

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639569

Vítima: VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA

Data do Acidente: 05/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639569

Vítima: VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA

Data do Acidente: 05/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VICTOR FELLIPE RODRIGUES DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 18/07/2019, emitida pelo Dr. FABIANA FERNANDES DE ARAUJO, CRM nº 4516 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº doório ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	702.902.804-00	Victor Felipe Rodrigues de Souza	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Victor Felipe Rodrigues de Souza	702.902.804-00		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recurso	Rua Sto Amaro	39	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Caçapava	SP	58100-000
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 9 8663 4900		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Heranilda Evaniota de Souza	993.376.141-20	Recurso

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: <input type="text" value="0039"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="text" value="43382"/> <input type="checkbox"/> 3	(Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="text" value="43382"/> <input type="checkbox"/> 3	(Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="text" value="43382"/> <input type="checkbox"/> 3	(Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="text" value="43382"/> <input type="checkbox"/> 3
--	--	--	--

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

22 - 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou nascituro(nascidos):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:			<input type="checkbox"/> Não	teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Não	Informar:	<input type="checkbox"/> Sim	pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Foto: Heranilda Evaniota de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

CAIXA

ROUPANCA



5057 2252 1417 5384

0474

VICTOR FELIPE R SOUZA

0039 013 00043382-3

elb

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12626.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 12626.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 31 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Heronildo Evaristo de Souza**, CPF nº 993.376.141-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Coperiro, filho(a) de Maria de Lourdes da Conceição e João Evaristo de Souza, natural de Alagoinha/PB, nascido(a) em 08/02/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santo Amaro, N° 39, bairro Centro, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98705-3952.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Pastor Jose Alves de Oliveira, Fórum de Cabedelo., Cabedelo/PB, bairro Camalaú; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/03/19 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

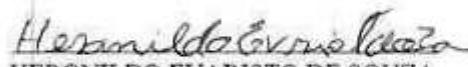
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 05/03/2019 por volta das 13:30 horas seu filho menor, VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA portador do CPF: 702.902.804-00, transitava pela Av. Pastor José Alves de Oliveira; Camalaú; Cabedelo-PB, com o veículo tipo J/WUYANG WY48Q-2 ano/mod: 2013/2014, de cor preta de placa: OET0341/PB CHASSI: LWYMCA206E6016196 pertencente ao Sr. Heronildo Evaristo de Souza; Que segundo o mesmo o menor vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo não identificado, Que devido ao fato o filho menor do declarante, VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA, veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros, ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1161/2019: FRATURA DO 5º METATARSO DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB 4516.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 31 de outubro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


HERONILDO EVARISTO DE SOUZA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº doório ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	702.902.804-00	Victor Felipe Rodrigues de Souza	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (83) 9 8663 4900		

Victor Felipe Rodrigues de Souza
Recurso
Centro
Centro
Belo Horizonte
MG 53100-000

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Heranilda Evaristo de Souza	993.376.141-20	Recurso

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: <input type="text"/> 0039	CONTA: <input type="text"/> 43382	3	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	3
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

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

22 - 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §2º, 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos:	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou nascituro(nascidos):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Sim	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Vivos: Falecidos:				teve irmãos:	<input type="checkbox"/> Não	Irmãos:	<input type="checkbox"/> Sim	país/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Foto: Heranilda Evaristo de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

CAIXA

ROUPANCA



5057 2252 1417 5384

0474

elb

VICTOR FELIPE R SOUZA

0039 013 00043382-3



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO
Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha nº		Data	05/03/19
Paciente:	Vitor Felipe Rodrigues Souza		
Origem:	Hospital de Cabedelo		
Solicitante:	Ninniue Queiroz	Clinica	Pediatrica

Motivos do Encaminhamento:

Paciente masculino, 16 anos, vítima de colisão automobilística, apresentando dor e edema em mão direita, com dificuldade em flexão e extensão dos dedos. Solicitado Rx da mão e punho AP, cunhados traçados em base de 5º metacarpo.

Feito voltar em 01 amp IM.

Medicação Administrativa:

Encaminhado para:	Unterhama
Assinatura/Carimbo MÉDICO	Dra. Ninniue Queiroga Médica CRM-PB 10.707 ninniue

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clime, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.129.654/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO:

MATRÍCULA

7609230

REFERÊNCIA
OUT/2019

3

9

is esclarecimentos

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS
HERONILDO EVARISTO DE SOUZA
RUA STO AMARO, 39 - CENTRO CABEDELO PB 58100-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comerc.	Indust.	Outro	
004.001.140.0740.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N408977	18/12/2015	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
768	817	49	29		16/11/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017- MS.						
SET/2019 10 60			PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
AGO/2019 12			TURBIDEZ	0	0	0
JUL/2019 9 23			CLORO	0	0	0
JUN/2019 10 60			COL. TERNOT	0	0	0
MAR/2019 10 60			COR	0	0	0
ABR/2019 10 60			COL. TOTAIS	0	0	0
MÉDIA(M3) 10			DADOS REFERENTES A: AGO/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 17/10/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 11:41:39	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
AQUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90	
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50	
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	29 M3	166,44	
ESGOTO			
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 07/2019 08/2019		1,72	
JUROS DE MORA 07/2019 08/2019		0,74	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,39 PIS E CONFINS, IET 12.741/12

VENCIMENTO: 29/10/2019 Total a Pagar: R\$ 320,21



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: ESTIMADO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
#CHEGADETRABALHOINFANTIL

VTO

< A RECEBER

REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	29/10/2019	R\$ 320,21

VTO



04 1 00760923001 1 10201970003 2

BOLETO PARA PAGAMENTO

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
Fone: (83) 3202-1123 - 3202-1130 - Fax: (83) 3202-1131

TECHNOLOGY

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 02
IDAC PESSOA

CBG - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

OUT/2019

21/10/2019

214

28/10/2019

RS 183.53

SOMA: TACO'S SPANNING SUBNET

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190-00008 03150-244006 07097 707173 6 805600000018353

Pagador: CELÉNI DOMINGOS DA SILVA CNP UCPE 262 343 344-04

BIA AGENTE E. JOSE COSTA DIARTE, 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 58000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2159341400070072307	00493400000000000000	28/12/2018	R\$ 100,00	R\$ 100,00

RECIPIENDARIO: ENRIQUETA RODRIGUEZ GUTIERREZ, DNI: 10000000

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58021-880

Agência / Código do Beneficiário: 3084-312447-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintina: 0800 021 91 35

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 de 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

exijo Sílvia Felipe Rodrigues de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.902.804-00,

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez da Vítima Sílvia Felipe Rodrigues de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 702.902.804-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

Declaro a-nos, sob as penas da lei e para fins de prova da residência junto à 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:

Bairro:

E-mail:

Cidade:

Número: 157

Complemento:

Estado:

CEP: 58056-384

Tel. (DDD):

(83) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB 14/11/19

Assinatura do Declarante

CERTIDÃO

Nº. 1161/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº210531 e Prontuário Nº 2019.03.0457 pertencentes a paciente **VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA** requerente que foi atendido dia 05/03/2019 às 14h59min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 5º metatarso direito. Realizado procedimento conservador. Com alta médica dia 12/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de julho de 2019



—
Médica
CRM/PB 4516

IP: 192.168.1.100 Port: 8080 Ator: 100 Seguidor:
Data: 07/03/2019
Hora: 14:59:01
Referer: https://www.google.com.br/

CHAVAS, PH. PRESENTES

2000-2001 2001-2002 2002-2003 2003-2004 2004-2005 2005-2006 2006-2007

IDENTIDADE: 4456710 Fone: 11 3222-8824 CNAE: 29901-5

Ref ID: ADO EESS08/EB Page 1 of 1

2020 RELEASE UNDER E.O. 14176

www.lojatim.com.br Cidade: SÃO LOLOO 337 100

1995-1996: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35: 100-101.

卷之三

参见《中国古典文学名著集成》第12卷。

10.000-15.000 m²

1100

Reprint requests to: SEM DOCUMENTATION

— 1 —

www.360it.it - ZAGGIO - VELVET

Wanna be someone else? WHO

THERMOCHEMISTRY

— 10 —

Digitized by srujanika@gmail.com

19. 《新編中華書局影印古今圖書集成》。

19. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 19)

卷之三

卷之三

— 10 —

G. S. CHAPMAN

12. 2273

1000

TC: Hão D
DATA: 08/03/19
Hora: 15:00

pt. subita queijo de mola com doce
em mao O. I adoro

18 da Base do 5 M&D Saline Rg

Informal fit to audience

Dr. Venkatesan Venkatesh V.
M.B.B.S (2008)
M.D (2013)
F.R.C.P (2015)
F.R.C.P (2018)
+ R.F.U.
05 MAR 2019

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbos)

State Medications Doses Formula for Labels

CHAPTER 11: THE REAL ESTATE

La proximidad y el uso de autor



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 05/03/11

Nome: Vítor Felipe Rodrigues Souto Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____ Bairro: _____

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

Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

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

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Dom em sua mão direita

HDA: PACIENTE VITIMAS DE ENFOS DE
MOTO PERIODICAMENTE COM AS DORSAS
EM MOTO DIGITOS
POJO X: FRACTURAS DE 5º MESTRE DE
DIGITOS

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudoresc Calafrios Alopecia Adenomegalias Ictericia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectorção Hemoptise Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmesc Náuscas Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidex pós-reposo Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____ Amnésia Libido Humor _____

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

[] HAS [] JDM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Tia
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico:

Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral:

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios:

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

Resultados de Exames Complementares:

Hipóteses Diagnósticas: *Ex 5º mês T.º corporo*

Conduta: *INTEN NO MUNDO FASE RES*
DEURGICO.

Dr. Kélio Farias de Souza
Médico CRM-PB 3260
CRM-PE 11054



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.455.710	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/11/2016
NOME	VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA		
FLUÍDOS	HERONILDO EVARISTO DE SOUZA JACQUELINE RODRIGUES DO NASCIMENTO		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	
DOC ORIGEM	25/11/2003		
NASC.M.21559 FLS.20 LIV.A20	CARTÓRIO CABEDELO PB		
CPF	702.902.804-00		

Assinatura: [Signature]

Marco A. B. Lacerda Jr.

O +



PROBLEMS PLASTICIAN
894056231



		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	3.348.834	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	28/03/2014
NOME HERONILDO EVARISTO DE SOUZA				
FILIAÇÃO JOÃO EVARISTO DE SOUZA MARIA DE LOURDES DA CONCEIÇÃO				
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO			
ALAGOINHA-PB	08/02/1980			
DOC. ORIGEM				
NASC.N. 6415-18 FLS.27 LIV.A-7				
CARTÓRIO ALAGOINHA PB				
CPF	993.376.141-20			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639569

Cidade: Cabedelo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA

Data do acidente: 05/03/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. P1. FRATURA DE 5º METATARSO DIREITO. P4.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P1.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190639569

Cidade: Cabedelo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA

Data do acidente: 05/03/2019

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. P1. FRATURA DE 5º METATARSO DIREITO. P4.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P1.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO

Outorgante: Henrique Exaristo de Souza, brasileiro(a), estado civil: Solteiro, profissão: Repórter, residente e domiciliado à Rua 570, bairro: Centro, Município de Cabedelo, Estado de(o): PB, Cep: 58100-000, portador(a) do Rg nº 3.348.834, SSP/DS e CPF nº 993.346.341-20.

Outorgado: Alegramdia Lacerda Duarte, brasileiro(a),
estado civil Casada, profissão adversaria, residente e domiciliado(a) à
Rua Agente Fiscal J. Costa, nº 157, bairro Manoel Góes,
Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-381
portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB e CPF nº 016.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Victor Feli Pe. Rodriguez de Souza, ocorrido em 05/03/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Carretera 26, de Agosto de 2019.

Teranida Evansius. Ida Santa
Outorgante
CPF N° 993.346-543-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401038/19

Vítima: VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA

CPF: 702.902.804-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/03/2019

Titular do CPF: VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

VICTOR FELIPE RODRIGUES DE SOUZA : 702.902.804-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/11/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO