

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180114838**

Vitima: **ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **06/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180114838**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12512719



Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO**

Sinistro: **3180114838**

Vítima: **ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **06/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180114838** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Março de 2018

Carta nº: 12592616

A/C: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180114838
Vítima: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO
Data do Acidente: 06/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 0000010208-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180114838**
Nome do(a) Examinado(a): **ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ASSENTAMENTO SAO LUIZ nº 00 - AREA RURAL - SOSSEGO/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3611952 - SSP**
Data e local do acidente: **06/08/2016 NOVA FLORESTA/PB**
Data e local do exame: **21/03/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA ARCO ZIGOMATICO DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM SETEMBRO DE 2016. ATUALMENTE NÃO MAIS FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

SEM DEFORMIDADE EM FACE, APRESENTA LEVE PERDA DA SENSIBILIDADE EM HEMIFACE COM DIFICULDADE DE MOTRICIDADE PERIORBITÁRIAPAREIA E PARESTESIA LEVE EM HEMIFACE,

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICT FUNCIONAL RESIDUAL DA FACE

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **FACE**

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB


Dr. Bruno Brilhante
Geriatria de Idosos e Gerontologia
Gerontologia e Geriatria
CRM: 6492

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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 361.599.968-19	Nome completo da vítima Anilson Marques do Nascimento
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Anilson Marques do Nascimento		CPF titular da conta 361.599.968-19	Profissão AGRICULTOR
Endereço Assentamento São Luiz		Número SIN	Complemento CIA
Bairro Zona rural	Cidade Sossogo	Estado PB	CEP 58177-000
Email		Telefone (DDD) (83) 99912 5490	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 4916 (Informar dígito se existir)	D/V 6	CONTA NRO. 10208 (Informar dígito se existir)	D/V 6
		BANCO Nome 	NRO
		AGÊNCIA NRO. 	D/V
		CONTA NRO. 	D/V

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 a crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PICUI-13 de **22** de **FEVEREIRO** de **2018**

Local e Data

Anilson Marques do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



OCCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 010/2017

NOTICIANTE: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO (83 9 8617-1495)

Aos trinta dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezessete (30/11/2017), nesta cidade de Nova Floresta, Estado da Paraíba, no cartório desta unidade policial, sob a responsabilidade do Bel. Elias J. Rodrigues da Silva, aí compareceu **Anilson Marques do Nascimento**, brasileiro, solteiro, ensino fundamental incompleto, pescador, nascido aos 24/07/1990, com 27 anos de idade, natural de Guarujá/SP, filho de Marcos Antônio do Nascimento e de Antônia Marques do Nascimento, portador do R.G. 3611952 SSP/PB e do C.P.F. 361.599.968-19, residente no Assentamento São Luiz - Zona Rural - Sossego/PB, e fez o seguinte registro: QUE o noticiante, no dia seis do mês de agosto do corrente ano (06/08/2017), por volta das 15:00 horas, trafegava na sua motocicleta HONDA CBX250, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2003/2004, PLACA MNN8079/PB, CHASSI 9C2MC35004R004693, CÓDIGO RENAVAM 00818630310, LICENCIADA EM NOME DE JAIRO DA SILVA FONSECA, em uma estrada vicinal localizada no Sítio Boi Morto, neste município de Nova Floresta, estrada esta que possui duas grandes ladeiras e enquanto o noticiante descia uma delas perdeu o controle da moto quando freou, pois a moto derrapou porque a estrada estava molhada devido as chuvas que caíam no dia do ocorrido; QUE, algumas pessoas que vinham logo atrás chamaram o SAMU de Picuí/PB, o qual socorreu o noticiante e o levou para o Hospital Regional de Picuí, onde passou por procedimento cirúrgico na cabeça, já que o noticiante, devido à queda de moto, quebrou o maxilar e precisou colocar pinos de platina do lado direito da cabeça; QUE, o noticiante continua, até a presente data, sem conseguir exercer suas atividades profissionais em virtude das sequelas do acidente, motivo pelo qual ainda está em atestado médico para que possa se recuperar das lesões e da cirurgia; QUE, o noticiante passou quatro dias internado no Hospital Regional de Picuí. Por esta razão, veio a esta Depol fazer a notificação para que sejam tomadas as medidas legais cabíveis. Nada mais havendo a tratar, ciente o Noticiante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal, deu-se por encerrado a presente Ocorrência Policial, devidamente assinada a Ocorrência Policial, pelo Noticiante e por mim, Leandro Rodrigues de Souza Azevedo que o digitei.

1ª TESTEMUNHA: Maria de Lourdes Fidelis de Araújo, portadora do R.G.: 2593798 SSP/PB e do CPF: 036.690.224-57 - Residente no Assento São Luiz, s/n- Zona Rural - Sossego/PB.

2ª TESTEMUNHA: Maria das Vitórias dos Santos, portadora do R.G.: 3759708 SSP/PB e do CPF: 101.351.714-82 - Residente no Assento São Luiz, s/n- Zona Rural - Sossego/PB.

Nova Floresta/PB, 30 de novembro de 2017.

Noticiante:

Anilson Marques do Nascimento

Leandro Rodrigues de Souza Azevedo
Escrivão A. hoc - Mat. 80.296-8





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUÍ
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.famup.com.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.619.650/0001-21

Picuí/PB, 13 de outubro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que a ambulância do município de Picuí realizou no dia 06 de agosto de 2016, após acidente motociclístico, atendimento pré-hospitalar, conforme laudo e livro de ocorrência da mesma, o Srº Anilson Marques do Nascimento, 27 anos, apresentou dores na região cervical e escoriações pelo corpo. Após atendimento, foi encaminhado para o Hospital Regional de Picuí onde seguiu aos cuidados da equipe da referida instituição.


Gésska de Oliveira Macedo Costa
CPF: 393.432.110-11

Gésska de Oliveira Macedo Costa
Coordenadora Municipal do SAMU PICUÍ/PB



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04916

CONTA: 000000010208-6

Nr. da Autenticação 1CEC71A5A9A6A6C0

AMILSON MARQUES DO NASCIMENTO
ASSISTENTE SAO LUIZ, S/N - AREA RURAL
SOSSEGO/PB CEP 58177000 (AG 80)

Emissão: 30/11/2017 Referência: Nov/2017
Classe/Subclasse: RURAL/AGROPECUARIA RURAL MONOFASICA 220, Km 25 - Córrego Redondo - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
Roteiro: 18 - 281 - 859 - 850 Nº medidor: 00001257521

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.086.183/0001-40 Insc. Est. 19.015.023-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº001416512
Cód. de Autenticação: 00010267878

Nov/2017 30/11/2017 29/12/2017 36159996819

5/1096267-8

-CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL-
CADASTRO BIOMÉTRICO
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELETORES QUE AINDA
NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE
PROCUREM O CARTÃO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDI-
MENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017,
PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVAN-
TE DE RESIDÊNCIA DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL.
SE HOUVER EM CASO DE DÚVIDA, CONSULTAR O SITE
WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1331.

Data	Leitura	Data	Leitura			
31/10/17	7120	30/11/17	7246	1	50	30
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. (por kWh)	Base Calc. (por kWh)
				Tributos (Trib. ICMSP) (R\$)	ICMS (R\$)	Pol. (Cód. de R\$) (1.329162 R\$ 1210%)
0801	Consumo em kWh	50,000	0,494410	23,22	23,22	18
0801	Adic. B. Verbetes			3,25	3,25	18
0810	Subsídio			9,95	9,95	18
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0906	Devolução Subsídio			-7,42	0,00	0

CCl Código de Classificação do Item TOTAL 29,10 38,52 5,57 38,52 0,48 2,23

56

11/12/2017

R\$ 29,10

Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16 Nov/16

RESERVADO AO FISCO

667b.135c.a9a8.f9c8.be7d.ab77.696a.9ba6.

Composição do Consumo				Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,59	2,10	NOMINAL	Serviços de Out. da Energia/PB	6,69	23,65
DIC TRIMESTRAL	23,19			Compra de Energia	0,97	34,28
DIC ANUAL	46,38		CONTRATADA	Serviço de Transmissão	1,06	36,74
FIC MENSAL	7,59	1,00		Encargos Setoriais	0,91	31,24
FIC TRIMESTRAL	15,19		LIMITE SUPERIOR	Impostos Diretos e Encargos	9,28	31,89
FIC ANUAL	30,38			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	8,29	2,10		Total	29,10	100,00
DIC 0	18,90					

Valor Base (R\$ 9/2017) R\$ 72

- REAVISO Caso a(s) fatura(s) acima continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 15/12/2017. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, pois estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 7,42

Out/17 35,74
Set/17 23,46
Ago/17 114,44
Jul/17 108,45
Jun/17 115,10
Abr/17 113,28
Mar/17 122,54
Jan/17 17,08

energisa PARAIBA

Roteiro: 18 - 281 - 859 - 850
Matrícula: 1096267-2017-11-7

11/12/2017

R\$ 29,10

83610000000-6 29100054000-0 10962672017-0 11700281019-2



COMPROVANTE DE PAGAMENTO
05 MAR 2017
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



CTC RECIFE PE PL7

NILO T DANTAS
RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145
JK
58187-000 PICUI - PB



721319606926796000000164430261217

Cartão
Ourocard Mastercard Gold
Nº 5464 **** * 2215

Pág. 001 de 002

Vencimento:
05/01/2018

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 24.01.2018

> Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá sacar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 0,96. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:

R\$ 504,26

Pagamento mínimo:

R\$ 494,31

> Total da Fatura

Saldo - R\$ 504,26
Saldo convertido - R\$ 0,00
Total da fatura - R\$ 504,26

> Resumo em Real

Saldo anterior 500,43
Pagamentos/Créditos - 500,43
Compras/Débitos 504,26
Saldo - R\$ 504,26
Saldo parcelado 0
faturas futuras

> Resumo em Dólar

Compras/Saques 0,00
Outros débitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1 - A variação cambial e crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF
• Retiradas e uso do limite de crédito rotativo 1,90
Encargos
• Retiradas na função crédito 0,00
• Uso do limite de crédito rotativo 5,42

> Limites

Total para transação à vista 6.400
Saques (incluído na total transação à vista) 6.400
Total para transações parceladas 0
Credenciário 0

Consulte seus limites disponíveis, acesse: www.bb.com.br

> Ponto pra Você/Liveio

Consulte pontos a prescrever e saldo atual:
- cartões eletrônicos: Ponto pra Você + Prog. Recompensas.
- Internet: Ponto pra Você+Dem. Acum. Pontos.
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você+Dem. Acum. Pontos.

> Encargos Financeiros

	1	2
Crédito Rotativo	9,89	9,89
Crédito Parcelado	9,30	9,30
Juros de mora	1,00	1,00
Multa por atraso	2,00	2,00

1 - Para o período - % ao mês
2 - Máximo para o próximo período - % ao mês

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

E preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxa ao Mês (%)	Taxa ao Ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao Ano (%)
Crédito Rotativo Saques ¹	9,89	210,09	0,38	0,0082	224,19
Parcelado administradora ³	9,30	190,69	0,38	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado) ^{3,4}	7,35	134,22	0,38	0,0082	138,05

1 - Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeito a alterações para o próximo período. Para clientes que aderirem ao pacote BOMPRATODOS, a taxa de crédito rotativo e saques Brasil será de 18,80% ao mês, CET 498,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.

2 - Resultado de Incidência de Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário propostos para o período de um ano.

3 - Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de dúvidas, consulte a Central de Atendimento BB.

4 - Os serviços não estão disponíveis para clientes não-residentes do Banco do Brasil.

Obs.: Taxa de Saque: R\$ 6,00 por evento. Taxa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

BANCO DO BRASIL

001-9 00194.52101 00053.167276 80000.000663 5 000

Nome do Pagador CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP NILO T DANTAS - CPF 047.951.774.65

Banco do Brasil RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145 - JK - 58187-000 - PICUI - PB

Banco do Brasil

Nosso Número 000000000053167278

Nº do documento

Data de Vencimento

Valor Documento

Valor Pago

05/01/2018

804,26

Nome do Beneficiário CNPJ/CPF/Endereço

Banco do Brasil S.A. - CNPJ nº 00.000.000/00001-91 - SBS Qd 01 - BIA lote 31 Ed Sede 1 - 2ºas - 70073-900 Brasília (DF)



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.599.968 / 19 do sinistro de DPVAT cobertura TALAGUEZ da Vítima ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 361.599.968 / 19 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Roldão Zacarias de Macedo</u>		Número <u>145</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>JK</u>	Cidade <u>Picui</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58187-000</u>
Email <u>nilotdantas@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)33712274</u>	Telefone celular(DDD) <u>(83)999125490</u>

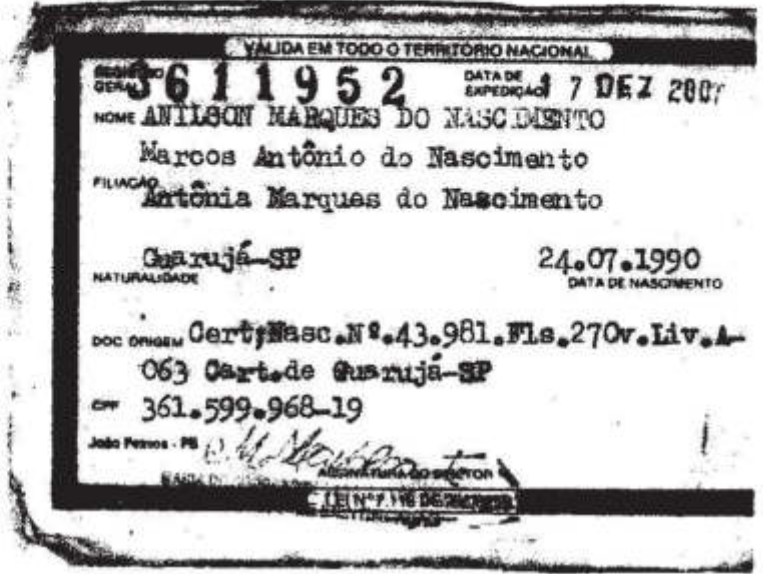
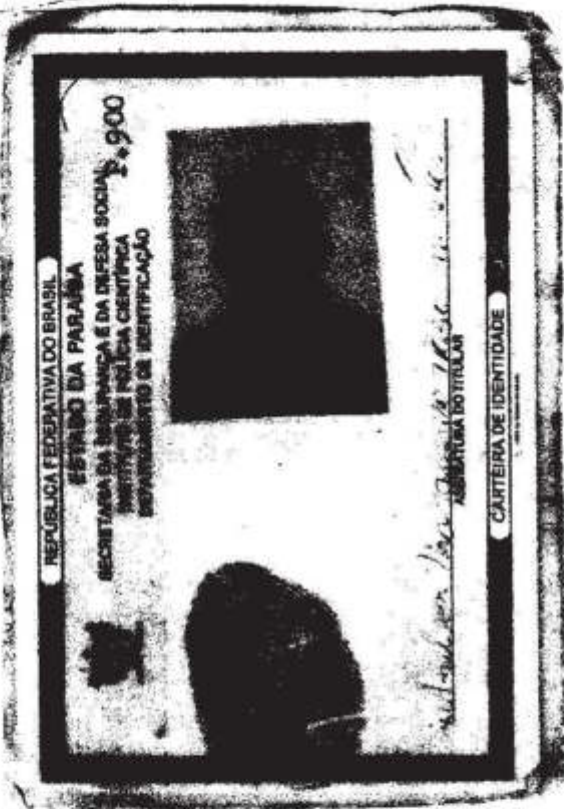
Picui/PB

22 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Nilo Trigueiro Dantas
Assinatura do Declarante





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
361.599.968-19

Nome
ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO

Nascimento
24/07/1990

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
8972.9F64.0015.970B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 12:56:48 do dia 16/12/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

COMPRI / SEGUROS E PREVIDÊNCIA

05 MAR. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RN
44008260/2013

Nº 011810480803
66139929866

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 00818630310	ENTR *****
NOME/ENDEREÇO JAIR DA SILVA FONSECA R FONSECA SANTAS, 872 CENTRO 59.374-000 CARNAUBA DOS DANTAS/RN		
CNPJ/CNP 079.578.194-50	PLACA RN8079	
NOME ANTERIOR ATENCIO CARLOS COSTA		
PLACA ANT/UF RN8079/PB	CHASSI 9C2MC350042004693	
ESPÉCIE TIPO PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE		COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/CMX 250 TWISTER		ANO FAB. 2003
CAP/POT/CL OCV/249 CILINDRADAS		ANO MOD. 2004
CATEGORIA PARTICULAR	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
OBSERVAÇÕES MOTOR:MC38E-4004693		
CARNAUBA DOS DANTAS		DATA 18/09/2013

DETRAN - RN

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 MAR. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180114838 **Cidade:** Nova Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de face

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180114838 **Cidade:** Nova Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANILSON MARQUES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 06/08/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA ARCO ZIGOMATICO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA FACE

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO EM SETEMBRO DE 2016. ATUALMENTE NÃO MAIS FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO.
SEM DEFORMIDADE EM FACE, APRESENTA LEVE PERDA DA SENSIBILIDADE EM HEMIFACE COM DIFICULDADE DE MOTRICIDADE PERIORBITÁRIAPARESIA E PARESTESIA LEVE EM HEMIFACE,

Sequelas permanentes: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL DA FACE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/03/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO

Outorgante: Amilson Marques do Nascimento,
brasileiro(a), solteiro, pescoador,
portador(a) do RG nº. 3.611.952 expedido por SSP/PB em
17/12/2007 e do CPF nº. 361.599.968-19, residente na (o)
Assentamento São Luiz - zona rural
_____, município de Bossorô - PB, CEP 58177-000

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picui - PB, 13 de Janeiro de 2018

 Asilva Marques de Nascimento
outorgante

