

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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190138820

Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CREMILSON SENA DA COSTA

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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138820

Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA

Data do Acidente: 02/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CREMILSON SENA DA COSTA

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

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração do Proprietário do Veículo

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, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190138820 **Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA**

Data do Acidente: 02/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CREMILSON SENA DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CREMILSON SENA DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010001536-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

086 839 324-00 | Bremelben Senna da Costa

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

Nome completo:

Bremelben Senna da Costa

CPF

086 839 324 00

Número:

500

Complemento:

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Bairro: Sítio Gusmão

Cidade:

Jacaraú

Estado:

PR

CEP:

58278-000

Tel. (DDD):

E-mail:

DAOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Name do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 01940

CONTA: 1530

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidade 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as clínicas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, § 1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado/no Civil Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração irá considerar gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 15/10/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A-ROGO

A-ROGO para Senna da Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: *Antônio José*

CPF: *000.000.000-00*

Assinatura: *15/10/2019*

2º Nome: *Antônio José*

CPF: *000.000.000-00*

Assinatura: *15/10/2019*

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

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

086 839 324-00

Nome completo da vítima:

Gremibson Senna da Costa

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

Nome completo:

Gremibson Senna da Costa
Agricultor
Bairro: Área Rural

Profissão:

Endereço: Sítio Cunha
Cidade: Jacaraú

CPF: 086 839 324-00

Número: 50

Complemento:

Estado: PB

CEP:

58278-000

Tel. (DDD):

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2191 CONTA: 1536 9
 (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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 período.

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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data de óbito da vítima:

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

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

MORTE
 Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

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

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02141.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02141.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:46 horas do dia 07 de novembro de 2018, 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Cremilson SENA DA COSTA**, CPF nº 086.839.324-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Vera Lucia de Sena Costa e Derivaldo Joaquim da Costa, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 13/03/1988 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Cunha, complemento SÍTIO CUNHA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Caixa de Água, na cidade de Jacaraú/PB, telefone(s) para contato (83) 98785-3077.

Dados do(s) Fato(s):

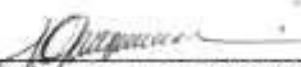
Local: Pb 071, Em Frente Ao Hospital da Cidade de Jacaraú/pb, Jacaraú/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 02/06/18 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

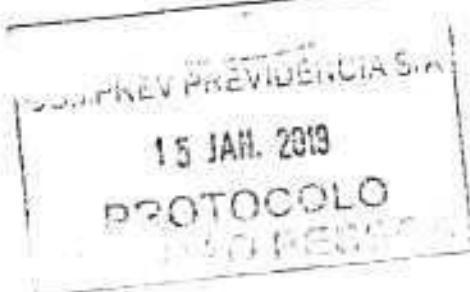
QUE trafegava com o seu veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: I/BASHAN JONNY HYPE 50, ano e modelo: 2012/2013 de cor preta, placa: QGL 1521/RN, Chassi nº 1HJXCB1D3DB402041, registrado em nome de Derivaldo Joaquim da Costa-CPF nº 472.399.134-49; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão, quando um veículo FIAT/STRADA de cor prata, não sabendo informar a placa do mesmo; QUE segundo o notificante esse veículo veio na contra mão e colidiu com o notificante e logo em seguida evadiu-se do local sem se quer prestar socorro, que com o impacto o notificante foi jogado ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1472/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. prontuário nº 2018.06.000248.

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, 07 de novembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CREMILSON SENA DA COSTA
Noticiante



Procedimento Policial: 02141.01.2018.1.00.420

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

086 839 324-00 | Bremelben Senna da Costa

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

Nome completo:

Bremelben Senna da Costa

CPF

086 839 324 00

Número:

500

Complemento:

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Bulevar Gustavo

Bairro:

Área Rural

Cidade:

Jacarau

Estado:

PR

CEP:

58278-000

Tel. (DDD):

E-mail:

DAOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Name do BANCO: _____

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 01940

CONTA: 15 30

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidade 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as clínicas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 31, § 1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado/no Civil Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração irá considerar gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *João Pessoa - PB 15/10/19*
 Nome: _____
 CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A.ROGO

A. Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura:

2º Nome:

CPF:

Assinatura:

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

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

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

Ficha Nr: 133292 Attd: Nao Regul.
Data: 02/06/2018
Hora: 23:21:42
Recepção: ROSICLE BEZERRA DOS S.
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEMILSON SENA DA COSTA Num. de vezes atendidos: 1

CNS: 161993641050006 Sexo: M IDENTIDADE: 3441037 Fone: 986359099 Num. Frontuario: 2018.06.000248

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 13/03/1988 Id: 30 ano(s)

End.: SITIO CUNHA,00

Bairro: SITIO Cidade: JACARAU UF:PB

Mae: MARIA VERA LUCIA DE SENA COSTA Pai: DERIVALDO JOAQUIM DA COSTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AGRICULTOR

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: CLEMILSON SENA DA COSTA

T Doc. Responsavel: 986359099 / IDENTIDADE: 3441037

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO

Vitima de violencia por: AS 21:00 JACARAU

|| Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	ER:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input checked="" type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
<input checked="" type="checkbox"/> Vomito		

Queda Principal

Observacao

INTENDE REFERE COLISAO MOTO CARRO COM TRAUMA

ENTMSE

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

DOR & Doloroso na M5

Diagnóstico

Prescrição

Conduta

Horário da medicacão

PROTECAO PREVIDENCIA SINDICAL

15 JAN 2019

PROTÓCOLO

de Anexo Físico
07020975/00
22/04/21:30

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CREMILSON SENA DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010001536-0

Nr. da Autenticação BCA46258D5CAAA6E

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
45200-000 - RUA DIOQUINHO, 107 - SANTANA/SP
FONE: (11) 5523-0411
E-mail: jk.santana@uol.com.br

energiastore

Atendimento ao Cliente: **0800-083-0196** | www.energina.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	319.542.236-46

UC (Unidade Consumidora): 51698358-7

Conseil de contact

VALORES VENCIDOS **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

2013-01-28 13:23:00

sch2 v380-4152-8dts v50a 1655 4176 7143

Indicaciones de Qualidat

Urgent **Appendix** **Urgent** **Urgent** **Urgent**

ATTEND

VENCIMIENTO **TOTAL A PAGAR**

MANAJERIA



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Luz, Informação, Realização

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.005.183 / 0001-40 - Inscrição Est. 18.015.833-0

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Rolemos para simples pagamento da nota fiscalização da energia elétrica - Nº 019.823.249

DADOS DO CLIENTE

MARIA VERA LUCIA DE SENA COSTA
BET CUNHA SIN
JACARAU

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/702617-2

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2019

07/02/2019

85

14/02/2019

R\$ 79,61

Acesse: www.energisa.com.br



DESENHO AQUI

MARIA VERA LUCIA DE SENA COSTA

Rotário: 05-029-567-1480

83670000000-0 79610054000-7 07026172019-0 02600029019-2



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
14/02/2019	R\$ 79,61	702617-2019-02-8



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bilhete para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 020.441.233

Luz, Iluminação, Realtação
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660
CNPJ 06.296.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2019

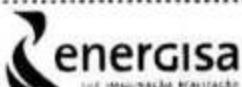
19/02/2019

231

26/02/2019

R\$ 201,59

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-008-292-0450

83800000002-3 01590149000-1 16983582019-5 02100005019-1



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

26/02/2019

R\$ 201,59

1698358-2019-02-1

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
21 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraelider.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 falha 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.

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

⁷ 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 Alexandra Genu Dente, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.902.751-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gremibem Serra da Cete, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.839.324-00, do sinistro de DPVAT cobertura invalididade da Vítima Gremibem Serra da Cete, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.839.329-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

 Recuse informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 sancção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Ag. Fiscal José 6. Duarte	Número	157	Complemento			
Bairro	Mangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58066384
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			

João Pereira 27 de Novembro 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

01001001 1001/2017

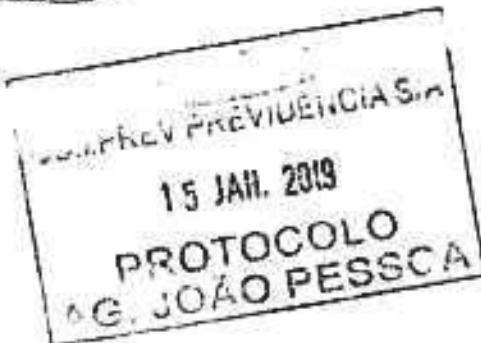
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Henrique da Costa,
RG nº 1.031.955, data de expedição 29/09/2016
Órgão _____, portador do CPF nº 472.399.134-49, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Setor Bemby, nº 5122,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Cremilson Zena da Costa cujo o condutor era
Cremilson Zena da Costa.

Veículo: Motocicleta
Modelo: J/005 Han Jonny Hype 50
Ano: 2012/2013
Placa: EUG-352510N
Chassi: 4HJXC B1030304043
Data do Acidente: 02/06/18
Local e Data: São Paulo, 25/07/18

Assinatura do Declarante

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



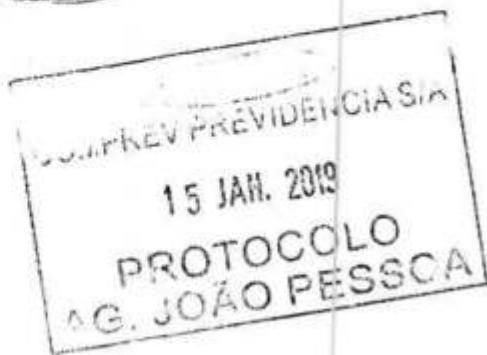
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Derivaldo Joaquim da Costa,
RG nº 1.031.955, data de expedição 29/09/2016
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 472.399.134-49, com
domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Bemba, nº 51/29,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Derivaldo Joaquim da Costa cujo o condutor era
Derivaldo Joaquim da Costa.

Veículo: Hondaletta
Modelo: I/Bastian Jenny Hype 50
Ano: 2012/2013
Placa: AGL 352510 N
Chassi: 1HJACB3D3D3402041
Data do Acidente: 02/06/18
Local e Data: Jacaraú 25/07/18

Derivaldo Joaquim da Costa
Assinatura do Declarante

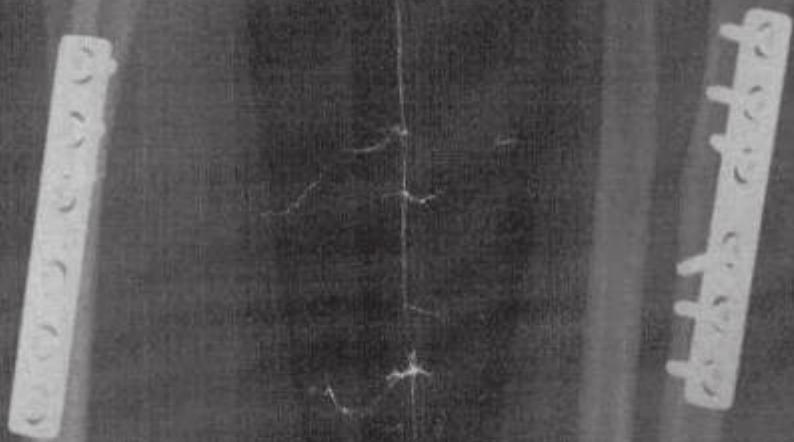
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



PatientID: 012012000
PatientName: CREMILSON SENA DA COSTA

Sex: Masculino
BirthDate: 13.03.1988
Age: 30a.

StudyDate:08.02.2019



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Image:1 Series:1

15 FEV. 2019

HTOP

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO

Nº. 1472/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 133292 e Prontuário nº 2018.06.000248 pertencentes a **CLEMILSON SENA DA COSTA** que foi atendido dia 02/06/2018 às 23H21min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/06/2018 com alta médica dia 11/06/2018.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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: 133292 Attd: Nao Regul.
Data: 02/06/2018
Hora: 23:21:42
Recepção: ROSICLE BEZERRA DOS S.
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CLEMILSON SENA DA COSTA Num. de vezes atendidos: 1

CNS: 161993641050006 Sexo: M IDENTIDADE: 3441037 Fone: 986359099 Num. Frontuario: 2018.06.000248

Natural: JACARAU/PB Data Nasc.: 13/03/1988 Id: 30 ano(s)

End.: SITIO CUNHA,00

Bairro: SITIO Cidade: JACARAU UF:PB

Mae: MARIA VERA LUCIA DE SENA COSTA Pai: DERIVALDO JOAQUIM DA COSTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: AGRICULTOR

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: CLEMILSON SENA DA COSTA

T Doc. Responsavel: 986359099 / IDENTIDADE: 3441037

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO

Vitima de violencia por: AS 21:00 JACARAU

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	ER:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input checked="" type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Observacao		

Questa Principal

TIENTE REFERE COLISAO MOTO CARRO COM TRAUMA

EM MSE

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

DOOR & Doloroso *15/06/2018*

Diagnóstico

Prescrição

Conduta

Horário da medicacão

15 JAN 2019

PROTÓCOLO

de Anexo Físico
07020975/2018
22/04/21:30

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

0tde! Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

15 JAN. 2019
PROTOCOLO
C. V. A. Q. P. E. S. C.

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PERÍODO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Dr. Dr.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/06/11

Nome: Carina Souza n. 0511 Data da Admissão: 02/06/11
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____ Bairro: _____

Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/11

QPD: Don → desconhecido na ar mar 8

HDA: Amo Amor Maravilhoso

<p

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ HTFCirurgias: _____ HTF

[] HAS [] JDM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Leuc. mdo gConduta: Leuc. mdo cr.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Denilson Senna</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<u>Dr. Fábio</u>		1º Assistente:	<u>Dr. Renato</u>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dra</u>		Tipo Anestesia: <u>BPA</u>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <u>fat grande</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <u>0</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <u>Tx cir. c. hse</u>					
CÓDIGO					
<u>acurado</u> <u>prévio</u> <u>anest.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	Descreva:	15/01/2019	
2 (<input type="checkbox"/>) Não					
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	<u>ACI JAT</u>		<u>PROTÓCOLO</u>
2 (<input type="checkbox"/>) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

L deitado

Incisão:

A 20 cm daul

Archados:

Fit grádico

Conduta:

Res. de ferme

Fit blau 3,5+

Betwax

Set. Blau + avanç

Fechamento:

ESTERILIZADO

15 JAH. 2013

PROTOCOLO

JOAO PEDRO PESSOA

OBS:

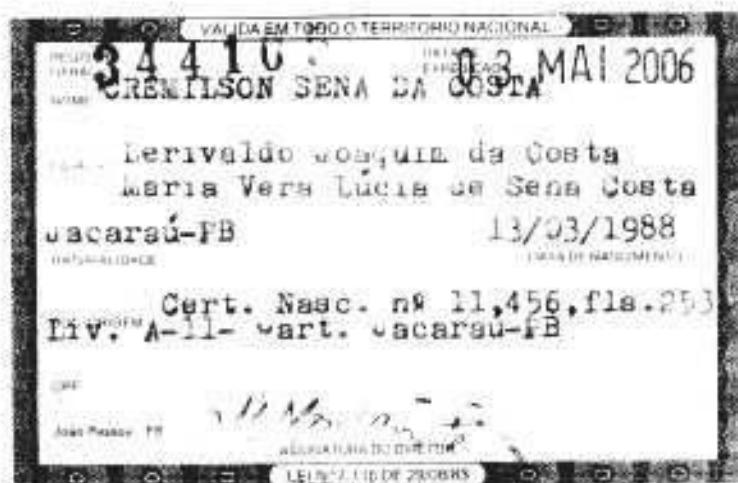
Data: 09/06/18

Dr. *Adriano G. F. Barbosa*
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14653
NOT: 9876

MÉDICO/CRM



15 JAN. 2013
PROTOCOLO
AS. 1000-1000





15 JAN. 2019
PROTOCOLO
DE 40 PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138820 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190138820 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA **Data do acidente:** 02/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Fredericka Senna da Costa,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
agricultor, CI RG nº 344 50 57,
CPF/MF nº 086.839.324-00, residente e domiciliado(a) à Rua
Sítio Guinha, s/n - Área Rural,
Cidade de Facas, Estado
Paraíba, CEP: 58278-000, telefone
99105-5303, 78863-4900.

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 Agente Fiscal José
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

15 JAN. 2019

PROTOCOLO
10 PESCA

João Pessoa - PB, 25 de Julho de 2019.



Fredericka Senna da Costa

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0057895/19

Número do Sinistro: 3190138820

Vítima: CREMILSON SENA DA COSTA

CPF: 086.839.324-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/06/2018

Titular do CPF: CREMILSON SENA DA COSTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência

CREMILSON SENA DA COSTA : 086.839.324-00

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: 21/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA