

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 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alexsandro Meireles de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.850.354/55

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alexsandro Meireles de Araujo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.850.354/55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/03/2020

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: **ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO**

Registro: **2019101246**

IDADE	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
-------	-----------	-----	-----------------------------	------	-------

DATA DE ADMISSÃO 11/10/2019	DATA DE ALTA 23/10/2019	TEMPO DE PERMANÊNCIA
--------------------------------	----------------------------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura luxação do punho E</i>	CID S525
--	-------------

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>	
--	--

PRINCIPAIS EXAMES <i>Exame físico evidenciando fratura luxação do punho E</i>
--

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
----------------------------------	------------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()	ÓBITO
---	-------

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de rádio distal esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REP SO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: *Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.*

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Cefalexina, Cetoprofeno*

RETORNO: Ao posto de saúde em **15** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

23/10/2019

DATA

Dr. Carlos Felipe Dage
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
Cirurgia do Joelho
COT 1424

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 269526 Atd: Nao Regula
Data: 11/10/2019
Hora: 11:47:08
Recepcionista: GISELLE ETELVINO DE A
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.10.001246

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: 00 Fone: 986869567
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/09/1981 Id: 38 ano(s)
End.: TRAVESSA ANTONIO LINS, 153
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: GEANE MEIRELES DE ARAUJO Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Sp.: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

Tel/Doc. Responsavel: 986869567 / SEM DOCUMENTO: 00

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Pul. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Oueixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao
|
|



Nome: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO				Registro: 2019101246		
Idade:		Sexo:	Cor:	Clinica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 23 / 10 / 2019			Cirurgião: Luis Filipe Lessa			
1º Assistente: Flávio Loyola		2º Assistente:				
Anestesista: MAYRA		Instrumentador:				
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO						
CID						
Fratura luxação do punho esquerdo						
S525						
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO						
CID						
O mesmo						
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)						
CÓDIGO						
Tratamento cirúrgico de fratura luxação de punho com placa e parafusos.						
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (x) Não						
Descreva:						
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não						
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:						
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Incisão volar em punho esquerdo (via de Henry)**Divulsão por planos até foco de fratura luxação volar do punho (ben ton)**Redução de fratura + osteossíntese com placa 3.5 em T + 03 parafusos corticais.***Achados:***Verificado redução sob fluoroscopia***Conduta:***Limpeza com SF 0,9%**Sutura por planos Vycril + sutura da pele com Nylon 3.0**Curativo***Fechamento:****OBS:**Data: 23 / 10 / 2019

Dr. Luis Felipe L...
Cirurgião de Mão e Plástico
CRM-PE 12.123.456-7

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA



Nome: _____

Pontuação: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Sexo: F () M () Cor: _____

Estado: _____ Fone: _____

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Religião: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

HDA: _____

OPD: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomático:

Geral: Fôlego [] Afonia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____

[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Hicerto [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cetária [] Espinhos [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe

[] Dor de Garganta [] Rócio [] Rouquidão [] Misiagia Auditiva: _____

Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____

[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema

Outros: _____

ABD: [] Dor _____

[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarreia [] Metema [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Distúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria

[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outros: _____

SME: [] Dor _____

[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Traqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade

[] Amnésia [] Hábido [] Húmor

[] Rigidez pós-reposso

[] Deformidades

Data de Admissão: 08.10.19

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

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: *Infecção viral do D*

Conduta: *Pre-ob*

Dr. Toribio Gomes Pereira
Otorrinolaringologista
CRM 12345



ASSINATURA DO PACIENTE				ASS. MEDICO / CARIMBO	
A CARGO DO SUS					
PROCEDIMENTO	ESP.	TIPO	GRUPO	F.ETARIA	
[1 1 1 1 1 1 1 1 1 1]	[1 1 1]	[1 1 1]	[1 1 1]	[1 1 1]	

acanthocystis -

FORMA DE ATRIBUIÇÃO DE TAREFAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAVEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2396131

SSP

PB

CPI

009.850.354-55

DATA NASCIMENTO

06/09/1981

FILIAÇÃO

CARLOS DE ARAUJO

JEANE MEIRELES DE
ARAUJO

PERMISSÃO

ACC

CALHAS

AB

Nº REGISTRO

04465006676

VALIDADE

26/11/2020

1ª HABILITAÇÃO

26/09/2008

OBSERVAÇÕES

Alexsandro Meireles de Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

27/11/2015

Ariston Chaves Sousa

ASSINATURA DO EMISSOR

34411440816

PB031704018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAVEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2396131

SSP

PB

CPI

009.850.354-55

DATA NASCIMENTO

06/09/1981

FILIAÇÃO

CARLOS DE ARAUJO

JEANE MEIRELES DE
ARAUJO

PERMISSÃO

ACC

CALHAB

AB

Nº REGISTRO

04465006676

VALIDADE

26/11/2020

1ª HABILITAÇÃO

26/09/2008

OBSERVAÇÕES

Alexsandro Meireles de Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

27/11/2015

Ariston Chaves Sousa

ASSINATURA DO EMISSOR

34411440816

PB031704018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CADEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME JOSE EDUARDO DA SILVA	
	RG/ADMISSAO - OUT. HABILITACAO 1054582 SSP PR
	CN OUT. HABILITACAO 455.536.024-91 02/04/1967
	NOME DO JOSEFA GERVASIO DA SILVA
	FORMACAO AC CATIA ☒ ☒ ☒
Nº REGISTRO 00724153182	DATA 10/11/2019
DATA DE VALIDACAO 06/04/1909	
OBSERVAÇÕES 	
ASSINATURA DO DETENTOR	
NOME JOAO PEREIRA, PR	
DATA DE VALIDACAO 11/11/2014	
ASSINATURA DO DETENTOR <i>João Pereira</i>	
Nº REGISTRO 6037898469	
DATA DE VALIDACAO 08/02/2009	
DECRETO Nº 11.220/2003	

VÁLIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1009001575

PRESTIJO PLASTIFICAR
 1009001575

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013747732860

PRT 20171500013454-3

VIA COD. RENAVAM

1

0016232082-5

ENTR.C.

00/00000000

EXERCÍCIO

2017

NOME

JOSIANE SILVA DO NASCIMENTO

CPE / CNPJ

00950658499

PLACA

NPT2258/PB

PLACA ANT. / UF

NOVO

PB

CHASSI

9C2KC16109R038336

ESPÉCIE / TIPO

PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

ALCO / GASOL

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN MIX KS

ANO FAB.

2009

ANO MOD.

2009

CAP. / POT. / OIL

2 P / 149 / CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. / COTAS

I
P
V
A

FAIXA / PVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

1°
2°
3°

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

P. A. G. O

DATA DE PAGAMENTO

29/08/2017

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

MAMANGUAPE - PB

31/08/2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032027 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) PGS 2,3
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200032027 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) PGS 2,3
ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Alexsandro Meireles de Araújo, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Motorista, residente e domiciliado à Rua Antônio Leão nº 153, bairro Curuz das Armas, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 23.96.131, SSP/ PB e CPF nº 009.850.354-55

Outorgado: João Pedro da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. F. Costa Duarte nº 153, bairro monjuba, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58000-000, portador (a) do RG nº 10.54.4560, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91

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) Alexsandro Meireles de Araújo, ocorrido em 10/12/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza trânsito

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.

João Pedro 20 de Dezembro de 2019.

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAÚJO. [130088], J. Pessoa-PB, 20/12/2019

11:14:48 Emol R\$9,71 Farpens R\$0,29 Fepis R\$1,98

ISS R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA CEMO

PEREIRA SILVA. Selo Digital AP24322-5444 Consulte em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Outorgante

CPF Nº 009.850.354-55

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027110/20

Número do Sinistro: 3200032027

Vítima: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

CPF: 009.850.354-55

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 06/02/2020

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027110/20

Vítima: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

CPF: 009.850.354-55

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO : 009.850.354-55

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: 20/01/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032027

Vítima: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200032027 Vítima: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032027

Vítima: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001061-8

Conta: 000002833-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.850-354-55 4 - Nome completo da vítima: Alexandre Meireles de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Alexandre Meireles de Araujo 6 - CPF: 009.850.354-55
7 - Profissão: Técnico 8 - Endereço: R. Dr. Antonio Lima 9 - Número: 153 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58085-530
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): (83) 98663-1900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR 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:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 0002833 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - ☐ Impedido ☐ Doente ☐ Analfabeto ☐ Sem condições ☐ Não sabe escrever
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

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 20/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

Débito



5090 9118 6988 5101

03/21 1061 8 0002033 9 01 00

VALID DATE AGÊNCIA DO CONTA DIG. SA. TPA

ALEXSANDRO M DE ARAUJO

elo



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14514.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14514.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:31 horas do dia 20 de dezembro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Alexsandro Meireles de Araujo**, CPF nº 009.850.354-55, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motoboy, filho(a) de Jeane Meireles de Araujo e Carlos de Araujo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/09/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Nunes, Nº 153, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98686-9567.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Br 230, Jacaré, Cabedelo/PB, bairro Intermare; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/10/19 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

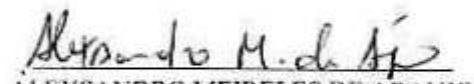
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 11/10/2019, POR VOLTA DAS 14:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2009, PLACA NPT-2258/PB, CHASSI 9C2KC16109R038336, REGISTRADA EM NOME DE JOSIANE SILVA DO NASCIMENTO, NA RODOVIA BR 230, ALTURA DO BAIRRO DE INTERMARES, CABEDELLO/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA FUROU, FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE VIESSE A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S52.5, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. LUIZ FILIPE LESSA.

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, 20 de dezembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR
Agente de Investigação


ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 009.850-354-55 4 - Nome completo da vítima: Alexandre Meireles de Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Alexandre Meireles de Araujo 6 - CPF: 009.850.354-55
7 - Profissão: Técnico 8 - Endereço: R. Dr. Antonio Lima 9 - Número: 153 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cruz das Armas 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58085-530
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): (83) 98663-1900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR 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:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 1061 8 CONTA: 0002833 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impossibilidade de assinar:
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

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 20/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

Débito



5090 9118 6988 5101

03/21 1061 8 0002033 9 01 00

VALID DATE AGÊNCIA DO CONTA DIG. SA. TPA

ALEXSANDRO M DE ARAUJO

elo

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO MEIRELES DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000002833-9

Nr. Autenticação

BRABESCO1402202005000000000023701061000000002833168750 PAGO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
FONTE: 0800-011111

MATRÍCULA

456187

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERALDO ARAUJO
RUA DR ANTONIO LINS, 153 - CRUZ DAS ARMAS JOAO
PESSOA PB 58085-530

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.014.115.0005.0000		0000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
A928517142	10/11/1998	JARD LAC	LIGADO		POTENCIAL		
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA
751		751	3		31		09/01/2020
HIST. CONS./ANJR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
NOV/2019	3	30	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
OUT/2019	3	30	TURBIDEZ		268	288	279
SET/2019	3	30	CLORO		268	288	288
AGO/2019	3	30	COL. TERMOT		0	0	0
JUL/2019	3	30	COR		73	145	139
JUN/2019	3	30	COL. TOTAIS		268	288	274
MEDIA(M)		3	DADOS REFERENTES A: OUT/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 10/12/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:50:11

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 10/2019		0,75
JUROS DE MORA 10/2019		0,17

BÍBLIA
SAGRADA

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE JOSE COSTA QUARTE 157/SALA 01 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA - PB CEP 5806359 (AG 5)

energisa

Local: MONO ASCO
C/USU: JOAO PESSOA COMERCIAL - COMERCIAL
Roteiro: 12-5-25-433 Referência: NOV/2019
Medidor: 000088 17521 Emissão: 20/11/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
81030 km25 - Candeia Resende - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.056.103/0001-40 - Ins. Est. 15.015.800-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica MICH 529.949
Cód. para Dct. Automática: 0001536251

Nov / 2019	20/11/2019	19/12/2019	010.942.224-46
			Insc. Est.

Garantia e prazo de validade: 12 meses a contar da data de emissão da Nota Fiscal.

Data	Letura	Data	Letura						
21/10/19	5582	20/11/19	8957	1	264	30			
Consumo									
Consumo Total (kWh)									
Tabela Tarifária (R\$) ICMS (R\$) ICMS									
0501	Consumo	1.74	1.74	25	0.43	1.74	0.01	0.02	
0501	ASCO B - energia	1.74	1.74	25	0.43	1.74	0.01	0.02	
0501	ASCO B - energia	1.74	1.74	25	0.43	1.74	0.01	0.02	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0801	CONTR. E SERV. LUM. PÚBLICA	13.31	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	

CC: Códigos de Classificação Item TOTAL 229,87 213,55 54,21 216,87 1,02 0,28
Tabela Tarifária 0,545430

27/11/2019 R\$ 229,87

Q	D	E	16	2	3	2	0	0	167	242	249
Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Maio/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20	Sep/20	Out/20

37b6 1ac7.d42c.85c1.f4a1.472a.dcd2.c616

Discriminação	Valor (R\$)	%
0501	5,07	2,21
0501	10,14	4,41
0501	20,28	8,82
0501	30,42	13,24
0501	40,56	17,68
0501	50,70	22,10
0501	60,84	26,52
0501	70,98	30,94
0501	81,12	35,36
0501	91,26	39,78
0501	101,40	44,20
0501	111,54	48,62
0501	121,68	53,04
0501	131,82	57,46
0501	141,96	61,88
0501	152,10	66,30
0501	162,24	70,72
0501	172,38	75,14
0501	182,52	79,56
0501	192,66	83,98
0501	202,80	88,40
0501	212,94	92,82
0501	223,08	97,24
0501	233,22	101,66
0501	243,36	106,08
0501	253,50	110,50
0501	263,64	114,92
0501	273,78	119,34
0501	283,92	123,76
0501	294,06	128,18
0501	304,20	132,60
0501	314,34	137,02
0501	324,48	141,44
0501	334,62	145,86
0501	344,76	150,28
0501	354,90	154,70
0501	365,04	159,12
0501	375,18	163,54
0501	385,32	167,96
0501	395,46	172,38
0501	405,60	176,80
0501	415,74	181,22
0501	425,88	185,64
0501	436,02	190,06
0501	446,16	194,48
0501	456,30	198,90
0501	466,44	203,32
0501	476,58	207,74
0501	486,72	212,16
0501	496,86	216,58
0501	507,00	220,99
0501	517,14	225,41
0501	527,28	229,83
0501	537,42	234,25
0501	547,56	238,67
0501	557,70	243,09
0501	567,84	247,51
0501	577,98	251,93
0501	588,12	256,35
0501	598,26	260,77
0501	608,40	265,19
0501	618,54	269,61
0501	628,68	274,03
0501	638,82	278,45
0501	648,96	282,87
0501	659,10	287,29
0501	669,24	291,71
0501	679,38	296,13
0501	689,52	300,55
0501	699,66	304,97
0501	709,80	309,39
0501	719,94	313,81
0501	730,08	318,23
0501	740,22	322,65
0501	750,36	327,07
0501	760,50	331,49
0501	770,64	335,91
0501	780,78	340,33
0501	790,92	344,75
0501	801,06	349,17
0501	811,20	353,59
0501	821,34	358,01
0501	831,48	362,43
0501	841,62	366,85
0501	851,76	371,27
0501	861,90	375,69
0501	872,04	380,11
0501	882,18	384,53
0501	892,32	388,95
0501	902,46	393,37
0501	912,60	397,79
0501	922,74	402,21
0501	932,88	406,63
0501	943,02	411,05
0501	953,16	415,47
0501	963,30	419,89
0501	973,44	424,31
0501	983,58	428,73
0501	993,72	433,15
0501	1003,86	437,57
0501	1014,00	441,99
0501	1024,14	446,41
0501	1034,28	450,83
0501	1044,42	455,25
0501	1054,56	459,67
0501	1064,70	464,09
0501	1074,84	468,51
0501	1084,98	472,93
0501	1095,12	477,35
0501	1105,26	481,77
0501	1115,40	486,19
0501	1125,54	490,61
0501	1135,68	495,03
0501	1145,82	499,45
0501	1155,96	503,87
0501	1166,10	508,29
0501	1176,24	512,71
0501	1186,38	517,13
0501	1196,52	521,55
0501	1206,66	525,97
0501	1216,80	530,39
0501	1226,94	534,81
0501	1237,08	539,23
0501	1247,22	543,65
0501	1257,36	548,07
0501	1267,50	552,49
0501	1277,64	556,91
0501	1287,78	561,33
0501	1297,92	565,75
0501	1308,06	570,17
0501	1318,20	574,59
0501	1328,34	579,01
0501	1338,48	583,43
0501	1348,62	587,85
0501	1358,76	592,27
0501	1368,90	596,69
0501	1379,04	601,11
0501	1389,18	605,53
0501	1399,32	609,95
0501	1409,46	614,37
0501	1419,60	618,79
0501	1429,74	623,21
0501	1439,88	627,63
0501	1450,02	632,05
0501	1460,16	636,47
0501	1470,30	640,89
0501	1480,44	645,31
0501	1490,58	649,73
0501	1500,72	654,15
0501	1510,86	658,57
0501	1521,00	662,99
0501	1531,14	667,41
0501	1541,28	671,83
0501	1551,42	676,25
0501	1561,56	680,67
0501	1571,70	685,09
0501	1581,84	689,51
0501	1591,98	693,93
0501	1602,12	698,35
0501	1612,26	702,77
0501	1622,40	707,19
0501	1632,54	711,61
0501	1642,68	716,03
0501	1652,82	720,45
0501	1662,96	724,87
0501	1673,10	729,29
0501	1683,24	733,71
0501	1693,38	738,13
0501	1703,52	742,55
0501	1713,66	746,97
0501	1723,80	751,39
0501	1733,94	755,81
0501	1744,08	760,23
0501	1754,22	764,65
0501	1764,36	769,07
0501	1774,50	773,49
0501	1784,64	777,91
0501	1794,78	782,33
0501	1804,92	786,75
0501	1815,06	791,17
0501	1825,20	795,59
0501	1835,34	800,01
0501	1845,48	804,43
0501	1855,62	808,85
0501	1865,76	813,27
0501	1875,90	817,69
0501	1886,04	822,11
0501	1896,18	826,53
0501	1906,32	830,95
0501	1916,46	835,37
0501	1926,60	839,79
0501	1936,74	844,21
0501	1946,88	848,63
0501	1957,02	853,05
0501	1967,16	857,47
0501	1977,30	861,89
0501	1987,44	866,31
0501	1997,58	870,73
0501	2007,72	875,15
0501	2017,86	879,57
0501	2028,00	883,99
0501	2038,14	888,41
0501	2048,28	892,83
0501	2058,42	897,25
0501	2068,56	901,67
0501	2078,70	906,09
0501	2088,84	910,51
0501	2098,98	914,93
0501	2109,12	919,35
0501	2119,26	923,77
0501	2129,40	928,19
0501	2139,54	932,61
0501	2149,68	937,03
0501	2159,82	941,45
0501	2169,96	945,87
0501	2180,10	950,29
0501	2190,24	954,71
0501	2200,38	959,13
0501	2210,52	963,55
0501	2220,66	967,97
0501	2230,80	972,39
0501	2240,94	976,81
0501	2251,08	981,23
0501	2261,22	985,65
0501	2271,36	990,07
0501	2281,50	994,49
0501	2291,64	998,91
0501	2301,78	1003,33
0501	2311,92	1007,75
0501	2322,06	1012,17
0501	2332,20	1016,59
0501	2342,34	1021,01
0501	2352,48	1025,43
0501	2362,62	1029,85
0501	2372,76	1034,27
0501	2382,90	1038,69
0501	2393,04	1043,11
0501	2403,18	1047,53
0501	2413,32	1051,95
0501	2423,46	1056,37
0501	2433,60	1060,79
0501	2443,74	1065,21
0501	2453,88	1069,63
0501	2464,02	1074,05
0501	2474,16	1078,47
0501	2484,30	1082,89
0501	2494,44	1087,31
0501	2504,58	1091,73
0501	2514,72	1096,15
0501	2524,86	1100,57
0501	2535,00	1104,99
0501	2545,14	1109,41
0501	2555,28	1113,83
0501	2565,42	1118,25
0501	2575,56	1122,67
0501	2585,70	1127,09
0501	2595,84	1131,51
0501	2605,98	1135,93
0501	2616,12	1140,35
0501	2626,26	1144,77
0501	2636,40	1149,19
0501	2646,54	1153,61
0501	2656,68	1158,03
0501	2666,82	1162,45
0501	2676,96	1166,87
0501	2687,10	1171,29
0501	2697,24	1175,71
0501	2707,38	1180,13
0501	2717,52	1184,55
0501	2727,66	1188,97
0501	2737,80	1193,39
0501	2747,94	1197,81
0501	2758,08	1202,23
0501	2768,22	1206,65
0501	2778,36	1211,07
0501	2788,50	1215,49
0501	2798,64	1219,91
0501	2808,78	1224,33
0501	2818,92	1228,75
0501	2829,06	1233,17
0501	2839,20	1237,59
0501	2849,34	1242,01
0501	2859,48	1246,43
0501	2869,62	1250,85
0501	2879,76	1255,27
0501	2889,90	1259,69
0501	2899,04	1264,11
0501	2909,18	1268,53
0501	2919,32	1272,95
0501	2929,46	1277,37