701-040
Fone: (19) 326-1996 - 326-1997-40 - Fax: (19) 326-1997

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica N° 005 446 262
Cód. para Déb. Automática: 00006174742

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

May 1, 2018

Apresentação

24/06/2019

Data prevista da

proxima terturia
26/06/2010

CBF/CNRI/RANI

CH7-CH75
77-601-324-58

卷之三

UC (Unidade Consumidora):

5/617474-2

Canal de contato

- Tríplice Sociedade de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002. Juridicamente é o MOVIMENTO VACINA BRASIL. Sua sede está situada em: www.vacina.org.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	

CCJ	Detalhado	Demonstrativo									
		Quadrante I (33%)		Quadrante II (33%)		Quadrante III (33%)		Quadrante IV (33%)		Total (R\$)	
		Transf. Total (R\$)	CMG (R\$)	CMG	Transf. Total (R\$)	CMG (R\$)	CMG	Transf. Total (R\$)	CMG (R\$)	Transf. Total (R\$)	CMG (R\$)
0601	Consumo ate 30kWh-EP	30.000	0.258190	8,55	833,27	0,00	0,00	2,31	0,00	0,00	0,00
0601	Consumo > 31 a 100kWh-EP	70.000	0.3482910	24,22	2.022,27	9,24	34,22	3,33	1,53	0,00	0,00
0601	Consumo > 101 a 220kWh-EP	91.000	0,772370	88,73	86,13,41	18,03	86,73	0,86	2,98	0,00	0,00
0601	Adic. B. Amarela				1,56	1,56	0,43	1,56	0,01	0,01	0,01
0610	Subsídio	46,53	0,00	0,00	12,84	48,82	0,46	12,84	0,00	0,00	0,00
LATIMENTOS E SERVIÇOS											
0611	CONTRIBUIM PÚBLICA				1,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	COMPENSACAO POR INDICADOR - DIC 03/2019				1,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	Devolução Subsídio				31,46	0,00	0,00	5,00	5,00	5,00	5,00

CCI Código de Clasificación de los Servicios - TOTAL 20.33 37.50 42.82 107.50 1.55 7.06
Tarifa al Trámite: ATA 2004/05 ATA 2004/05 ATA 2004/05 ATA 2004/05 ATA 2004/05 ATA 2004/05

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
145 31/05/2019 R\$ 136,99

Histórico de Consumo (kWh)											
142	144	130	138	131	122	164	154	151	162	170	143
Mai/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

40f7.75c2 fe04.435b.e65a.e8fc.6fe6.b861

Indicadores de Qualidade - 2019-2º Trimestre

Indicadores de Qualidade			Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
00 MENSAL	11,59	11,87		56,10	10,04
00 TROMESTRAL		NOMINAL	220	39,81	0,78
00 CANJAL				4,07	0,08
00 CANVAL				9,12	0,18
00 TARESTRAL		6,00	CONTRATAÇÃO	52,29	48,61
00 CANJAL			LIMITE INFERIOR	0,00	0,00
00 INC			LIMITE SUPERIOR	231	
	4,48				
			Total	137,26	100,00

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) do(s) ad(s) relacionada(s) permaneça(m) em aberto, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/08/2019. Confirme a Resolução 414 da ANEEL. O pagamento desse(s) ad(s) não evita a suspensão da(s) fatura(s) suspenso(s) de forma temporária, caso o(s) ad(s) não sejam comprovados ou se as contas pagas não estejam em dia(s) comprovados para comprovação. Caso(s) de fatura(s) efetuadas e pagamento das(f) fatura(s) efetiva(s), desconsiderar essa notificação. Fatura sujeita a inclusão em caso de prejuízo ao crédito. No caso de inadimplência, sua(s) unidade(s) ficará(ão) com a Eletrobrás Franquia(s) descontada(s).

Faturas em atraso

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 025.552.254



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JACQUELINE PONTES DA COSTA
RUA MARIA ALVES DA ROCHA 45 AP 305
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1318108-6

REFERÊNCIA
MAI/2019

APRESENTAÇÃO
27/05/2019

CONSUMO

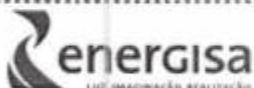
195

VENCIMENTO

03/06/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 178,03

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JACQUELINE PONTES DA COSTA

Roteiro: 16-006-205-0169

83660000001-9 78030149000-6 13181082019-4 05300006019-3

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/06/2019	R\$ 178,03	1318108-2019-05-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jacqueline Pontes da Costa
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.255.207-43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Gilvanilson Nunes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 110627.554-30,
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilvanilson Nunes da Silva
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.627.554-30, 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>Rua M^a Alves da Rocha</u>	Número:	<u>45</u>	Complemento:	<u>AP 305</u>	
Bairro:	<u>Aero Clube</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	
E-mail:					CEP:	<u>58036-865</u>
					Tel.(DDD):	<u>(83) 98877-6433</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 32/06/2019

Jacqueline Pontes da Costa.
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aristoteles Fernandes de Albuquerque,
RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____,
portador do CPF nº 954.193.574.53, com Domicílio na
cidade de 1940 Pessoa, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) DEPUTADO R. M. CARVALHO,
nº 68, complemento, APT., declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Givanilson Nunes da Silva,
cujo o condutor era Givanilson Nunes da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2011

Modelo: HONDA CG FAN 125

Placa: 0EV-2108-PB

Chassi: 9C9JC4110BR801255

Data do acidente: 19-06-2016

Local e data: Rio Tinto 10-06-2019

X Aristoteles Fernandes de Albuquerque

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL
Notas - Procuras de Títulos - Registros de Imóveis
Registros de Títulos e Documentos de Pequena Valor

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
ARISTOTELES FERNANDES DE ALBUQUERQUE

Em test. da verdade, Rio Tinto-PB 10/06/2019 10:36:46

Felipe Ricardo Nobreca da Silva - Escrivente
[2019-001962]EMOL:R\$ 9,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,99

SELO DIGITAL: A1551415-0M63

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tintb.com.br>

ADSON HUGO PIMENTEL
NOTÁRIO PÚBLICO
Rua da Mangueira, 25 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
58291-000 - Fone: (83) 3291-2742 - wpimentel@gmail.com

Felipe Ricardo Nobreca da Silva
ESCRIVENTE AUTORIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
12 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Audiometria
Acupuntura
Alergologia
Angiologia
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Plástica
Clínica Médica
Dermatologia
Fisioterapia
Endocrinologia
Endoscopia
Ecocardiografia
Eletroencefalograma
Gastroenterologia
Geriatria
Ginecologia
Hóspital 24 horas
Laboratório
Mastologia
Mamografia
M.A.P.A.
Neurologia
Nefrologia
Nutrição
Nutrição Ottomolecular
Odontologia
Otorrinolaringologia
Oftalmologia
Ortopedia
Pediatría
Pneumologia
Psicologia
Psiquiatria
Proctologia
Radiologia Geral
Reumatologia
SL Enfermagem
SL Peq. Procedimentos
Teste Ergométrico
Ultrasonografia
Urologia

bando médico

Paciente: **Guamá de Oliveira Nunes**
de Silva, refere acidente
de moto no dia 19/06/16
com traumatismo craniano
em **Hospital de
Feridas** em 20/06/16, com queixa
de hipofuncão. Exame clínico
no momen^{to} oftálmico normal
exame audiológico apresenta
perda auditiva progressiva
e gran profunda bilateral
CID 11903.

João Pessoa, 06-6-19

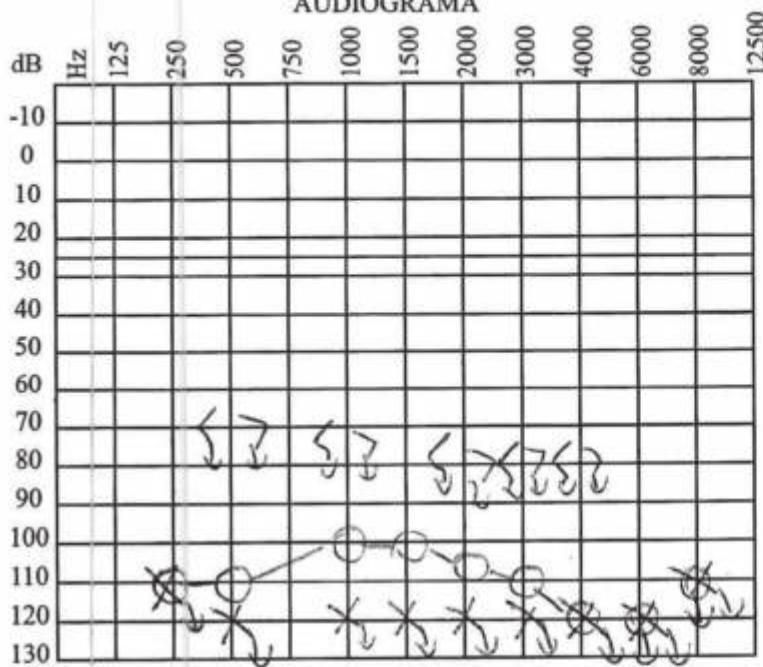
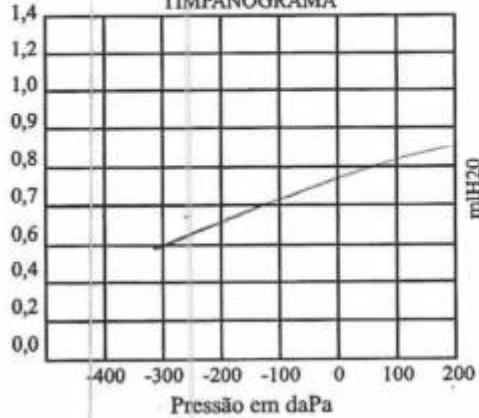

Dr. J. L. Oliveira
Oftálmico

O PACIENTE FERA DIRETTO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA
Rua Francisco Manoel, 77 - Jaguaribe - Fones (83) 2106 8585 2106 8568 2106 8569
hospitaisaiz@bol.com.br





POLICLÍNICA

São Lucas**Avaliação Audiológica**NOME: Giovanieson Nunes do Nascimento RG: _____IDADE: 26 SEXO: H PROFISSÃO: _____SOLICITANTE: _____ Audiômetro: ADD2071 Imitanciômetro: - DATA: 06/06/19**AUDIOGRAMA****TIMPANOGRAMA**

	OD	OE
Volume (ml)		
Complac (ml)		
Pressão (daPa)		

Médias/dBNA	
OD	OE
VO	↑70
VA	↑70

Mascaramento - dBNB	
VAD	até VO
VAE	até VOE

IRF - OD

dBNA	%	Masc.
Mono		dBNS
Dis		dBNS
Tri		dBNS

IRF - OE

dBNA	%	Masc.
Mono		dBNS
Dis		dBNS
Tri		dBNS

SRT dBNA Masc.

OD		dBNS
OE		dBNS

SDT dBNA Masc.

OD		dBNS
OE		dBNS

Níveis de Desconforto Tonal

Freq. 0,5	1	2	4	KHz
OD				dBNA
OE				dBNA

FALA

MCL	UCL
OD	
OE	

Reflexo Acústico Estapediano (R.A.F.)

c/g	limiar	CL	difer.	IL	limiar	CL	difer.	IL
500								
1000								
2000								
4000								
Direito				Esquerdo				

Marcação por aferência

Audiometria - Resultado: Pseudo audiograma sensorineural de grau profundo bilateramente.

Imitanciometria - Resultado:

OBS.:

Mariana Saraiva Garcia
Fonoaudióloga
CRM: 9838



Dra. Suzyanne Oliveira

Oftalmologista | CRM 5488-PR

MEMBRO TÍTULAR DO CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA

Para: GIVANILSON NUNES DA SILVA

Convênio: PARTICULAR

Dados Clínicos:

BAV EM OLHO ESQUERDO QUE RELACIONA AO TRAUMA EM 2016. ACIDENTE DE MOTO.

CID H54.5

Observação: AVALIAR SE A VIA OPTICA ESTA LESIONADA.
COM CORTES

JOAO PESSOA, 11/06/2019

Dra. SUZYANNE QN Oliveira
CRM 5488-PR
OFTALMOLOGISTA
DR. EM QN Oliveira Oftalmologista CRM/PE 5488
CRM/PA 5488

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GIVANILSON NUNES DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	25/01/93
NOME DA MÃE	SEVERINA VIRGINIO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	928.175
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	20:43
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS NA FACE E NO COURO CABELUDO
CID 10	S01.7 + S01.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma na face, com edema e ferimentos corto-contusos. Pupilas fotorreagentes e isocônicas. Presença também de ferimentos múltiplos no couro cabeludo. TC de face: sem fraturas.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Ultrassonografia do abdômen total

RX de coluna cervical P

RX de torax AP

RX de bacia AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos normais.

TRATAMENTO:

Suturas dos ferimentos na cabeça.

ALTA HOSPITALAR: 20/06/16

DATA DA EMISSÃO: 31/10/16

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

4674008
GIVANILSON NUNES DA SILVA BE.: 928175
DT. NASC.: 26/01/1983 MRE: SEVERINA VIRGINIA DA SILVA
END.: TAVARES
N. SN - ZONA RURAL
RIO TINTO
FONE: () CELULAR: (63) 991302399
IDADE: 23 DT. ENTRADA: 19/06/2016 20:43:12

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

- VITIMA DO ACIDENTE DE MOTO. SEM ESCOCAZ.
- NINGUEM MINOS. NINGUEM SINDRONE. NINGUEM ACONTECEU.
- ACIDENTE ON ON KFO.
- Q: ① FOGO E CHOCO MOTOQUEIRO + FOGO E CHOCO EXERCITO.
② QUALQUER DO MOTO + BOM
③ SORRISTAS
④ LARANJAS E PISTO FOGO
⑤ RECOLHEU O MOTO

Alberto Barros Araujo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10295

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Pérvias () Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNEIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD -	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal () Rude () Diminuído () Ausente	HTE -	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal () Rude () Diminuído () Ausente
-------	---	-------	---

2- RUIDOS

() sim	HTD -	Roncos	HTE -	Roncos
<input checked="" type="checkbox"/> Não	Sibilos	Sibilos	Estertores	Estertores

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreageente () Paralisadas () Isocôricas () Anisocôricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow: 15

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos <u>6</u>
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor <u>5</u>
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro <u>4</u>
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção) <u>3</u>
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração) <u>2</u>
TOTAL:	<u>15</u>		Nenhuma	<u>1</u>



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



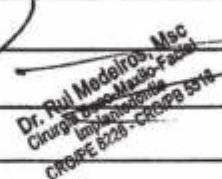
EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

4674266
BE: 928175
GIVANILSON NUNES DA SILVA
DT. NASC.: 25/01/1983
MAE: SEVERINA VIRGINIO DA SILVA
END.: TAVARES
N. 58 - ZONA RURAL
RIO TINTO
FONE: ()
CELULAR: (83) 881382358
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 18/06/2016 20:42:12

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p>Tnf 20/06/16 00:00</p> <p>Pt vítima de trauma da face por acidente motociclistico.</p> <p>Abc face: + Fratura facial (nasal)</p> <p>+ FCC multiple da face + Odontosseparação + Pilon facial per + fratura naso-oral</p>
		<p>TC da face sem fraturas da face</p> <p>co: Limpeza + sutura Mtx Bmf</p> <p>Procedimento da Unidade Geral => Extrusso fixamento em curvo colado</p>
		
20/06/16		<p>ACURSO: 00:00 - 07:00h</p> <ul style="list-style-type: none"> - CONSULTA SUTURA 00° curva obscuro. - FIST SEM ALTERAÇÕES - CONSULTA 00:00 00 00:00 SEM ALTERAÇÕES - COI 00:00 00 CONSULTA 00:00 <p>Alberto Barros Araujo Médico Residente - Cirurgião Geral CRM-PB 10.55</p>

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 PATOLOGIA: Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado	→	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36

OBS.:

QUEIMADURA: _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau
 Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____

EXAMES SOLICITADOS

Radiografias Comunicação, Tumores, Sarcos
 Ultrassonografia (FAST) Acidente
 Tomografia computadorizada Acidente

Lavado peritoneal
 Gasometria arterial
 Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	ATENDIMENTO INICIAL		Alberto Barros Araujo Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10295
2	SAT		
3	VACINA ANTITETÂNICA (FC)		
4	ECOCARDIO TEE ECHO DOPPLER (FC)		Alberto Barros Araujo Médico Residente - Cirurgia Geral CRM-PB 10295
5	SEC 2000 ml		
6	ECOCOGRAMAS + TC		
7	AVALIAÇÃO MÉDICA		
8	RESUMO		
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da NCR / EMT às : do dia / /
 Solicito parecer da _____ às : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

DATA 20/06/76 / SAÍDA 10:00 / HORAS: 01:00
 () Centro cirúrgico () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor) () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

Alberto Barros Araujo
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10295

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: GIVANILSON NUNES NDA SILVA

BE: 928175

19/06/2016 21:42:46

ULTRASONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal.

OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.

Dra. Danielle Carvalho de Sá Pereira
CRM 6088

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural, vezas prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: GIVANILSON NUNES DA SILVA

BE: 928175

DATA: 21.05.2016

DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 19.06.2016

RX. COLUNA CERVICAL P

VÉRTEBRAS CERVICais VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP

TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.

SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.

ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BACIA AP

ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.

AUSÊNCIA DE FRATURA.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

55

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190377255 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE; TRAUMA CORTO-CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

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: 3190377255 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA FACE; TRAUMA CORTO-CONTUSO NO COURO CABELUDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Givanilson Nunes da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Solteiro
PROFISSAO: desempregado **Nº DO RG:** 3.948.681
ORGÃO EMISSOR: SSD5 PB **DATA DE EMISSÃO:** 22/03/2014
Nº CPF: 110.627.554-30 **ENDEREÇO:** Sítio Tavares, b/n,
Area Rural - Rio Tinto - PB

OUTORGADO: Jacqueline Pontes da Posta
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** Solteira
PROFISSAO: desempregada **Nº DO RG:** 06934282975
ORGÃO EMISSOR: 100hjan PB **DATA DE EMISSÃO:** 30/10/2018
Nº CPF: 076.255.207-33 **ENDEREÇO:** Rua Maria Alves
da Rocha, 45 AP 305, CEP: 58036-865 - Areia Branca

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário Givanilson Nunes da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Rio Tinto, 10 de Junho de 20 19.

Givanilson Nunes da Silva
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notariais - Projetos de Títulos - Registro de Imóveis
Registros de Títulos e Documentos e Peças Jurídicas

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....

GIVANILSON NUNES DA SILVA

Em testo, da verdade, Rio Tinto-PB 10/06/2019 10:39:30

Felipe Ricardo Nobre da Silva - Escrivente

(2019-0017657)EMOL:R\$ 49,91 FAPFEM:R\$ 0,79 FEPJ:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: A1551418-3151

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tintb.com.br>

Felipe Ricardo Nobre da Silva
ESCRIVENTE AUTORIZADO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 JUN. 2019
PROJULIO
AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199990/19

Vítima: GIVANILSON NUNES DA SILVA

CPF: 110.627.554-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/06/2016

GIVANILSON NUNES DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

JACQUELINE PONTES DA COSTA : 076.255.207-73

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GIVANILSON NUNES DA SILVA : 110.627.554-30

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 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: 12/06/2019
Nome: JACQUELINE PONTES DA COSTA
CPF: 076.255.207-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JACQUELINE PONTES DA COSTA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA