

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, 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



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, 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



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, 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.

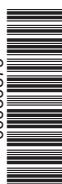
Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Nome completo da vítima

079.959.064-98

George Nílva de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	George Nílva de Souza	CPF titular da conta	079.959.064-98	Profissão	Borracheiro
Endereço	Rua Antônio Gomes	Número	291	Complemento	
Bairro	Cruc das Armas	Cidade	João Pessoa	Estado	Pb
Email				CEP	58085-070
				Telefone (DDD)	031

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**
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 **R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00**

ATE R\$ 1.000,00 **R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00**

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA
 NRO. **1033**

CONTA
 NRO. **107862**

D/V **8**

(Informar dígito se existir)

BANCO **NAME** **NRO.** **D/V**

NRO.

AGÊNCIA **NRO.** **D/V** **CONTA** **NRO.** **D/V**

(Informar dígito se existir) (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 15º RI, 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:

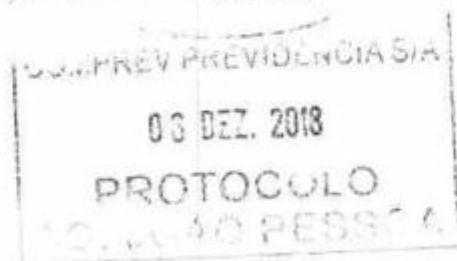
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150, COR PRETA, ANO 2010, PLACA KIL2871/PB, CHASSI 9C2KD0520AR038663, REGISTRADA EM NOME DE JOSE LINDEMBOG FILGUEIRA, quando colidiu na dianteira de outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA 1100CILINDRADAS, não identificada vindo em decorrência a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0790/2017, EXPEDIDA PELA DR^a 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
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 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 George Silveira de Souza CPF da Vítima 079.959.064-98 Data do Acidente 27/02/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DD)

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.

George Silveira de Souza de 06 de Dezembro de 2018
Local e Data

CONFREV PREVIDÊNCIA S/A
03 DEZ. 2018
PROTOCOLO
RECORRIDA

George Silveira de Souza
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 N°. 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 Buriti.

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.

Iosiane B. G. dos Santos
EN QAM- 517240-3

Chefe da 3ª Seção

CRFB/PREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

JOAQUIM DE SOUZA

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

Rua Fausto Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB

CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

590533

REFERÊNCIA
SET/2018

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ORGE SILVA DE SOUZA
A ANTONIO GOMES, 221 - CRUZ DAS ARMAS JOAO
SOA PB 58085-070

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Último
010 005 10113 0000 0000		0	0	0	
Irômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto	

LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO	CHAVE	DATA DE LEITURA	PROXIMA LEITURA
1/2018	10					10/09/2018	11/10/2018
1. CONS./ANOR.	LEIT.	1	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20 PORT	05/2017		
2/2018	10			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
3/2018	10			TURBIDEZ	0	0	0
4/2018	10			CLORO	0	0	0
5/2018	10			COL.TERMOT	0	0	0
6/2018	10			COR	0	0	0
7/2018	10			COL.TOTAIS	0	0	0
8/2018	10			DADOS REFERENTES A: 01/09/2018			

DATA IMPRESSÃO:	12/09/2018	HORA DA IMPRESSÃO:	13:13:50
CLASSIFICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	37,91	
IMPOSTO			
HESCIPIO(S) HESCE(S) ANT.	05/2018 06/2018 07	2,27	
IMOS DE MORA 05/2018 06/2018 07/2018		1,33	

3. APROXIMAÇÃO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS (REF. 12/2018)

DATA	Total a Pagar:	R\$ 41,51
23/09/2018		

1. CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
2. CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NAO MEDIDO TIPO DE TARIFA:3. FAÇÕES GERADAS:
4. A INFÂNCIA É PERDIDA, NAO TEU JOGO GANHO"COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

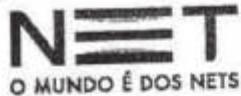
06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAGEPA	MATRÍCULA	PERÍODO	PERÍODO	TOTAL A PAGAR
	590533	SET/2018	21/09/2018	R\$ 41,51

82670000000 1 41510010001 5 00059053301 4 09201810003 9





JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA, 000
MANAÍRA
58038-450 - JOÃO PESSOA - PB

Código NET
9070/014527082

Vencimento
10/10/2018 **199,99**

CPF/CNPJ
455.536.024-91

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004

Importante:

Mantenha seu ativo de telecomunicações para todos os serviços de voz e dados. Basta ativar a internet banda larga. Assim, seu ativo é garantido de forma transparente. NET oferece o pagamento de prestações mensais, seja a internet, a telefonia ou outras opções de telecomunicações.

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	01/02/2018
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 supenguia 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 libera ao seu cliente a liberação de sinal.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% 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 (exceto de ligação local).

Central de Relacionamento NET: 10621 e 0800-7217707
(deficientes auditivos)
Ouvidoria 08007010100

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
907182798726744,
907182798585625,
907182798585626,
907182798585519,
90718279858556

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% 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 PARÁ, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESTE, BANRISUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL

Cliente
JOSE EDUARDO DA SILVA

Identificação para Débito
NET SERVICOS 9070145270823

Mês Referência
Setembro/2018 Vencimento
10/10/2018 Valor
199,99

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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Lemos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário George Silveira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98 ldo sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima George Silveira de Souza 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: **COMPREV**

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>Ave. Manoel Rosa</u>	Número	<u>82</u>	Complemento
Bairro	<u>Mamangua</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>98663-4900</u>	CEP
				<u>58038-460</u>
				Telefone celular (DDD)
				<u>99105-5363</u>

João Pessoa, 13 de novembro de 2018

Local e Data

Alexandre Lemos 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data 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

VERBEPREV/PRÉVIDENCIA SIA	03 DEZ. 2018
PROTÓCOLO	AC. JOÃO PESSOA

Alta HOP



Complexo Hospitalar MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 201702 8692

SISREG
INTERNADO EM
27/10/17
VISTO Alex

NOME DO PACIENTE:	
<u>George Silva de Souza</u>	
ENFERMARIA:	LEITO:
03 DEZ. 2018	
PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA	

Urgente

On top.

Homopato

Doente visto 04
ocorrido de outo
queixa no braço direito
e deformidade em outo braço

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Solicite ovo de coelhos
de cirurgico para
posterior cirurgia pelo
cirurgico ortopedico

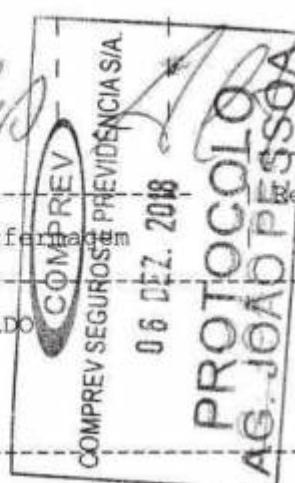
e.D : Sóleto ovos
de coelhos

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Ev.
------	--------------	------	---------	-----

Dr. Jorge Ribeiro
Médico - Traumatologista
CIRURGIA DO JOELHO
CRM-SP: 5733

19.40



Dr. Jorge Ribeiro

Dr. Eduardo Jorge Darc Soares
Cirurgia Geral
CRM-SP: 5733

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Residencia | <input type="checkbox"/> Transferido | <input type="checkbox"/> Desistencia | <input type="checkbox"/> UTI |
| <input type="checkbox"/> Alta a pedido | <input type="checkbox"/> Enfermaria | Obito: <input type="checkbox"/> Atestado | <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML |

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

~~Hospital~~

Doente visto
ocorrido de morto

queixo morto de dor
e deformidade em ~~o~~ ombro

Data e hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Solicito ovo de exos
de cirurgico para
remover exos pelo
cirurgico ortopedico

ED: Soltado ouvios
de exos ~~para exos~~

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos

| Dose

| Horario | Ev.

Jure Ribeiro
Ortopedia-Traumatologia
CIRURGIA DO JOELHO
CRM-PB. 5733

19.40 ALF. J. L.

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

Dr. Eduardo Jorge Góes Souza
Cirurgia Geral

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia I.M.L.
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVA IML



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: Febre de origem do outubro so
experiencia (1)Conduta: Todomundo clínico
ambulatório (2)

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: George Sthi de Souza Data da Admissão: 27/09/2012
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/1980
 QPD: Doente visto o paciente de
 HDA: visto que o paciente do sexo masculino
 Medicações em uso: PROTACOLOPESSOA
 CONFERE PROTACOLOPESSOA
 SEGURO SE PREVÊ PROTACOLOPESSOA
 CONFIRME PROTACOLOPESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudores []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Leonor Silveira Souza</u>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE <u>33 Anos</u>	SEXO <u>M</u>	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>01/03/17</u>		DATA DE ALTA <u>03/03/17</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Transtorno Exato dos Órgãos do Autônomo - Dente</u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Diabetes</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS <u>— X —</u>					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx + Exame Físico</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Tratamento Cirúrgico</u>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA <u>Atletina 500 - X</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	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
<u>Paciente idosa - 01 com queixa de dor no dente do siso, de origem de origem entubado há 3 dias de evolução.</u> <u>Exame clínico revela infecção dentária com 3 dias de evolução.</u> <u>Diagnóstico: Transtorno Exato dos Órgãos do Autônomo - Dente.</u>					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Diet

REPOUSO: Relativo em casa por 10 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lává-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Glucosidase - 500 mg

RETORNO Ao posto de saúde em
Ao Ambulatório do

para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

calculus

1031

Este documento destina-se à comunicação do atendimento hospitalar.

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Decubito e deitado geral
sem anestesia
- ② Tomo pré e traçado pré e a janela do
peito em anestesia

Incisão:

- ③ Seta 0105 Dorsol longitudinal
descorti longo de dedo prévio para
a cicatriz

- ④ Desbaldunto excedendo as
fibras do diafragma

Achados:

- ⑤ Reduções ósseas e fraturas de
processo de P e processos
de diafragma e a ulna

Conduta:

- ⑥ Desbaldunto em vero bloco
de diafragma
- ⑦ Fixação: alça pré e com argamassa.
- ⑧ Cerradura.

Fechamento:

OBS:

Dr. Francisco Júlio Sampaio
CRM-0554
Méd. Residente Odontológico

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

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



Dr. Antônio Oliveira

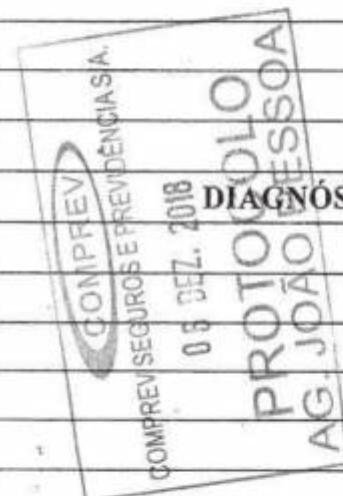
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Seoq</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>27/02/00</i>	Cirurgião: <i>Dr. Oliveira</i>	1º Assistente: <i>Dr. Antônio Oliveira</i>			
2º Assistente: <i>Dr. Oliveira</i>	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:		T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Teste de eletrodo no do anel do ósso



DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Tratamento cirúrgico

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: Ottohause manchener

Código: _

Procedimento: *Rect. exposita* *antibios*.

Cód. do Procedimento: _____

Paciente: George Silveira Souza

Data da Cirurgia: 27/02/2017 Prontuário Nº: 201702005-64 Convênio: 505

Cirurgião: Mauro Ribeiro Coódigo: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Dishon ex315	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	placa 06 juros retas				
02	pêncilos 16 lados n: 16				
03	pêncilos 16 lados n: 22				
02	pêncilos 16 lados n: 20				
05	pêncilos 16 lados n: 18				

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
PARAFUSO	Nº							
CORTICAL. 3.5mm	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO	Nº							
CORTICAL. 4.5mm	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO	Nº							
ESPONJOSO. 4.0mm	Qtd.							
	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							
MALEOLAR 4.5mm	Qtd.							
	Cód.							

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Nº do pedido:

ANEXO II

 SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY				
2 - CNES 2 3 9 9 6 2 8				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY				
4 - CNES 2 3 9 9 6 2 8				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>George Silveira Souza</i>				
6 - N.º DO PRONTUÁRIO <i>201702000</i>				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				
8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>				
9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3				
10 - NOME DA MÃE				
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="checkbox"/> 11 - N.º DO TELEFONE				
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF - 16 - CEP				
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				
19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR				
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				
21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA				
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
23 - CID 10 PRINCIPAL - 24 - CID 10 SECUNDÁRIO - 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
31 - QTDE				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
34 - QTDE				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				
37 - QTDE				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<i>Dibron ex 315 01 placas ob junes reta 02 banc juro espelhos n: 16 03 1º " " 22 04 " " 20 05 " " 18</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
41 - DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
47 - DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
<i>27/02/2017</i>				





CONTRAN

DETRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013027014063

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. PRTM 20170000022927-4 EXERCÍCIO

1 0021378335-5 00/0000000 2017

NOME

JOSE LINDEMERIC 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

VENC. COTAS

00/00/0000 1º

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º

***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADO PAGO 26/01/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINTO

0

COMPRA / VENDA / COMPRA / VENDA /
COMPRAR SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

JOAO PESSOA - PB

16730



chave

DATA

27/01/2017

11409

06 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, George Sá Pires de Souza,
brasileiro, policlér, Bombeiro, portador do RG de Nº
3.095.471 e CPF de Nº 079.959.084-78, vítima de acidente de
transito dia 27/09/2017 no veículo moto de placa
KJL 2875/PB, onde eu era Condutor, de propriedade
de José Kunderburg Filgueiros 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 - INVALIDEZ, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

George Sá Pires de Souza
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Souza - 21.07 de novembro



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

George Silveira de Souza
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão
agronômico, CI RG nº 3.095.471
CPF/MF nº 079.959.064-98 residente e domiciliado(a) à Rua
R. Antônio Gomes, 225. 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 nº 046.502.754-74
e RG sob o nº 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, 09 de novembro de 2018.

Tiago Dionisio da Silva

SOCIO

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A



George Silveira de Souza

OUTORGANTE

SOCIO

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

RECONHECER, como autêntica e verdadeira, a Firma de
GEORGE SILVA DE SOUZA
Em testada verdade, João Pessoa-PB 07/11/2018 08:57:38
Tiago Dionisio da Silva - Auxiliar
(2018-0220551EN) 01 99999-4406
SELÔ DIGITAL: AP-98392-F406
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/02/2017

Titular do CPF: GEORGE SILVA DE SOUSA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA