
Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190193337

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FAGNER SANTOS DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190193337

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FAGNER SANTOS DA CRUZ

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: **FAGNER SANTOS DA CRUZ**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **000000040610-3**

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, retorne 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:
	087.163.734-05	Fagner Soutos da Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Fagner Soutos da Cruz	087.163.734-05	
Profissão:	Endereço:	Número:
professor	Rua Rafael Antônio dos Soutos	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
Adriana	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	53065150	(83) 99131-6739

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

RENDA 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: 3487 ☐ CONTA: 0040610 ☐ 3 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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	☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa/PB, 13 de março de 2019

Nome: Fagner Soutos da Cruz

CPF: 087.163.734-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

COOPREVIDÊNCIAS S.A.

Assinatura

12 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG 1080

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

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:
	087.163.734-05	Ragner Santos da Cruz
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Ragner Santos da Cruz	087.163.734-05	
Profissão:	Número:	Complemento:
pedreiro	SIN	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Adriana	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58065150	(83) 99.81-6739

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

REND 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 00040610 ☐ 3	AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa/PB, 13 de março de 2019

Nome: Ragner Santos da Cruz

CPF: 087.163.734-05

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Ragner Santos da Cruz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 12 MAR. 2019

Assinatura: PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 00022.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00022.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:09 horas do dia 07 de março de 2019, 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 Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fagner Santos da Cruz**, CPF nº 087.163.734-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Lucia dos Santos Evangelista e Ednaldo Fernandes da Cruz, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/09/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rafael Antonio dos Santos, Nº S/N, complemento BLOCO 90 APT 104, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Mercadinho Nova Vida, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Principal-ladeira do Valentina, Ladeira do Valentina Para Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/05/18 00:33h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

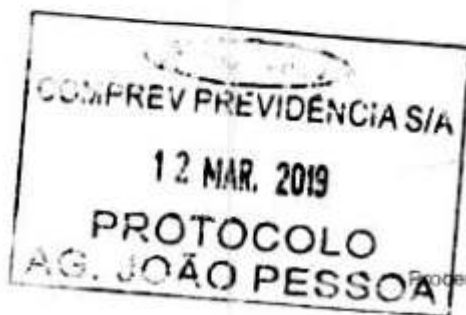
QUE O NOTIFICANTE trafegava com o pas/veículo, marca e modelo: HONDA /CG 125 FAN, ano e modelo:2006/2007 de cor; preta, placa:MOG 5488/PB, Chassi nº 9C2JC30707R015327, registrado em nome de Claudio Junior Pereira-CPF nº 067.810.494-88 (amigo do notificante);QUE seguia normalmente na sua mão, quando foi trancado por um veículo, não sabendo identificar o mesmo, que por este motivo perdeu o controle e veio a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1033/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 01/08/2018 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.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de março de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FAGNER SANTOS DA CRUZ
Noticiante



Procedimento Policial: 00022.01.2019.1.00.420

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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FAGNER SANTOS DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000040610-3

Nr. da Autenticação 63F42016AC143BDB

energis

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
F. 25 - Centro Reitor João Paulo Passos / PB - CEP 03071-600
CNPJ 08.956.113/0001-4 - Tel. 16.015.0234

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1012649-8

O Desligamento Programado é uma interrupção de energia necessária para realizar manutenção e melhorias no rede elétrica. Para saber se haverá desligamento na sua rede, acesse o nosso site ou o app Energia On. Fique atento ainda aos avisos por SMS, e-mail, carta, celular e rádio.

Medida últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	08/01/2019	R\$ 105,72
Historico de Consumo (kWh)		

f323 a8f5 9b2d 3ff7 14c0 df11 4604 bdb7

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Luz, da Energia e/ou	73,94	72,88
Captacao de Energia	34,40	33,84
Servicos de Transmissao	5,76	5,66
Energias Alternativas	5,71	5,60
Impostos Diretos e Encargos	87,71	86,65
Outros Servicos	0,00	0,00
Total	101,78	100,00

Facturas em atraso

Nov/18	18.42
Out/18	18.23
Set/18	19.53
Ago/18	17.63
Jul/18	17.38
Jun/18	17.15
Mai/18	15.68
Abr/18	15.64

PARA 12A

Roteniz: 18-5-821-160 **08/01/2019** **R\$ 105,72**
 Matrícula: 1012649-2016-12-3
 83680000001-7 05720149000-0 10126492018-8 12300005019-5



12 MAR. 2019
COM. PREVIDENCIA S.
PROTOCOLLO
150 PESCA

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99181 6739	de 23/08/2018 a 22/09/2018	10/10/2018	R\$ 113,37

Valor pago na última conta: R\$ 117,54

Veja aqui o que está sendo cobrado

	Contratado	Utilizado	Excedente
Plano Claro			
Oferta Conjunta Claro MIX	R\$ 109,99	-	-
Aplicativos Digitais	R\$ -	-	-
Claro Pós 6GB (128)	R\$ -	-	-
Desconto Claro Pós 6GB (128)	R\$ -	-	-
Internet			
6GB de internet	6 144,0MB	6 144,0MB	-
Voz			
Ligações locais e LDN ilim. para qualquer operadora	ilimitado	564min00s	-
Subtotal	R\$ 109,99		R\$ -
Total - Plano Claro			R\$ 109,99

Contratações Adicionais			
Promoção Nôtes em Claro - 4GB			
Promoção WhatsApp grátis Internet	6 144,0MB	291,0MB	-
Subtotal	R\$ -		R\$ -
Total - Contratações Adicionais			R\$ 0,00

Outras Cobranças			
Juros e Multa	R\$ 3,38	-	-
Subtotal	R\$ 3,38		R\$ -
Total - Outras cobranças			R\$ 3,38

Prezado Cliente,
Este boleto não quitte débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Comissões para o FUST e FURTEL (1% e 0,5% do valor devido) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1311 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO	Código Débito Automático 108690678 Claro NE DDD 81 a 89	Período de Uso 23/08/18 a 22/09/18	Total R\$ 113,37	Vencimento 10/10/18
--	---	---------------------------------------	---------------------	------------------------

84830000001-0 | 13370221201-9 | 81010108690-1 | 67801218122-0



Autenticação Mecânica: solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras

03905920

Pag 1 / 3

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
R DOUTOR ANTONIO PALITOT 175
BANCARIOS
58051-780 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet: minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99181 6739	de 23/08/2018 a 22/09/2018	10/10/2018	R\$ 113,37

Valor pago na última conta: R\$ 117,54

Veja aqui o que está sendo cobrado

	Contratado	Utilizado	Excedente
Plano Claro			
Oferta Conjunta Claro MIX	- R\$ 109,99	-	-
Aplicativos Digitais	- R\$ -	-	-
Claro Pós 6GB (128)	- R\$ -	-	-
Desconto Claro Pós 6GB (128)	- R\$ -	-	-
Internet			
6GB de internet	6.144,0MB	6.144,0MB	-
Voz			
Ligações locais e LDN ilim. para qualquer operadora	Ilimitado	564min00s	-
Subtotal	R\$ 109,99		R\$ -
Total - Plano Claro			R\$ 109,99
Contratações Adicionais			
Promoção Nôites em Claro - 6GB			
Promoção WhatsApp grátis Internet	6.144,0MB	291,0MB	-
Subtotal	R\$ -		R\$ -
Total - Contratações Adicionais			R\$ 0,00
Outras Cobranças			
Juros e Multa	R\$ 3,38		-
Subtotal	R\$ 3,38		R\$ -
Total - Outras cobranças			R\$ 3,38

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor da prestação) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 111 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO	Código Débito Automático 108690678 Claro NE DDD 81 a 89	Período de Uso 23/08/18 a 22/09/18	Total R\$ 113,37	Vencimento 10/10/18
--	---	---------------------------------------	---------------------	------------------------

84830000001-0 | 13370221201-9 | 81010108690-1 | 67801218122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras

*03905920

Pag 1 / 3

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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Jaime Ellen de Lencas Feliciano inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.219.034 / 88 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fagner Santos da Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.163.734 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura imóveis da Vítima Fagner Santos da Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.163.734 / 05, 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 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 sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Doutor Antônio Polito</u>		Número <u>175</u>	Complemento
Bairro <u>Boncoaria</u>	Cidade <u>Pará Limão</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58051-780</u>
Email <u>jaime.feliciano@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)99181-6739</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83)99181-6739</u>

Pará Limão, 11 de março de 2019
Local e Data

Jaime Ellen de Lencas Feliciano
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Claudio Junior Pereira,
RG nº 2982.675, data de expedição 14/12/2015
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 067.810.794-88 com
domicílio na cidade de Paráíba, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. São João de Santa Cruz, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fagner Santos da Cruz, cujo o condutor era
Fagner Santos da Cruz.
Veículo: motorcycle
Modelo: honda CG 125 lon
Ano: 2006/2007
Placa: M06 53881PB
Chassi: 9C2JC30707R015327
Data do Acidente: 19/05/18
Local e Data: Paráíba, 11 de março de 2019

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Claudio Junior Pereira
Assinatura do Declarante

Fagner Santos da Cruz

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

Serviço Notarial "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRICTAL

Not. Rômulo Vieira Batista - Titular / Not. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Núcleo Promotor: João P. - Registração / 027 3334-0700 - João Pessoa - Paraíba - CEP 55011-900

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
CLAUDIO JUNIOR PEREIRA.....

Em test. da verdade. João Pessoa - PB 07/03/2019 14:45:25

Rikeley Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO

[2019-011025]ENCL:R\$ 89,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,00, 05/03/2019

SELO DIGITAL: A1F74962-AUSM

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

Fagner Santos da Cruz

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.487.625 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 03/09/2012

NOME FAGNER SANTOS DA CRUZ

FILIAÇÃO EDNALDO FERNANDES DA CRUZ
MARIA LÚCIA DOS SANTOS EVANGELISTA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB 09/09/1990

DOC ORIGEM
NASC.N.16213 FLS.272 LIV.A-15
CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA-PB

CPF 087.163.734-05

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
12 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 04844840

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.509/94)



LABE NATURA DO PORTUGUES
Nome: ELLEN DE MELO FELICIANO

RESERVAÇÃO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

ASSOC
JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

FILIACAO
JOSE FELICIANO DA SILVA
ELIANE DE MELO COSTA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DO NASCIMENTO
20/06/1980

CPV
036.219.034-88

EXPANSAO EM
23/05/2014

NR
2509321 - SSP/PB

QUADRO DE OBRIGACAO E TITULACAO
NÃO

ASSINATURA DO ADVOGADO

ORDEN REGISTRO COM REGISTRO SOBSCRITO

13030

COMPREV PREVIDENCIA S

12 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 012824941008
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 0039866670-8 00/00000000 2016

CLAUDIO JUNIOR PEREIRA

06781049488 MOG5488/PB
NOVO PB 9C2JC30707R015327

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN 2006 2007

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 26/12/2016

***** 0 *****

***** SEGURO P A G O 13/05/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB
19267

09/01/2017

16918

PB Nº 012824941008 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

06781049488 MOG5488/PB

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoctransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 09/01/2017

1 06781049488 MOG5488/PB

00898666708 HONDA/CG 125 FAN

2006 9 9C2JC30707R015327

PREMIO TARIFARIO

***** *****

***** SEGURO P A G O

***** 13/05/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

16918-1015329-20170109

MAI-2016

COMPREV PREVIDENCIA S/A
12 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190193337 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ **Data do acidente:** 19/05/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

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

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 MAR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE:

Nome: Wagner Santos da Silva
 Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro
 Profissão: professor
 Identidade: 2982.675 CPF: 067.810.444-88
 Endereço: Rua Papai Antônio dos Santos, S/N, Valentina,
Rio de Janeiro, Paraíba.

OUTORGADO:

Nome: Jonny Wilson de Jesus Telles
 Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro
 Profissional: admostrada
 Identidade: 0569321 CPF: 036.219.034-88
 Endereço: Rua Doutor Antônio Valtot, 175, Bomalva, Bad
Reynao, PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito penhidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, além de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima.

Lea2 Pisco, 11 de mayo de 2019

Local e data

CARTÓRIO
MEIRA BATISTA

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) F(s) FIRMAS
FABRER SANTOS DA CRUZ
E em test. da verdade, João Pessoa-PB 07/03/2019 14:53:40
Fizeste fided. de lha - ECEMENT AUTORIZADO
[2019-0102]END.:R. Nº 91 FABRER, Q. 2º FÉRI-R. 1.90
SELO DIGITAL: A1F7465-RNC
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tribl-75>

Distrito
RUA J. A. DE LIMA
13020-000
Jaboatão - PE
Jaboatão - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084332/19

Número do Sinistro: 3190193337

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

CPF: 087.163.734-05

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FAGNER SANTOS DA CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

Comprovante de residência

FAGNER SANTOS DA CRUZ : 087.163.734-05

Autorização de pagamento

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: 18/03/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084332/19

Vítima: FAGNER SANTOS DA CRUZ

CPF: 087.163.734-05

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 19/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FAGNER SANTOS DA CRUZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO : 036.219.034-88

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

FAGNER SANTOS DA CRUZ : 087.163.734-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2019
Nome: JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO
CPF: 036.219.034-88

JOSEANE ELLEN DE MELO FELICIANO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS