

---

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** ABILIO GARCIA NETO  
**Nº Sinistro:** 3180275887  
**Vitima:** ABILIO GARCIA NETO  
**Data do Acidente:** 30/04/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180275887**.

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](http://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, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ABILIO GARCIA NETO**  
Nº Sinistro: **3180275887**  
Vitima: **ABILIO GARCIA NETO**  
Data do Acidente: **30/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180275887**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ABILIO GARCIA NETO**  
Nº Sinistro: **3180275887**  
Vitima: **ABILIO GARCIA NETO**  
Data do Acidente: **30/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180275887**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 17 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** ABILIO GARCIA NETO

**Nº Sinistro:** 3180275887

**Vitima:** ABILIO GARCIA NETO

**Data do Acidente:** 30/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador** EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180275887**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 **977.354.344-72** CPF da Vítima **977.354.344-72** Nome completo da vítima **Abilio Garcia Neto**

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<b>Abilio Garcia Neto</b>	CPF titular da conta	<b>977.354.344-72</b>	Profissão	<b>Agricultor</b>
Endereço	<b>Sítio Garcia do Feijão</b>	Número	<b>S/N</b>	Complemento	<b>Para</b>
Bairro	<b>Área Rural</b>	Cidade	<b>Condado</b>	Estado	<b>PB</b>
Email	<b>emmanoela@hotmail.com.br</b>	CEP	<b>58114-000</b>		
		Telefone (DDD)	<b>(83) 3421-8003</b>		
			<b>(83) 9 9630-1658</b>		
			<b>(83) 9 9655-9484</b>		
			<b>(87) 9 9920-9978</b>		

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0732** D/V **00026658** T/N **4**  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

T/N

(Informar dígito se existir)

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

**Condado - PB, 12 de Junho de 2018**  
Local e Data

**Abilio Garcia Neto**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rua Bossuet Wandertey, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

## CERTIDÃO

**CERTIFICO**, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 2379/2018**, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos DOZE (12) dias do mês de JUNHO do ano **DOIS MIL E DEZOITO (2018)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ABILIO GARCIA NETO**, brasileiro (a), RG: 3.845.572 SSP/MG, CPF: 977.354.344 72, natural de Condado/PB, data de nasc. 22/09/1962, Filho (a) de Marina Linhares de Araújo e de Felizardo Linhares de Araújo, Residente no Sítio Várzea de Feijão, Zona Rural de Condado/PB, Tel.: (83) 9.81455440 , a fim de notificar o seguinte:

Que, o declarante afirma que no dia (30/04/18) por volta 05h00min. estava trafegando em uma estrada vicinal em UMA (01) MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA: MOP 4942/PB, CIIASSI:9C2KD0550BR540257, RENAVAM: 002856346405, ANO: 2011/11, COR VERMELHA, Licenciada em nome de Maria Zélia Linhares da Silva; Que o declarante diz que perdeu o controle da motocicleta devido a estrada está muito escorregadia em decorrência de uma chuva que ocorreu na madrugada; Que o declarante diz que após perder o controle caiu da moto e em seguida foi socorrido por seu irmão, Antônio Garcia de Araújo; Que o declarante diz que em seguida seu irmão o conduziu para o HRP de Patos/PB, onde foi diagnosticada uma lesão no ombro esquerdo..

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

**TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B.

– Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Abilio Garcia Neto

Patos/PB, 12 de Junho de 2018.

  
Hermando Barbosa Rodrigues  
Agente de Investigação  
Mat.: 168.543-1

 **DINÂMICO WANDERLEY**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Rua Dinâmico Wandertey, 257 - Centro - Patos/PB  
Tels: (83) 3421-2735 / (83) 3421-6020 / (83) 3421-6020

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunha da verdade.  
Patos-PB 12/06/2018 15:06:37  
ZIETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE  
[2018-016791] ENOL:R\$ 2,57 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS/PB: R\$ 0,12  
SELO DIGITAL: A480359-#H8  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antônio Garcia Neto

CPF da Vítima

977.354.344-72

Data do Acidente

30/04/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email emmanoela@hotmail.com.br

 Telefone (DDD) (63) 3421-8003  
 (63) 9 9855-9484  
 (67) 9 0999-9976

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

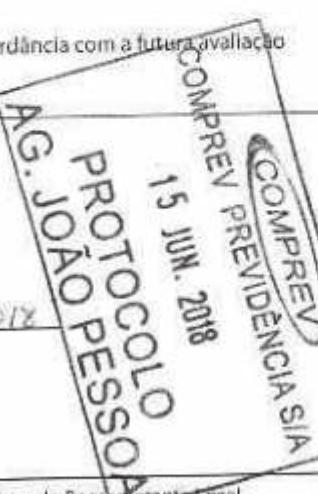
**Assinalar uma das opções abaixo:**

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

 Condado - PB 12 de Junho de 2018  
 Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <i>Abilic Garcia Neto</i>	CPF da Vítima 977.354.344-72	Data do Acidente 30 / 04 / 2018
--	---------------------------------	------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <i>Emmanoela</i>	CPF do Representante Legal <i>000.000.000-00</i>
Email <i>emmanoela@hotmail.com.br</i>	Telefone (DDD) (83) 3421-8003 (83) 9 9655-9484 (87) 9 9999-9976

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

*28 JUN. 2018*  
**PROTÓCOLO**  
**G. JOSÉ PESSOA**

*Condado - PB* 26 de Junho de 2018  
 Local e Data

*Abilic Garcia Neto*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima  
Abelio Garcia Neto

CPF da Vítima  
921.354.344-72

Data do Acidente  
30 / 04 /2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <u>emmancela@hotmail.com.br</u>	Telefone (000) (83) 3421-8003 (83) 9 9855-9494 (83) 9 9999-9978

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinular uma das opções abaixo:

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

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

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

Conselho PB 26 de Junho de 2018  
Local e Data

Abelio Garcia Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI 003 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
COMPREV  
19 JUL. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOAO PESSOA

**ABILIO GARCIA NETO**  
SIT VARZEA DO PEIAC SM - AREA RURAL  
CONDADO - PB CEP: 58714320 (AG 172)

Emissão 23/06/2018 Referência Mar/2018  
Cassabloc 9 RESIDENCIAL/BARRA RIO D'AMONTE FÁSICO  
Sobra 12 - 77.700-906 Venda por 1000000,00

energisa

ENQUADRAMA, DISTRIBUCCIONES ENERGIA S.A. - Cred. Receptor: 237; Peso: 1PE-CEP55017-90  
UNP/03095/20000146. Inc. Sat: FC16325-0  
Unidad Fiscal: Corte de Energia y Fiscales 0700-05-00

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Maio / 2018	23/05/2018	22/06/2018	97735434472 Int. EAI

UC (Unidade Consumidora): 5/652696-6

### Canal de contacto

2000-2001 3073 40.35 49.64 12.49 43.81 1.30 1.43

**Média últimos meses (kWh)** **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
30/05/2018 R\$ 40,95

RESERVADO AO SÓCIO  
a3ba17e05ca0.5ba3fb46.be5d.6351.6387.

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0V/FRE			
ULTRAMETRICO	36,82		36,82
DC/ANAL	31,68		31,68
FIC/MENSAL	7,82	300	CONTRATO
FIC/SEMIANUAL	15,94		LIMITE INFERIOR
7/ANUAL	31,29		LIMITE SUPERIOR
DMC	6,69	300	
DPC	16,85		

Descrição	Valor	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	5.46	7,31
Comissão de Energia	8,30	11,43
Serviço de Transmissão	10,10	14,00
Encargos Boleto	10,10	14,00
Impostos e Créditos (Encargos e Outros Serviços)	3,00	4,21
<b>Total</b>	<b>40,96</b>	<b>100,00</b>

**ATENÇÃO**

### **Faturas em atraso**

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Abílio Garcia Nito inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 977.354.341 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima  
Abílio Garcia Nito, inscrito (a) no CPF sob o Nº 977.354.341 / 72, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:  
RG, CPF, TITULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

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 <b>RUA TITICO GOMES</b>		Número <b>405</b>	Complemento <b>Casa</b>
Bairro <b>BELO HORIZONTE</b>	Cidade <b>PATOS</b>	Estado <b>PARAIBA</b>	CEP <b>58700-000</b>
Email <b>emmanoela@hotmail.com.br</b>	Telefone comercial(DDD) <b>(83) 3421-8003</b>	Telefone celular (DDD) <b>(83) 9 9855-9484 (87) 9. 9999-9976</b>	

Patos PB , 12 de Junho de 2017  
Local e Data



Assinatura do Declarante

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**15 JUN. 2018**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Data  
Hora

## PARECERES

As 15:30 Redone, inverno  
deixa luminária (e) (4) f/ r  
funciona motor  
funcionou no bloco ex. d  
Notas:

✓ P. VELPEAU  
✓ Retornou  
✓ D.G. V. F. PELLE  
✓ Acto.  
✓ C. G. Anuacato d  
✓ equip. de prato.

COMPREV	COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
15 JUN. 2018	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

IPREV  
PREVIDÊNCIA SIA  
2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL REGIONAL / SUTADO JANDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Exame	Leito	Nº Preatório
30/4/18	Nome: <i>Abilio Garcia Neto</i>	Pressão Arterial: <i>130/80</i>	Posição: <i>decubito</i>	Idade: <i>55</i>	Sexo: <i>M</i>
Ind. Sanguínea	Hemácias: <i>74</i>	Hemoglobina: <i>10.5</i>	Hematocrito: <i>30</i>	Glicemia: <i>100</i>	Ureia: <i>10</i>
Urina					
Ap. Respiratório				Parox. <i>bronquite</i>	
Ap. Circulatório				Electrocardiograma	
Ap. Digestivo	Decresc.	Pescoco	Ap. Urinário		
Estado Mental	Alucinatos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico Pre-Operatório	<i>Luxação escapulo-humeral</i>			Estado Físico	Raso
Anestesia Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica				Aglic. 5% 25	Etanol
Agente Anestésico				INDUÇÃO	
Lidocaina				Safet. <input checked="" type="checkbox"/> Exat. _____ Tox. _____	
250				Laringo. Espasmo. _____ Laring. _____	
240				Náuseas. _____ Vomitos. _____	
220				Outros. _____	
200				MANUTENÇÃO	
180				<i>an</i>	
160				<i>✓</i>	
140				Anestesia Suficiente: Sim. <input checked="" type="checkbox"/> Não. _____	
120				Não, porque? _____	
100				DESPERTAR	
80				Reflexos na SO. <i>✓</i>	
60				Obstr. <i>✓</i> CO2 <i>✓</i> Exat. _____	
40				Náuseas. _____ Vomitos. _____	
20				Outros. _____	
Simbólos e Anotações				Com cátula. _____	
Posição				para o leito. sim. <i>✓</i> não. <i>✓</i>	
Agente	<i>Propofol 150</i>			CONDICÕES	
Técnica	<i>extubado</i>			<i>bz</i>	
Operador	<i>fernando</i>			Cânula. _____	
Crúrgicos	<i>luis + diego</i>				
Anestesiolog	<i>fernando</i>				
Observações	<i>recom</i>				

Notar no relato, se houve lesão da apendicite e Pós-operatório.

COMPREV / COMPREV PREVIDÊNCIA S.A.  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
15 JUN. 2018

## NOTA DE ALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE  
Abilio Garcia NetoSEXO  
M  
LEITO  
Alta  
CONVÉNIO  
SVS  
IDADE  
55 anos  
REGISTRO  
310595GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDECIRURGIA  
Pedreiro + Mobilizac. 1518CIRURGIA  
Dr. Diego e Dr. ZuanANESTESIA  
GeralANESTESISTA  
Dr. ReniINSTRUMENTADORA  
FabricioDATA  
30-04-18INÍCIO  
15:50FIM  
16:10HOSPITAL REGIONAL  
DEP. JANDUHY CARNEIRO

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cárdo-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocaín		Atadura do Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Succión
	Inova		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espalhafado
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVP Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar. 1		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidax
	Sufenta - Propofol		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aguinha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Ringer Lactato		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguinha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

AG. JOÃO PESSOA  
PROTÓCOLO  
PESOA

COMPREV  
COMPREV  
PREVIDÊNCIA SIA  
PREVIDÊNCIA SIA



GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE FOTOS  
**HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"**

## HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

009 542

Java Micro

D PAEIGNTG FBI 110 8<sup>th</sup>

ein neuer Sohn Apollonie

PM 30  
MORNINGTON 06/08/2018, SOFTAW

30. ABILIT OF A  
PLANT TO EXP.

Do Fracture  
Surgery

ESQUERIDA, EUA  
- PENSAMENTO, J. DE

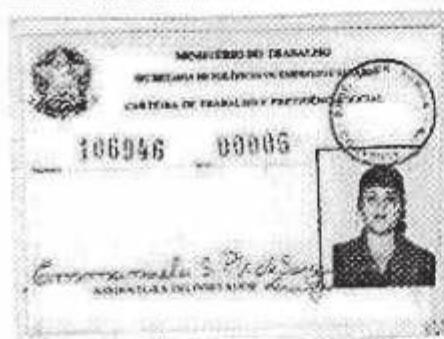
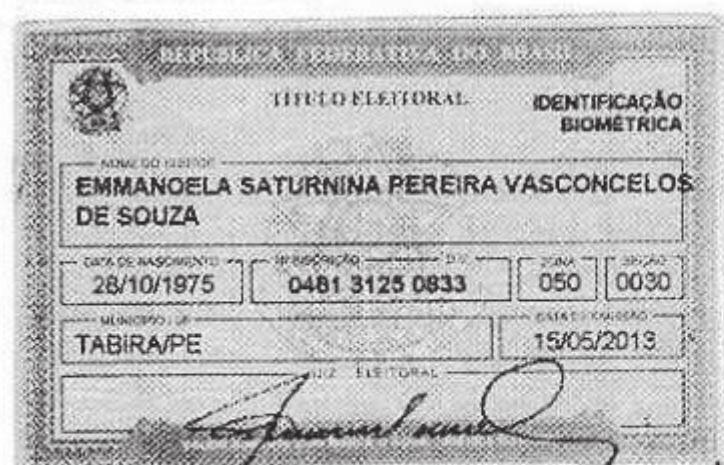
Q: Pow. to  
W: No monents.

PLTA MCO:PA; 12/6/13

DR. FERNANDO JUCK  
DR. FERNANDO JUCK  
DR. FERNANDO JUCK  
DR. FERNANDO JUCK  
DR. FERNANDO JUCK

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL	
4.672.305	04.01.1994
ANGELA SATURINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA	
Antonio Xavier de Espusa	
Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.	
Tabira-PB.	
Cert. Nro. 1316 L.56 P.57 art.	
de Tabira-PB.	

CÓDIGO DE CONTROLE  
06EA.5464.DCDC.B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

The image shows a digital voter card with a large empty rectangular box for a digital signature and a smaller empty rectangular box for a digital photo.

## PROCURACÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Abilio Garcia Neto  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 6.845.572 CPF: 977.354.344-72  
Endereço: Stio Verzea do feijão, s/n - Area Rural, Condado - PB

**OUTORGADO:**

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305  
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 – Bairro: Bela Vista – CEP:  
58704-460 – Patos-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, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Patos-PB; 01 / Junho /2018

## Local e data

P. Abilio Garcia Mico

**Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)**