

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** 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 12986511



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** 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 12987706



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** 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 13041838



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**, 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



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

977.354.344-72

Nome completo da vítima

Abilio Garcia Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Abilio Garcia Neto		CPF titular da conta	977.354.344-72	Profissão	Agricultor
Endereço	Sítio Garcia do Feijão		Número	S/N	Complemento	Para
Bairro	Área Rural	Cidade	Condado	Estado	PB	CEP
Email	emmanoela@hotmail.com.br				Telefone (DDD)	(83) 3421-8003 (83) 9 9830-1658 (83) 9 9855-9484 (83) 9 9922-9926

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

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

0732

(Informar dígito se existir)

00026658

(Informar dígito se existir)

4

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº



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 Wanderley, 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, CHASSI:9C2KD0550BR540257, RENAVAL: 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 perdeu 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:

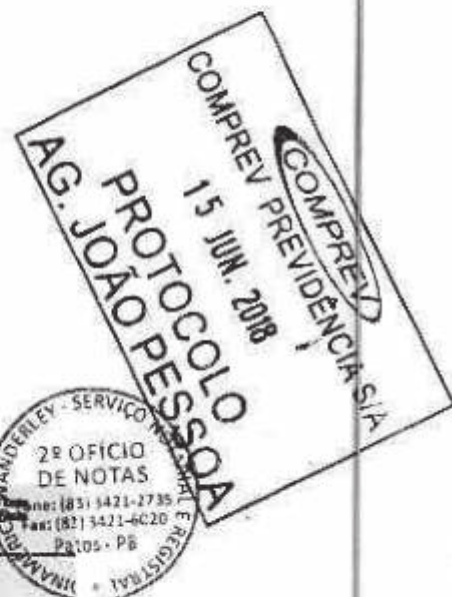
Abilio Garcia Neto

Patos/PB, 12 de Junho de 2018.


Hermando Barbosa Rodrigues
Agente de Investigação
Mat.: 168.548-1

 **DINAMÉRICO WANDERLEY**
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 12/06/2018 15:06:37
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
[2018-016791] EML:R\$ 2,37 FARPEN:R\$ 0,28 FEP3:R\$ 0,97 CSS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: A4803539-4F48
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

Artur Garcia Neto

CPF da Vítima

977.359.344-72

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
(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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Condado - PB 12 de Junho de 2018

Local e Data

Artur Garcia Neto

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

Abilio Garcia Neto

CPF da Vítima

977.354.344 - 72

Data do Acidente

30 / 06 / 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email
emmanoela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (83) 3421-8003
(83) 9 9655-9484
(83) 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:

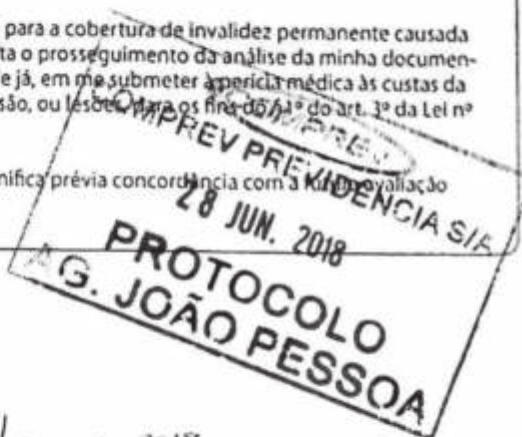
Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 1º 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Pendado - PB 26 de Junho de 2018
Local e Data

Abilio 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

Abilio Garcia Neto

CPF da Vítima

934.354.344 - 72

Data do Acidente

30 / 04 / 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

emmanuela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (83) 3421-8003
(83) 9 9855-9484
(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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

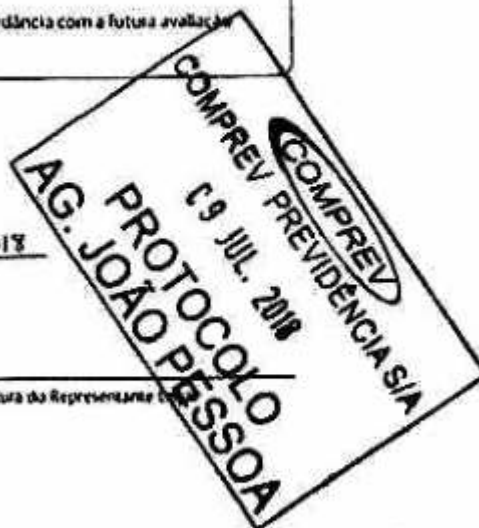
Paraná, 26 de Junho de 2018

Local e Data

Abilio Garcia Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante



ABILIO GARCIA NETO
SIT. VARZEA DO FELIZ, S/N - APT. 101
CONDADO - PE CEP: 56714-000 (AG: 113)

BRASSO 23/05/2018 Referência Mai/2018
Cidade: SUCRE RESIDENCIAL/BARRA VERDE MONTE CASCO
Rua: 12- 27- 70E- 906 M: 23/05/2018 03338651004

ENERGISA PARÁ, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
87341-000 - Cód. Registro: 0001/PE-02/PE0014/00
CNPJ: 09.510.000/0001-40 Ins. Est. ICMS: 15.050

Nota Fiscal: Cont. de Energia Elétrica Nº 000.550.040
Cód. para Deb. Automático: 0300042894

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RAN:
Mai/2018 23/05/2018 22/06/2018 97735434472
Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/652696-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica: 100% fornecida gratuita
R\$ 10,438 de 26 de abril de 2018
Base: O distribuidor ENERGISA oferece o serviço de energia elétrica e gás natural.
Vale a pena acessar a segurança da conta, mudando de 16 dígitos.
Informações e portabilidade de energia e diversos outros serviços.
Tudo sem sair de casa. Experimente e aproveite estas facilidades.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/04/18	4058	23/05/18	4126	1	71	30

Demonstrativo									
Descrição		Quantidade	Unidade	Valor Unitário (R\$)	Valor (R\$)	ICMS (R\$)	Preço Unitário (R\$)	Preço (R\$)	Preço (R\$)
Consumo Total (R\$) (ICMS 15%)									
0001	Consumo de kWh-vlr	30,330	0,238870	1,10	7,13	28	1,10	0,84	0,33
0001	Consumo de kWh-vlr	41,000	0,428720	18,85	15,86	28	18,85	0,10	0,47
0001	Adic. à Energia	0,50	3,30	25	0,00	0,10	0,10	0,00	0,00
0010	Subsídio	25,72	25,72	25	6,44	25,72	0,18	0,18	0,74
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001	CONTRIB. LUM. PÚBLICA	6,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	COMP. INDICADOR QIC TRIMESTRAL 03/2018	-3,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	Devolução Supr. e	18,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Códigos e Classificação do Item TOTAL 40,95 40,95 12,18 48,94 0,30 1,42

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

Histórico de Consumo (kWh)

43	41	44	131	95	91	80	86	95	92	76	73
Mar/17	Jan/17	Out/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

RESERVADO AO SEU
a3bb.17e0 5ca0.5ba3.fb46.be3d 6351 6387.

Indicadores de Qualidade				Classificação de Qualidade	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)
QCMV 02	10,00	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. da Energia Elétrica	5,48
QCMV 03	10,00	0,00	NOMINAL	Serviço de Energia	8,33
QCMV 04	10,00	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	2,89
QCMV 05	10,00	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	7,78
QCMV 06	10,00	0,00	NOMINAL	Impostos e Serviços	25,10
QCMV 07	10,00	0,00	NOMINAL	Outros Serviços	0,00
QCMV 08	10,00	0,00	NOMINAL	Total	40,95

ATENÇÃO: - Sua unidade de medição não deve ser alterada sem a autorização da ENERGISA. - Leitura confirmada.

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDENCIA S/A
15 JUN. 2018
PROTOCOLO
AC
JOÃO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Abilio Garcia Neto inscrito
(a) no CPF sob o Nº 977.354.344 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Abilio Garcia Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 977.354.344 / 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 <u>RUA TITICO GOMES</u>		Número <u>405</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>BELO HORIZONTE</u>	Cidade <u>PATOS</u>	Estado <u>PARAIBA</u>	CEP <u>58700-000</u>
Email <u>emmanocela@hotmail.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 3421-8003</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976</u>

Patos PB, 12 de Junho de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Data Hora

PARECERES

Às 15:30
 Recordar reunião
 de 1º Seminário (E) (A) 1º
 trabalho maior.
 Reunião em bloco ex. d
 Adão.

(D. Ferreira)

Relatório

D. G. Silva PCL

Atto.

Caso concreto d

equipe de projeto.

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

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cod. Intern. 30156

Data/Hora 30/4/2018 14:25:03

Prontuario: 110595
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: VERDE Transporte: VEICULO PROPRIO
Origem: VIA PUBLICA

Reg: N Enc: N

Servidor do Dr.:

Paciente ABILIO GARCIA NETO

Idade: 55 Gênero: HOMEM CIS

Filiação

Filiação I MARINA LINHARES DE ARAUJO
Filiação II FELIZARDO LINHARES DE ARAUJO

Endereço

Cidade: CONDADO - PB - 58714-000 - 2504504
Endereço: SITIO VARZEA DO FEIJAO
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: CONDADO - PB
Fone: (83)98145-5440

N.:

Documentos

CNS: 703-6040-6794-9336
Identidade: 6845572
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 22/9/1962
Cor: PARDA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

CID:

DADOS DA SAÍDA

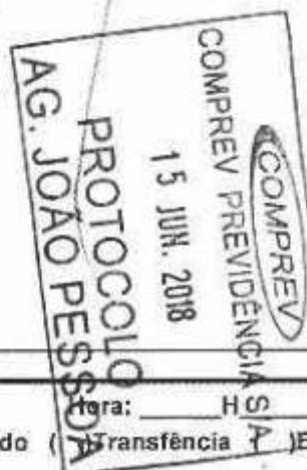
Data: / /

Hora: H S Min

Motivo: () Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito

Médico/CRM

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)



Handwritten signature: R. Alves

KATIA




HOSPITAL REGIONAL PUTUNDO JANDUI CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Nome	Idade	Sexo	Dr.
30/11/8		Abelio Garcia Neto	55	M	HA
Pressão Arterial	130/80	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Hemoglobina	Hemácias	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Outros
Urina					
Ap. Respiratório			Ap. Circulatório		
Ap. Digestivo			Ap. Urinário		
Estado Mental			Estado Físico		
Diagnóstico Pré-Operatório			Risco		
Anestesia Anterior			Medicação Pré-Anestésica		
Aplicação			Efeitos		
INDUÇÃO					
Saturação <input checked="" type="checkbox"/> Escal <input type="checkbox"/> Toque <input type="checkbox"/>					
Laringe Espasmo <input type="checkbox"/> Lúta <input type="checkbox"/>					
Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
MANUTENÇÃO					
Anestesia Satisf. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Não, porque? <input type="checkbox"/>					
DESPERTAR					
Reflexos na SD <input checked="" type="checkbox"/>					
Obstr. CO ₂ Escal <input type="checkbox"/>					
Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Com câmbio <input checked="" type="checkbox"/>					
Com o lado de <input type="checkbox"/>					
CONDIÇÕES					
Câmbio <input type="checkbox"/>					
Posição					
Agentes					
Técnica					
Operação					
Cirurgião					
Anestesiólogo					
Observações					
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

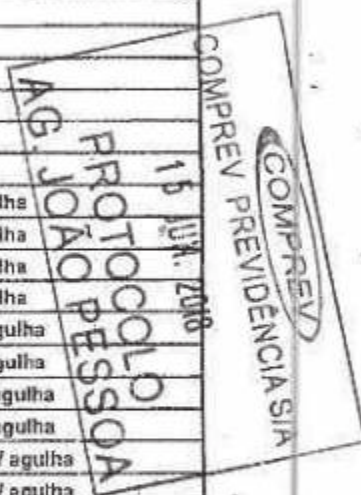
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

AGENTE <i>Abilio Garcia Neto</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDINY CARNEIRO
SEX <i>M</i>	LEITO <i>115</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>55 anos</i>	REGISTRO <i>110595</i>	
CIRURGIÃO <i>Roberto + Micheliz</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Diego e Dr. Zuan</i>			
ANESTESIA <i>Sedação</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Rami</i>			
INSTRUMENTADORA <i>Fabricio</i>	DATA <i>30-04-18</i>	INÍCIO <i>15:50</i>	TEMPO <i>16:10</i>		

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 Córdio-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 de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin 0,5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcolin		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta Propofol		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
17	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	Respi Transil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 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
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 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		





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

009 542

Lauze MCO.10

O PACIENTE ABILIO SARA-
EIRA NETO SOFRIA A PLENTE
COM MORFOPLASTIA EM 30
DE ABRIL DE 2018, SOFRIA
DE FRACTURA ELAVIQUA ESQ.
(ESQUERDA), SUBMETIDO A
QD. POUSSAMENTO, EVOLUINDO
BEM, NO MOMENTO, DE
ALTA MÉDICA;

12/6/18

DR. INACIO JUCK
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Abilio Garcia Neto
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 6.845.572 CPF: 977.354.344-72
Endereço: Sítio Varzea do Feijão, s/n. Área 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

Abilio Garcia Neto.

Patos - PB; 01 / Junho / 2018

Local e data

ALDO
XAVIER



Abilio Garcia Neto

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s do(a) ABILIO GARCIA NETO em 01/06/2018 às 11:34:16 em Patos - PB - Tabelião Substituto Arlene N. Xavier Dantas - CNJ: 2016-005635 ENCL: R\$ 17,40 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,20 ISS: R\$ 0

SELO DIGITAL: AG291705-POL4

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

