
Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575428

Vítima: GEORGE SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

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, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575428

GEORGE SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575428

Vítima: GEORGE SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

079.959.064-98

Nome completo da vítima

George Silva de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|-----------------------|----------------------|----------------|----------------|-------------|
| Nome completo | George Silva de Sousa | CPF titular da conta | 079.959.064-98 | Profissão | Borracheiro |
| Endereço | Rua Antônio Gomes | Número | 3021 | Complemento | |
| Bairro | Cruz das Armas | Cidade | João Pessoa | Estado | PB |
| Email | | CEP | 58085-070 | Telefone (DDD) | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

1033

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

107862

8

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01758.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01758.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:49 horas do dia 21 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **GEORGE SILVA DE SOUSA**, CPF nº 079.959.064-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Borracheiro, filho(a) de Vera Lúcia Silva de Sousa e Geraldo Gomes de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/06/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Gomes, Nº 221, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Próximo a Quartel do 15ri, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98717-5815.

Dados do(s) Fatos:

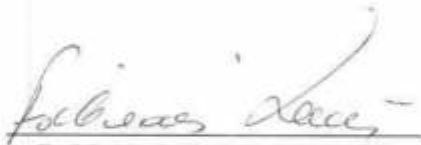
Local: Pb 008, Jacumã, Próximo Ao Arco de Jacumã, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/02/17 16:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

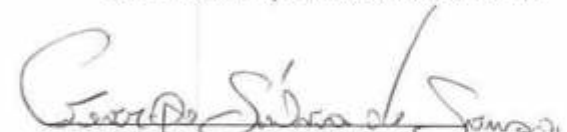
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

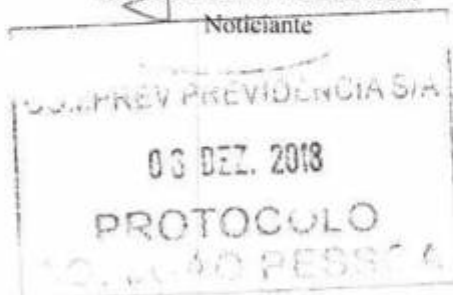
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150, COR PRETA, ANO 2010, PLACA KIL2871/PB, CHASSI 9C2KD0520AR038663, REGISTRADA EM NOME DE JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA, quando colidiu na dianteira de outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA 1100CILINDRADAS, não identificada vindo em decorrência a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0790/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar; Que não tem testemunhas.

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, 21 de setembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


GEORGE SILVA DE SOUSA
Notificante



Procedimento Policial: 01758.01.2017.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| Nome Completo da Vítima <i>George Silva de Sousa</i> | CPF da Vítima <i>079.959.064-98</i> | Data do Acidente <i>27/02/2017</i> |
|---|--|---------------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante Legal |
| Email | Telefone (DDD) |

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

São Paulo, 06 de Dezembro de 2018
Local e Data

George Silva de Sousa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





VISTO EM: 03/04/17

Comandante do BAPH

Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 29 de junho de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 224/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 27/02/2017, conforme requerimento nº 216/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 16h44min o/a Sr.(a) **GEORGE SILVA DE SOUSA** CPF: 079.959.064-98, vítima de acidente de trânsito (*colisão (moto x moto)*), na PB 008 (Próximo ao arco de Jacumã), Jacumã – Conde/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a **SOLDADO BM LEONARDO SALES DE MELO**, Matrícula: 526.074-4. Ao chegar ao local constatou que a vítima era garupa da moto e usava capacete, consciente e orientada, com fratura exposta de membro superior, e escoriações no tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SD BM Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Insigne B. dos Santos
TEN OCM- 517240-3

Chefe da 3ª Seção

SUB-PREV PREVIDENCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AO PEDSOA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB.
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

SOLICITAÇÃO

REFERÊNCIA

SET/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ORGE SILVA DE SOUSA

A ANTONIO GOMES, 221 - CRUZ DAS ARMAS JOAO
SSOA PB 58085-070

| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | | | Responsável |
|-------------------|--------------------|-------------------------|---------------|-----------------|---------|-------------|
| | | Residencial | Comercial | Industrial | Público | |
| 010-045-1013-0001 | 0001 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Ídrometro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | | |
| | | | ENTRADA | POTENCIAL | | |

PRIO: 1 ATUAL: 1 CONSUMO (M3): 1 NUM DE DIAS: 1 PRÓXIMA LEITURA

10

11/10/2018

1. CONS./ANOR. LEIT. 1 QUALID. ÁGUA-MEIO DO PORT. 05/2017 HQ.

| 2/2018 | 10 | PARAMETROS | EXIG. | ANALIS. | CONFORMES |
|--------|----|--------------------------------|-------|---------|-----------|
| 1/2018 | 10 | TURBIDELZ | 0 | 0 | 0 |
| 4/2018 | 10 | CLORO | 0 | 0 | 0 |
| 1/2018 | 10 | COL.TERMOT. | 0 | 0 | 0 |
| 3/2018 | 10 | COR | 0 | 0 | 0 |
| 3/2018 | 10 | COL.TOTAIS | 0 | 0 | 0 |
| 31A(M) | | DADOS REFERENTES A: 31/07/2018 | | | |

DA IMPRESSÃO: 12/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 13:13:50

CRICAO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

JA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

37,91

JOTO

DESCUHO(S) MES(ES) ANT. 05/2018 06/2018 07

2,27

JOS DE HORA 05/2018 06/2018 07/2018

1,33

1 APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 3,51 PIS E COFINS-LEI 12.741/12

CIMENTO:

23/09/2018

Total a Pagar:

R\$ 41,51

1 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

1 CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NAO MEDIDO

TIPO DE TARIFA:

11AÇÕES GERADO:

120 A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHO"

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA

MATRÍCULA

REFERÊNCIA

DEFEITO/NOTA

TOTAL A PAGAR

590533

SET/2018

23/09/2018

R\$ 41,51

82670000000 1 41510010001 5 00059053301 4 09201810003 9





Minha NET:

- ⊕ BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID
- ⌚ FONE EMPRESA BRASIL TOTAL 1L

| descrição | total |
|----------------|--------|
| ⊕ NET VIRTUA + | 145,00 |
| ⌚ NET Fone | 54,99 |

Valor total
199,99

| | |
|---|-----------|
| ⊕ NET VIRTUA + | |
| Mensalidade NET VIRTUA + | |
| 01/09/18 a 30/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID | 145,00 |
| Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA + | 145,00 |
| Total NET VIRTUA + | 145,00 |
| ⌚ NET Fone | |
| SERVIÇO | DURAÇÃO |
| LIGAÇÕES LOCAIS | 01/02/09s |
| ASSINATURA | 54,99 |
| Total NET Fone | 54,99 |



TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um superguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**

Acesse net.com.br/monet e assine já!

Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada
Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.

- ! Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filial ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,633% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nas suas próximas faturas.
- Deficiente Auditivo e de Fala Ligue 0800 721 7707 - é preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
- Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 10821 e 0800-7217707 (deficientes auditivos)
- Ouvidoria 08007010100

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
907182798726744
907182798585626
907182798585626
907182798585626
907182798585626

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,633% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL

| Identificação para Débito | Mês Referência | Vencimento | Valor |
|----------------------------|----------------|------------|--------|
| NET SERVICOS 9070145270823 | Setembro/2018 | 10/10/2018 | 199,99 |

Cliente
JOSE EDUARDO DA SILVA

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

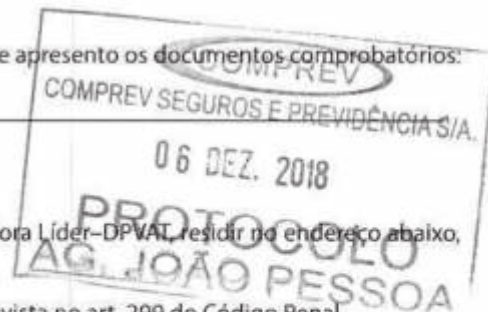
Pelo exposto, eu Alexandre Bessa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário George Silva de Sousa inscrito
(a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98 do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima
George Silva de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98, 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>Av. Marins Rosa</u> | | Número <u>82</u> | Complemento |
| Bairro <u>Marmais</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58038-460</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u> | | Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u> |

João Pessoa, 13 de novembro de 2018
Local e Data

Alexandre Bessa Duarte
Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 0790/2017

Atendendo solicitação de GERLANDO PEREIRA DA SILVA e 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 9619 e prontuário nº 2017.02.005642 pertencente à **GEORGE SILVA DE SOUSA** que foi atendido dia 27/02/2017 às 17h46min, paciente vítima de acidente moto x moto, apresentando fratura exposta de antebraço direito.

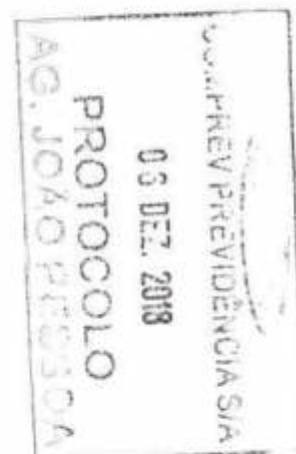
Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura em ossos do antebraço direito. Realizado cirurgia dia 27/02/17 e alta médica dia 03/03/17.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de Junho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Alter Hosp



**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 301702 5692

SISREG
INTERNADO EM
27/02/17
VISTO: ALX

NOME DO PACIENTE:

George Silva de Souza

ENFERMARIA: _____ **LEITO:** _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA

ligar

6 top.

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: 9619 Atd: Nao Regula
Data: 27/02/2017
Hora: 17:46:34
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GEORGE SILVA DE SOUSA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.02.005642

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3095471 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/06/1983 Id: 33 ano(s)

End.: RUA ANTONIO GOMES, 828 PACIENTE SEM CARTAO DO SUS OBS. CARGA DE DESCARGA SEM TELEFONE

Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: VERA LUCIA SILVA DE SOUSA

Pai: GERALDO GOMES DE SOUSA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: AUTONOMO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Recm.: GEORGE SILVA DE SOUSA

Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 3095471

Pre. dencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEIO NO RESGATE HJ AS 16/20 CONDUTOR

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ MOTO EM JACUMAM

Vitima de violência por: NA RUA PRINCIPAL DO 01 POSTO DE GASOLINA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispineia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal: fratura exp.

Clínica Moura da Nobrega
Rec. de Enfermagem
COMEN - 081 987.290

TRAUMA EM ANTERIO @

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vituper de acidente de moto
no Jm com fr. exp. antebraço D
Alimento não ingerido.

Diagnostico

| Conduta

Fr. exp. ant. @

Prescrição

Horario da medicacao

- 1) Klo Sulfamizol
- 2) SAT Susp IM - FF
- 3) de Klo Susp 2g + m; 6/18/30
- 4) SPO. anti. com anal: fr. 67 Remoio

Des: Paciente
deve ingerir
alimento
18/4

Histórico

Doente vítima de
ocidente de trânsito
queixas de dor de
abdômen e dor no

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

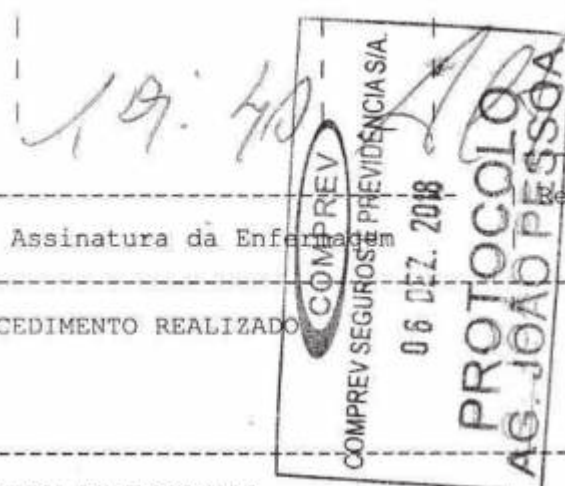
Sobito odores
de urgência para
tratamento cirúrgico pelo
cirurgião oncopele

ED: Sobito odores
de urgência para

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Ev |
|------|--------------|------|---------|----|
| | | | | |

André Ribeiro
Cirurgia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-93.5733



Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

Dr. Eduardo Jorge Dore Soares
Cirurgia Geral
CRM-93.5733

#10201000

Doente vítima de
ocidente de trânsito
queixas de dor
e desconforto em ombro

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Solte o ombro
do curativo para
tratamento cirúrgico pelo
curativo onde pediu

ED: Solte o curativo
do ombro

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtdel | Medicamentos | Dose | Horario | Ev |
|-------|--------------|------|---------|----|
| | | | | |

Anure Ribeiro
Aposadia-Traumatologia
CIRURGIA DO JOELHO
CRM-PB. 5733

19:40 Alta Cir. / on

Dr. Eduardo Jorge Gato Santos
Cirurgia Geral
CRM-PB. 5733

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ IML
☒ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SV ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] 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: _____

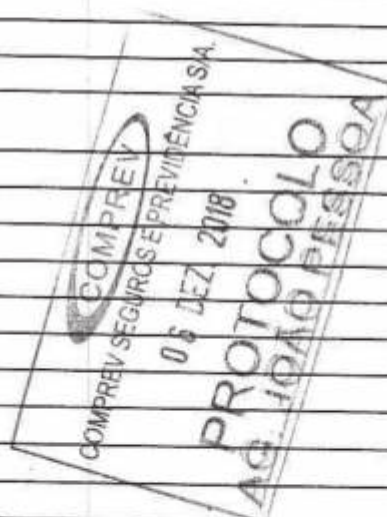
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Transtorno de ansiedade

Conduta: Tratamento farmacológico

Antidepressivo Sertralina

Dr. J. B. N. M.



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: George Silva de Jesus Data da Admissão: 27/07/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Do Centro Norte do acidente do

HDA: no qual houve o ser eferado
de uma pessoa (D)

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
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
CONSTRUÇÃO DE TABULEIRO DE ALUMINUM

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

| | | | | | |
|---|---------------|--|---------|----------------------|-------|
| NOME <u>Deonir S. Silva do Sousa</u> | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE <u>33 Anos</u> | SEXO <u>M</u> | COR | CLÍNICA | ENF. | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO <u>27/02/17</u> | | DATA DE ALTA <u>03/03/17</u> | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura exposta dos ossos do Antebraço Direito</u> | | | | CID | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Osteíte</u> | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS <u>X</u> | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx + Exame Físico</u> | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Tratamento Cirúrgico</u> | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA <u>Cefalexina 500-y</u> | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO | | | | | |
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <u>Paciente admitido com fratura exposta do osso do antebraço direito, realizado tratamento cirúrgico, evoluiu bem, sendo alta hospitalar em 03 dias de internamento.</u> | | | | | |
| <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-15deg);"> COMPREENHA COMPREVEJA 06 DEZ 2018 PROTOCOLADO AS 10H05 </div> <div> ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: <u>Dieta Livre</u> REPOUSO: Relativo em casa por <u>60</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>90</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>120</u> dias e com esforço maior em <u>180</u> dias. CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Cefalexina + Analgésicos</u> </div> | | | | | |
| RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em <u>30</u> dias para revisão. | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <u>03/03/17</u> DATA </div> <div> <u>Dr. Lúcio Velozo Costa</u> Médico CRM 16.733 ASSINATURA / CRM </div> </div> | | | | | |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | |

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Paciente em decúbito dorsal.
- ② Limpeza e antisséptico pele e hipocôndrio do lado operatório.

Incisão:

- ③ Incisão oblíqua dorsal da quadril.

Achados:

- ④ Desbido uma excisão da pele para o osso.
- ⑤ Redução óssea e fixação com placa de P e parafusos do dorso e o ulna.

Conduta:

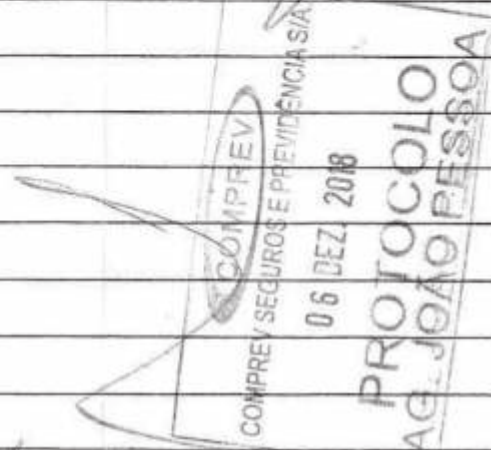
- ⑥ Desbido uma com zero pontos.
- ⑦ Suturas do pele com nylon.
- ⑧ Curativo.

Fechamento:

OBS:

Dr. Paulo

Dr. Francisco Fúlio Carneiro
CRM 8554
Médico Residente Ortopedia



27 FEB. 2017

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



Dr. Jorge S. André de Almeida

RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | |
|---|-------------------------------|----------------|--|
| Nome: <i>George Felipe de Jesus</i> | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: |
| EMP: | | LR: | |
| Data: <i>27/02/18</i> | Cirurgião: <i>Dr. Almeida</i> | | 1º Assistente: <i>Dr. André de Almeida</i> |
| 2º Assistente: <i>Dr. João Pessoa</i> | | 3º Assistente: | |
| Instrumentador: | | Anestesista: | |
| Tipo Anestesia: | | Horário: I: T: | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | CID |
| <i>Tratamento do olho do antolongo</i> | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | CID |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | CÓDIGO |
| <i>Tratamento cirúrgico</i> | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | Descreva: | |
| 1 () Sim 2 () Não | | | |
| Biópsia de Congelação: | | | |
| 1 () Sim 2 () Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | |
| 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | |

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Otorhina mungahensis Código: _____

Procedimento: Pet. Exposta Antebraço Cód. do Procedimento: _____

Paciente: George Julius de Souza

Data da Cirurgia: 7⁹ 02 2017 Prontuário N°: 101702005642 Convênio: 505

Cirurgião: Moisés Ribeiro Coódiço: ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

| | Nº | | | | | | Valor Unit. | Valor Total |
|-------------------------|------|--|--|--|--|--|-------------|-------------|
| PARAFUSO | Qtd. | | | | | | | |
| CORTICAL. 3.5mm | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| CORTICAL. 4.5mm | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| ESPONJOSO. 4.0mm | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| ESPONJOSO. 6.5mm | Qtd. | | | | | | | |
| ESP. R/16 CURTA | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| ESPONJOSO. 6.5mm | Qtd. | | | | | | | |
| ESP. R/32 LONGA | Cód. | | | | | | | |
| PARAFUSO | Nº | | | | | | | |
| | Qtd. | | | | | | | |
| MALEOLAR 4.5mm | Cód. | | | | | | | |

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA

06 DEZ. 2018

PROTOCO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Marciano Lima Machado
CRM 8564
Médico - Presidente - Otorrinolaringologista

27 FEV. 2017

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

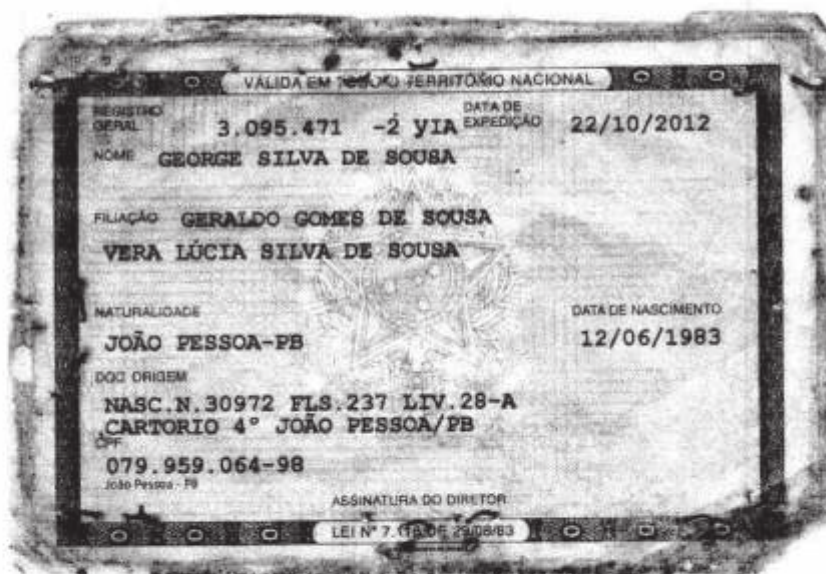
Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Nº do pedido: _____



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

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR
2627718 SEX F. PAÍS BR

CPF 046.502.754-74 DATA NASCIMENTO 21/08/1982

PLACAS
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO ACC CATEG. B

SP REGISTRO 01851269660 VIGÊNCIA 16/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 894056231

CERTIFICAÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA DO TITULAR

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

Prodtge Carreira/Ana 66588356744
ASSINATURA DO EMISOR 28027919595

PROBIBO PLATIFICAR 894056231

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PB

Nº 013027014063

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REG. M. 20170000022927-4 EXERCÍCIO
1 0021378335-5 00/00000000 2017

NOME

JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA

CPF / CNPJ

02912586461

PLACA

KIL2871/PB

PLACA ANT. / UF

KIL2871 PE

CHASSI

9C2KD0520AR038663

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS MIX ES

ANO FAB

2010

ANO MOD

2010

CAP / POT / CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. COTAS

I
P
V
A

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

26/01/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA-PB

DATA

27/01/2017

16730



João Pessoa

11469

CONTRAN

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, George Silva de Sousa
brasileiro, Porteiro, Bomaneiro, portador do RG de Nº
3.095.471 e CPF de Nº 079.959.084-18, vítima de acidente de
transito dia 27/09/2017 no veículo moto de placa
KJL 2871/P3, onde eu era Condutor, de propriedade
de Jose Lindemberg Filgueiras VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

☒ o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de DPVAT - JUALIDEZ, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

George Silva de Sousa
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

por Resposta - PB 07 de no deembro



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

George Silva de Sousa,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
carpinteiro, CI RG nº 3.095.471,
CPF/MF nº 079.959.064-98, residente e domiciliado(a) à Rua
R. Antonio Gomes, 221, Cruz das Armas,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58085-070, telefone
(83) 99305.5363, (83) 98663.4900.

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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 04 de novembro de 20 18.

Sócio
Serviço
Notarial

George Silva de Sousa

OUTORGANTE

Tiago Dionísio da Silva

50770

Em testada verdade, João Pessoa-PB 07/11/2018 08:57:38
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-022035]EML 165 19 48 FAPEN:86 0,28 123:64 1,90 ISS 0,4
SELO DIGITAL: AHP-86392-FH06
Confira a autenticidade em <https://selodigital.com.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442170/18

Vítima: GEORGE SILVA DE SOUSA

CPF: 079.959.064-98

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/02/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE SILVA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

GEORGE SILVA DE SOUSA : 079.959.064-98

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: 06/12/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA