



BOLETIM DE Ocorrência DO TERMO CIRCUNSTANCIADO

(Lei 9.099 de 25/09/95)

DA Ocorrência: DATA: 24/09/2016; HORA: 20:34 h

LOCAL: Rua principal do Conjunto da Solidariedade, próximo ao posto de saúde daquele conjunto, Taperoá/PB.

INCIDÊNCIA PENAL: Art. 309 do CTB.

DOCUMENTO 1 11%



DO COMUNICANTE – A própria vítima.

COMO SE DEU A COMUNICAÇÃO DO FATO: Através da vítima.

VITIMA e AUTOR DO FATO –

DAMIÃO FERREIRA, devidamente qualificado no termo de compromisso

HISTÓRICO

CONSTA CERTIDÃO EM ANEXO.

TESTEMUNHA

NEIDE, a qual reside próxima à casa da vítima/autor e pode ser localizada através dele.

SELENIZADORA LIDER DP/PT 4 & 09/11/2016 15:01 - 00000945708

MAFALDA FERNANDES – MAFALDA ARAÚJO FERNANDES
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL TABELA ORIGINAL
RUA MANOEL DANTAS VILAS, 92 - CENTRO - TAPEROÁ - PB - 58000-000 - FONE: (35) 3189-2773
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi
apresentado. Em testemunho da verdade.
Taperoá-PB 23/10/2016 08:40:47
Carlos Roberto Trajano Filho - Escrevente
[2016-000260] EML:R\$ 2,12 FAPEN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: AEB32420-00M7
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Sayonara Nêlson Fernandes da Silva
ESCREVENTE
Carlos Roberto T. Filho
ESCREVENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DAMIÃO FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 4.480.059 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075 745 974-99, residente e domiciliado na RAU PROJETADA, Cidade TAPEROA, Estado PARAIBA, 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:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *T29*



Damião Ferreira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

TAPEROA-PB 25-10-2016

Local e data

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 & 09/11/2016 15:01 - 03000465710



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DAMIÃO FERREIRARG nº 4.480.058, data de expedição 04/08/13, Órgão SSPR

CPF nº 075 745 874-99, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SOLIDARIEDADE</u>
Cidade	<u>TAPERUA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58680000</u>
Telefone de Contato	<u>9-3348-4544</u>
E-mail	

SESP/PR/PR 1108 DE/RT 4 09/11/2016 15:01 - 000000465712

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TAPERUA-PB-25-10-2016Assinatura do Declarante: DAMIÃO FERREIRA

MARIA RITA MESSIAS FERREIRA
RUA PROJETA, S/N - SOLIDARIEDADE
TAPERONIA/PB CEP 5850000 (AO 55)

Classe/Serviço RESIDENCIAL / BARRACONDA MONOFÁSICO
Rotômetro 2 - 90 - 800 - 3200
Número de 00000740382
Referência Out / 2016
Emissão: 08/10/2016

ENERGISA PARAIBA - C/S - REQUISIÇÃO ENERGISA
R. 220, Km 25 - Cód. Redentor - 511 - Pessoa (PB) - CEP 58071-680
CNPJ 00.035.183/01-40 - Insc. Est. 10.016.822-0

Sub Fornecedor Centro de Energia Elétrica (P000) 144 460
Código para Débito Automático: 00000412100

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/8146266-5

Out / 2016

Canal de contato

Apresentação

08/10/2016

Data prevista da próxima leitura

07/11/2016

CPE/ CNPJ/ RANI

8108401427

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 01/10/2016 PAGAS
OBRIGADO!

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura
08/09/16 8458 08/10/16 8515

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-ER	20	1,15083	4,51
Consumo - 31 a 100kWh-ER	29	2,25573	7,43
Subsídio			13,88
ICMS			8,33
PIS			0,26
COFINS			1,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			1,80
Devolução Subsídio			-13,88

Histórico de Consumo (kWh)

Set/16	71
Ago/16	73
Jul/16	60
Jun/16	109
Mai/16	87
Abr/16	80
Mar/16	82
Fev/16	107
Jan/16	132
Dez/15	116
Nov/15	118
Out/15	117

Média dos últimos meses
85 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	37,32	25,00	9,33
PIS	37,32	0,0008	0,38
COFINS	37,32	4,4581	1,69

VENCIMENTO

21/11/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 25,14

b11e.b523.8e89.7db3.0341.1b98.a0bc.526:l

Indicadores de Qualidade 9/2016 - Joozinho

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIO MENSAL	8,47	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energ. 14PB	4,58	18,14
DIO TRIMESTRAL	12,94		Compra de Energia	5,33	21,20
DIO ANUAL	26,88		Serviços de Transmissão	0,21	1,23
PIC MENSAL	3,49	CONTRATADA 200	Encargos Setoriais	1,79	7,12
PIC TRIMESTRAL	8,57		Impostos Diretos e Encargos	13,15	52,31
PIC ANUAL	12,85		Outros Serviços	0,00	0,00
FIJ ANUAL	2,80	LIMITE SUPERIOR 231	Total	28,14	100,00
DIOQ	12,22				

Valor em R\$ (R\$ 0,00) R\$ 17,98

ATENÇÃO

- Sua unidade foi instalada como Bateria Remota, sendo um desconto de R\$ 13,98
- Leitura confirmada

PARAIBA

Rotômetro 2 - 90 - 800 - 3200
Matrícula 846266-2016-10-6

VENCIMENTO

21/11/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 25,14

83620000000-5 25140054000-0 08462662016-9 10800900019-2



SEGURADORA LIDER DPVAT 4 8 09/11/2016 15:01 - 000000465713



HOSPITAL GERAL DE TAPEROÁ
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

P.A.A.: 112536 - Prontuario.: 29675
Nome.: DAMIAO FERREIRA Cor: NEGRO
Nasci.: 23/04/1986 Idade: 30a 5m SEXO: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:
Endereço.: RUA TATAIRA n°
Cidade.: DESTERRO /PB Cep: 58695000 Bairro.:
Telefone.: Celular: R.G.:
Mãe.: MARIA RITA MESSIAS
Pai.:
Ficha de Atendimento Ambulatorial

DADOS DO ATENDIMENTO

Data.: 24/09/2016 Horário: 20:34 Operador: JOBSON
Carater.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Convenio: SUS AMBULATORIO N° Cartão do Sus: 160638180310005

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA=120 X 90 mmHg T= PESO= KG
FC=102 bpm FR: ipm SPO2= 99% TAX °C GLICEMIA 87 mg/dl
DUM / / DPP / / ESCALA COMDA DE GLASGOW

QUEIXA PRINCIPAL Dor de cabeça

HISTÓRIA REGRESSA

DOCUMENTO 3 T3%

QUADRO CLÍNICO



ALERGIAS () NAO () SIM QUAL?

ASS. E CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

ANAMNESE: Dor de cabeça e tontura há alguns dias. Sem náuseas, vômitos ou febre.

Consciente, orientado

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1° Tratamento 100mg + 100mg SF 0,9% HORA: ASS TEC: *[assinatura]*
2° SFC 9 + 0,9% SF 0,9% + SF 0,9% B HORA: 7h:10 ASS TEC: *[assinatura]*
3° Naloxona 0,1mg + 0,1mg EV HORA: ASS TEC:
4° HORA: ASS TEC:
5° HORA: ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

CID-10.:

MEDICAÇÃO:	ENCAMINHAMENTO		
() PRESCRITA	() OBSERVAÇÃO	() RESIDÊNCIA	() EVASÃO
() APLICADA	() INTERNAÇÃO	() OUTRO HOSPITAL	() ALTA MÉDICA
	() ÓBITO	() OUTROS	

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 03.030.0002
2 -
3 -

Tabita Carneiro
MÉDICA
CRM-PB-1153

MÉDICO: DR. (A)

CRM.:

C.N.S.: 708203626168040 CBO.: 64105

ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CITIZENSHIP
GERAL 4.180.059 DATA DE
EXPIRAÇÃO 01/08/2013

NOME DAMILÃO FERREIRA

FILIAÇÃO OZIREZ FERREIRA
MARIA RITA MESSIAS FERREIRA

NATURALIDADE
TAPEROÁ-PB DATA DE NASCIMENTO
23/04/1986

DOC. IDENT. N. 10705 FLS. 198V LIV. A-11
CARTÓRIO TAPEROÁ-PB

CPF 075.745.974-99

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 116 DE 20/08/88

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-139
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

 

Damilão Ferreira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Enviado





CPF

Cadastro de Pessoa Física

Número de Inscrição

075.745.974-99

Nome

DAMILÃO FERREIRA

Nascimento

23/04/1986

DOCUMENTO 4 "T496"



SEGURODESA LIDER DEPUT 4 & 09/11/2016 15:01 - 00000465709

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2016

Carta nº: 10095155

A/C: DAMIAO FERREIRA

Sinistro: 3160697795 ASL-1162557/16
Vitima: DAMIAO FERREIRA
Data Acidente: 24/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2016

Carta nº: 10095203

A/C: DAMIAO FERREIRA

Sinistro: 3160697795 ASL-1162557/16
Vitima: DAMIAO FERREIRA
Data Acidente: 24/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- DUT faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1*



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DAMIÃO FERREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 4.480.058EXPEDIDO POR S3PBEM 01/08/13 ECPF 6125445074-88 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DAMIÃO FERREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

❗ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA 2931 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 34506-2
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL TAPEIRA-PBDATA 25/08/16ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Damião Ferreira

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SEGURADORA LÍDER DPVAT 4 8 09/11/2016 15:01 - 0000045715

