

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE CLAUDIO FERREIRA DOS SANTOS,
RG nº 3268307, data de expedição 09/09/04,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 07173297478, com
domicílio na cidade de São José de Princesa, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Sulão Santo Rosa, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima João Borges Ferreira dos Santos, cujo o condutor era
João Borges Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / NXR 150 BAO ES

Ano: 2013/2013

Placa: OX25607 / PB

Chassi: 9C2KDO550DR230515

Data do Acidente: 17/12/2018

Local e Data: São José de Princesa / PB, 14 de fevereiro de 2019.

João Cláudio Ferreira dos Santos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua do Comércio, nº - Centro - São José de Princesa - PB - Fone: (83) 3491-1009

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE CLAUDIO FERREIRA DOS SANTOS
Dou fé: São José de Princesa/PB - 14/01/2019
Escrevente: Katarina Ferreira Cordeliro Lopes Moraes
Selo Digital: AHV03583-75D1
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 FARPEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 FEPJ R\$ 1,98

Consulte Autenticidade em: www.tjpb.jus.br/selodigital

Katarina Ferreira C. Lopes Moraes
ESCREVENTE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 17/12/2018

Cod. Prof: 84

Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 30434 - JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Pront. Local:

Data Nasc.: 27/09/1992

Idade Pac.: 26 Anos, 2 Meses e 20 Dias.

RG: 3900589

Endereço: SÍTIO - SANTA ROSA

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: SÃO JOSE DE PRINCESA

Nome da Mãe: ELIETE NOGUEIRA DOS SANTOS

Cartão SUS: 702100710890096

Data e Hora da Recepção: 17/12/2018 18:41

Nº da Ficha: 94409

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 17/12/2018 18:4

Profissional da Pré-Consulta: 100 - ROSINES MEDEIROS FREITAS

CORENS70840

P.A.: ___ X ___ mmHg Peso: ___ Kg Temperatura: ___ °C Estatura: ___ cm Per. Cefálico: ___ Per. Torácico: ___ Glicemia: ___ mg

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE MANAIRA COM CORTE CONTUSO E DOR EM JOELHO DIREITO, APÓS QUEDA E MOTO.

Medicamentos em Uso:

FEITO DIPIRONA NO SAMU.

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

17/12/2018 18:55:51 JOSE BATISTA DA SILVA

- Informações Da Alta:

ALTA COM ORIENTAÇÕES

sem agulha de modo mais profundo
havia uma lesão de 1cm de comprimento,
profunda e com dor.
Após 5 dias + hematomas + eritema + dor
e inchaço no joelho.
• Buprenorfina 1200.000 - 11/12/18
• Voltaren 20

EMÍLIA ÉRICA

PROFISSIONÁRIO DE NOTAR E REGISTRO DE JUIZES
Emília Érica Alves Frazão - Tabelão Interina
Autentico e presente copia. reprodução fiel do original.
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel - PB 27/12/2018 13:56:41
Emília Érica Alves Frazão - Tabelão Interina
17/12/2018 08:40:41 EMI-EP 2.37 Função: 8.28 RPV: 8.47
SELO DIGITAL: 8469538-0000
Confira a autenticidade em <https://selodigital.trib.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PROVIDENCIA S/A
10 OUT. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 2045- PB



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE PRINCESA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 01.612.684/0001-45

RECEITUÁRIO MÉDICO

Sr.(a) José Wagner F. dos Santos

Atestado

Atesto para os devidos fins,
que o Sr. acima citado
apresenta dificuldade de
locomação e impossibilidade
de realizar suas atividades
laborativas, após acidente
de trânsito, por um período
de 60 dias (sessenta dias).

São José de Princesa-PB 08 / 01 / 2014

Agostinho S. S. F. Lima
CREMEPE: 20824
MÉDICO FORM. 37

"Não tome remédio sem o conhecimento do médico"

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.900.589 -2 VIT. PEDICAO 11/03/2014

NOME JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO HELENO NOGUEIRA DOS SANTOS
ELIETE NOGUEIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE PRINCESA ISABEL-PB DATA DE NASCIMENTO 27/09/1992

DOC ORIGEM NASC.N.2298 FLS.197 LIV.A-3
CARTORIO SAO JOSE - PB

CPF 701.486.704-07

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 701.486.704-07

Nome JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento 27/09/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-900

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA

10 OUT. 2010

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2010

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESS

CONTRAN

15911

CNPJ 09.248.405/0001-04

15911-1152509-20180625



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PROVIDENCIA S/A

10 OUT. 2010

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3268307 DATA 09 SET 2004

Nome JOSÉ CLAUDIO FERREIRA DOS SANTOS

FILIAIS Helene Nogueira dos Santos
Eliete Ferreira dos Santos

Princesa Isabel-PB, 25.08.1987

Cert. Nas. Nº. 1.953. Els. III. Liv. 3. Cartório
de São José de Princesa-PB.

[Assinatura]

ASSINATURA DOBROITICA

CEI Nº 7.116 DE 29/08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.F.217

[Fotografia]


[Assinatura]

José Claudio Ferreira dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

América

Emissão

 CORREIOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

Nome

Nascimento

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 OUT. 2010

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683171 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto-contuso em joelho direito

Descrição do exame físico: Edema em joelho direito (2/4+) que acarreta discreta limitação da flexão

Resultados terapêuticos: Paciente vítima de acidente de moto no dia 17/12/2018, cursando com ferimento corto-contuso em joelho direito, além de escoriações em tornozelo ipsilateral.
Paciente submetido a tratamento para cuidados dos ferimentos, recebendo alta após observação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Monteiro.

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683171 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto-contuso em joelho direito

Descrição do exame físico: Edema em joelho direito (2/4+) que acarreta discreta limitação da flexão

Resultados terapêuticos: Paciente vítima de acidente de moto no dia 17/12/2018, cursando com ferimento corto-contuso em joelho direito, além de escoriações em tornozelo ipsilateral.
Paciente submetido a tratamento para cuidados dos ferimentos, recebendo alta após observação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Monteiro.

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683171 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO E PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ PAG 2. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683171 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO E PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ PAG 2. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSÉ LAZARO FERREIRA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.900.589 - 2ª Via SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 701.486.704-07, residente e domiciliado no Sítio Santa Rosa, s/n, Zona Rural, São José de Princesa/PB, CEP: 58.758-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **JOSÉ LAZARO FERREIRA DOS SANTOS**.

São José de Princesa/PB, 14 de Janeiro de 2019.

X José Lazaro Ferreira dos Santos
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua do Comércio, nº 1 - Centro - São José de Princesa-PB - Fone: (87) 3491.1009

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSÉ LAZARO FERREIRA DOS SANTOS
Dou fé. São José de Princesa/PB - 14/01/2019
Escrevente: Katarina Ferreira Cordeiro Lopes Moraes
Selo Digital: AHW03584-QRFH
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 FARPEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 FEPJ R\$ 1,98

Consulte Autenticidade em: www.tjpb.jus.br/selodigital

COMPREV
COMPROMISSOS E RESQUENCIA SIA
10 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437924/19

Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 701.486.704-07

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS : 701.486.704-07

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: 06/12/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

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: **3190 683171** 3 - CPF da vítima: **701.486.704-07** 4 - Nome completo da vítima: **Jose Laizaro Ferreira dos Santos**

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

5 - Nome completo: **Jose Laizaro Ferreira dos Santos** 6 - CPF: **701.486.704-07**
7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Rua Santa Rosa** 9 - Número: **SIN** 10 - Complemento: **GD01, LT 10**
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **São José de Princesa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.750-000**
15 - E-mail: **pmc.advocacia@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(81) 3846-1036**

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)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **Brasil 1001**
AGÊNCIA: **0867** **2** CONTA: **26.261** **7**
(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

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

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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário 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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **São José de Princesa/PB, 14 de Fevereiro de 2020.**

*** Jose Laizaro Ferreira dos Santos**
41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



LojaMais

PARITANDA

Pos:00074167 LT:353 Doc:109 Oper:74167
11/02/20 21:15:05

COBAN:074167 LOJA:0001 PIV:000001
BANCO DO BRASIL
11/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 11.15.05
273374167

EXTRATO CONTA CORRENTE P-CONFERENCIA

AGENCIA: 0867-2 CONTA: 26.261-7
CLIENTE: JOSE L FERREIRA SANTOS

DATA	BAL HISTORICO	VALOR
1001	Saldo Ant	0,00C
1002	CLUBE BB	19,05D
1002	ESGOTO DE	19,95C
1102	SALDO	0,00C

Saldo	0,00C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	02/03/2020
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	02/03/2020

(*)Acurados de acordo com o amonstrio
dos saldo devedores diarios no mes
anterior ao debito.

CREDITO BB-MELHOR OFERTA* 321,00C

Legado MONOFÁSICO
 Clásico RES MTC D1/HESDENCE-BALARESCA
 Rotura 2-166-200-4940 Referencia Feb/2020
 Modelo 0003000942 Emisión 04/03/2020

ENERGISA PARÁIBA - LIG. FREDERICO DE ENERGIA S/A
 BR 230, Km 25 - Crlto Redentor - Joao Pessoa/PB - CEP 58071-680
 CNPJ nº 06.111.000/1-40 - Insc. Est. 16.015.803-4

Nota Fiscal nº 001 de Energia Elétrica 19/08 2005 900
Cód. para Débito Automático: 00017067398

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev/ 2020	04/02/2020	05/03/2020	036.657.881-30 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1705736-5

Canal de contato

Tarefa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Com a Lei 10.438, tornou obrigatório a criação da TSEE? Ela pode ser criada? Com algumas perguntas, vamos descobrir, em uma segunda via da conta de energia, se fazes parte do Projeto de Energia Social ou não. Ligue 0800 99125 5540

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
01/01/20	4017	04/03/20	4513				100		28
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Taxa/Unidade (R\$)	Valor Base (R\$)	Alíq. ICMSP (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	Base Calc. PIS (R\$)	Base Calc. COFINS (R\$)	Valor Total (R\$)
0001	Consumo - 31 a 30/03/20 - BR	70,000	0,200000	14,00	7,81	26	1,95	7,81	0,97
0001	Consumo - 31 a 30/03/20 - BR	70,000	0,440750	30,85	31,27	26	7,83	31,27	0,78
0001	Adic. 31 Amarula			0,06	0,06	26	0,21	0,06	0,01
0010	Subtotal			44,91	46,15	26	9,94	46,15	0,74
TAXAS E SERVIÇOS									
0007	CONTROLE INFLAÇÃO			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 12/2019			0,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 12/2019			0,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2019			0,30	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	Desconto de Substituição			25,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCJ - Cálculo de Classificação do Item	TOTAL	57,87	76,06	19,02	76,06	0,71	3,28
--	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

<p>Últimos meses (kWh)</p> <p>11/02/2020</p> <p>77</p>	<p>VENCIMENTO</p> <p>TOTAL A PAGAR</p> <p>R\$ 57,87</p> <p>Histórico de Consumo (kWh)</p>
--	--

60	74	71	76	64	66	51	62	70	81	76	97
Feb/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19	Sep/19	Oct/19	Nov/19	Dec/19	Jan/20

RESERVADO AO FISCO

9a41.8daa.0235.4981.83fb.4b19.c3b6.cdcd.

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade		12/2017 - 12/2018 (Módulo)	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,36	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	14,3		
DIC ANUAL	38,08		CONTRATADA
FIC MENSAL	3,55	0,00	
FIC TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	14,20		
DARC	4,14	0,00	LIMITE SUPERIOR
DARCI	12,22		

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Dist. da Energia/PS	10,94	16,90
Compra de Energia	13,64	23,57
Servico de Transmissao	1,83	2,82
Energias Setoriais	1,85	2,95
Impostos (PIS/PTR e Ets. segs)	90,01	61,98
Outros Servicos	0,00	0,00
Total	57,87	100,00

Water to 5000 mg/L; 2000 mg/L; 1000 mg/L

ATENÇÃO

Pedras em atraso

[illegible]

Jan/20	36,86
--------	-------

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683171

Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683171

Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683171

Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683171

Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000000867-2

Conta: 0000026261-7

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

701.486.704-07

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSE Nº 405/2012

5 - Nome completo:

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

701.486.704-07

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SÍTIO SANTA ROSA

9 - Número:

SN

10 - Complemento:

QD 01 LT 10

11 - Bairro:

ZONA RURAL / Centro

12 - Cidade:

SÃO JOSE DE PRINCEZA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58458-000

15 - E-mail:

lmc.fernando@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

DECLARO, PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, RESIDIR NO ENDEREÇO ACIMA INFORMADO, CONFORME COMPROVANTE ANEXO (ANEXAR CÓPIA).

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEIRA (destinada para as seguintes opções. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (303)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: Bras

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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

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 (assinale uma das opções):

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

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

☐ O IML que atenda 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ 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 parentes (relações)?

☐ 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 contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (e) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 05 de outubro de 2019

+ José Lazaro Ferreira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 10/2019, LIVRO Nº 03/2018, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Delegada, DARCINAURA ALVES DE ASSIS.

DATA: 08 de janeiro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 15h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JOSÉ LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Estado civil: UNIÃO ESTÁVEL RG: 3.900.589 SSPS/PB CPF: 701.486.704-07

Sexo: MASCULINO

Nascimento: 27.09.1992 Idade: 26 anos

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor

Alfabetizado: Sim

Filiação: Helano Nogueira dos Santos e Eliete Nogueira dos Santos

ENDEREÇO: Focinho de Santa Rosa, zona rural de São José de Princesa/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 17.12.2018, por volta das 17h00min, encontrava-me trafegando pela PB que liga Manaíra a Santa Cruz de Baixa Verde/PE, quando nas imediações do Sítio Boqueirão, perdi o controle da motocicleta que conduzia e sofri um acidente; QUE a motocicleta que conduzia é de PLACA OXO 3607/PB, CHASSI 9C2XK05908R230515, MARCA/MODELO HONDA/NXR150 PROS ES, ANO 2013, VERMELHA, em nome de José Cláudio Ferreira dos Santos; QUE fui socorrido pelo SAMU de Manaíra e levado para a UPA - Unidade de Pronto Atendimento de Princesa Isabel/PB.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante

José Lazaro Ferreira dos Santos

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2018

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

ESCRIVÃO/AGENTE

DELEGACIA DE POLÍCIA
CIVIL
Princesa Isabel-PB

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

701.486.704-07

4 - Nome completo da vítima:

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 435/2012

5 - Nome completo:

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

701.486.704-07

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SÍTIO SANTA ROSA

9 - Número:

SN

10 - Complemento:

QD 01 LT 10

11 - Bairro:

ZONA RURAL / Centro

12 - Cidade:

SÃO JOSE DE PRINCEZA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58458-000

15 - E-mail:

lmc.fernando@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

DECLARAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 18 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEIRA (destinada para as crianças do sistema. Aceite uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (503)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todas as contas)

Nome do BANCO: Bras

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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

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 (assinatar 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorçado

☐ 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 parentes (irmãos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima deixou irmãos/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

35 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

36 - Vítima deixou irmãos/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

37 - 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 contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (e) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Princípio, 05 de outubro de 2019

+ José Lazaro Ferreira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 MANAÍRA-PB
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB 15



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DN:

SUS:

DATA: 17.12.2018	OCORRÊNCIA Nº 039	PACIENTE: JOSÉ LAZARO FERRGIM	IDADE 26	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA BR - MANAÍRA - ST CALZ - BOA VISTA		BAIRRO S 910	MÉDICO REGULADOR DRº YR	
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO.				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÁNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

DOENÇAS PRÉ EXISTENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

EXAME INICIAL

A	Via aérea	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Edema de Glote																					
B	Respiração	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Insuficiência Resp Aguda <input type="checkbox"/> Parada Ventilatória <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> Ausculta Normal <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Rócos <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo																					
C	Circulação	<input type="checkbox"/> Pulso Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Parada Cárdio Respiratória <input type="checkbox"/> Pele Normal <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico																					
D	Neurológico	<table border="1"> <tr> <th>Abertura ocular</th> <th>Resposta verbal</th> <th>Resposta motora</th> </tr> <tr> <td>Espondoles (1) 4</td> <td>Orientada (1) 5</td> <td>Ocineo-orientado (1) 6</td> </tr> <tr> <td>A voz (1) 3</td> <td>Contusa (1) 4</td> <td>Locutor (1) 3</td> </tr> <tr> <td>A dor (1) 2</td> <td>Palavras desproporcionadas (1) 3</td> <td>Movimento de retirada (1) 4</td> </tr> <tr> <td>Tatilhura (1) 1</td> <td>Palavras incoerentes (1) 3</td> <td>Fardo anormal (1) 3</td> </tr> <tr> <td>GLASGOW</td> <td>Nenhuma (1) 1</td> <td>Extensão anormal (1) 3</td> </tr> <tr> <td>TOTAL (15)</td> <td></td> <td>Nenhuma (1) 1</td> </tr> </table>	Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Espondoles (1) 4	Orientada (1) 5	Ocineo-orientado (1) 6	A voz (1) 3	Contusa (1) 4	Locutor (1) 3	A dor (1) 2	Palavras desproporcionadas (1) 3	Movimento de retirada (1) 4	Tatilhura (1) 1	Palavras incoerentes (1) 3	Fardo anormal (1) 3	GLASGOW	Nenhuma (1) 1	Extensão anormal (1) 3	TOTAL (15)		Nenhuma (1) 1
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora																					
Espondoles (1) 4	Orientada (1) 5	Ocineo-orientado (1) 6																					
A voz (1) 3	Contusa (1) 4	Locutor (1) 3																					
A dor (1) 2	Palavras desproporcionadas (1) 3	Movimento de retirada (1) 4																					
Tatilhura (1) 1	Palavras incoerentes (1) 3	Fardo anormal (1) 3																					
GLASGOW	Nenhuma (1) 1	Extensão anormal (1) 3																					
TOTAL (15)		Nenhuma (1) 1																					

E.C.G.: ☐ Normal ☐ Coronária ☐ Alt Ritmo ☐ Alt Condução ☐ Não realizado

SINAIS VITAIS

P.A.: 90 X 80 mmHg FC: 85 FR: TEMP: °C GLICEMIA: mg/dl Saturação O2: 99%

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO AMEAÇA ☐ ESPONTÂNEO ☐ PROVOCADO ☐ METRORRAGIA ☐ PARTO A TERMO
☐ PRÉ TERMO ☐ PÓS TERMO ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS:

DUM:



CARTÓRIO REG. CIVIL E TABELIONATO
Rua José Rosas, 21, Centro, Manairá - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 425-III do CPC).
Manairá/PB - 27/12/2018
Selo Digital: AHV69313-H265
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$2,37 Farpen R\$0,28 MP R\$0,04 Fepj R\$0,40

Maria Inez Duarte
Oficial do Registro Civil
CPF 551876764-15

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES

SSU + medicação com + imobilização em PRONA RÍGIDA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (História)

paciente vítima de acidente automobilístico, realizado A.B.C.D.E., medi-
cado com, realizado curativos, encaminhado a UPA.

PROCEDIMENTOS

- ☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA ☐ RESPIRADOR
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO ☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ S.VESICAL
☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL ☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

DESTINO DO PACIENTE / UNIDADE DE ATENDIMENTO

UPA

RESPONSÁVEL RECEBIMENTO:

Dr. José Roberto de Siqueira
Medico
CRM-PB 2848

FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

- ☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

ENCAMINHAMENTO

- ☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- ☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): BRUNO FERREZ

COREN: _____

MAT.: _____

TÉCNICO DE ENFERM.: VANUSA LIMA

COREN: 1148642

MAT.: _____

CONDUTOR: Josimar L. DA SILVA

CNH: 341020225

MAT.: _____

CARTÓRIO REG. CIVIL E TABELIONATO
Rua José Rios, 21, Centro, Munira - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Dou fe: (Art. 425-III do CPC).
Munira/PB - 27/12/2018
Selo Digital: AHV69312-M1ET
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol: R\$2,37 Fepen: R\$0,28 MP: R\$0,04 Fepj: R\$0,44

Marlene Inez Duzarte
Oficiala do Registro Civil
CPF 551876764-15

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000000026261-7

Nr. da Autenticação 04092FA97229BE84

ELIXANDRA CORTE GOMES
RUA SANTA ROSA, S/N - QD 01 LT 10 - CENTRO
SÃO JOSÉ DE PRINCESA / PB CEP: 58750000 (Aq. 165)

Ligação: MONOFÁSICO
Cid: 500 RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Fatura: 2 - 162-203-4540 Referência: Set/2019
Medidor: 00009680949 Emissão: 05/09/2019

ENERGISA PARÁCE-LIS (RUA) COM DE ENERGIA S/A
R/200, Km 25 - Criação Rodovia João Pessoa / PB - CEP: 58071-800
CNPJ: 09.095.180/0001-40 Ins. Est. 18.015.925-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 575.758
Cód. para DTE: Automático: 00017067368

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Set / 2019	05/09/2019	07/10/2019	036.667.581-30

UC (Unidade Consumidora): 5/1705736-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
IP nº 438, de 26 de abril de 2002
- UFPA - SEAR / OVA-SETO VACINA BRASIL. Saiba mais em
vacinas.gov.br/vacinasbrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/08/19	3225	05/09/19	3621	1	82	30
Demonstrativo						
Código		Descrição		Quantidade	Taxa	Valor
				Taxa	Taxa	Taxa
				Taxa	Taxa	Taxa
0601	Consumo até 30 kWh - BR			30,000	0,200492	6,01
0601	Consumo - T1 a 100 kWh - BR			32,202	0,343720	10,98
0601	Adc. B. Vermeilha			1,24	0,00	0,00
0610	Subsídio			19,99	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIB. LUM. PÚBLICA			4,30	0,00	0,00
0604	JURO DE MORIA 07/2019			0,21	0,00	0,00
0605	MULTA 07/2019			0,46	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2019			0,06	0,00	0,00
0608	Devolução Faturas			-18,79	0,00	0,00

UC Código de Classificação do Rem. TOTAL: 24,96 0,00 0,00 39,12 0,57 1,74
* taxa de Tributos: At 30 kWh 0,162360 At 100 kWh 0,324630

Média últimos meses (kWh): 80
VENCIMENTO 12/09/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 24,56

Histórico de Consumo (kWh)
32 | 84 | 81 | 85 | 40 | 80 | 74 | 71 | 75 | 84 | 88 | 84
06/18 | 07/18 | 08/18 | 09/18 | 10/18 | 11/18 | 12/18 | 01/19 | 02/19 | 03/19 | 04/19 | 05/19

RESERVADO AO FISCO
5c7c.ec2b.0e5b.fb44.cc7f.a3dd.7480.87e2.

Indicadores de Qualidade 7/2019 - Processo 5001				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
230V BOMBA	7,38	0,00	220	Serviço de Dist. de Energia - PB	8,30	25,84
230V BOMBA	14,53	0,00	220	Consumo de Energia	8,54	26,61
230V BOMBA	29,06	0,00	220	Serviço de Transmissão	0,94	2,83
230V BOMBA	3,95	0,00	220	Encargos Sociais	0,95	2,87
230V BOMBA	7,10	0,00	220	Impostos Diretos e Encargos	7,33	22,55
230V BOMBA	14,22	0,00	220	Outros Serviços	0,00	0,00
230V BOMBA	4,14	0,00	220			
230V BOMBA	12,22	0,00	220			
				Total	24,56	100,00

Valor de EUC (Ref. 7/2019) R\$ 6,25

ATENÇÃO
- REATIVO DE VENCIMENTO: Caso não seja pago a prazo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 23/09/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento até essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento. Caso a mesma não seja comunicada ou as contas não sejam pagas, o cliente não poderá ser considerado para concessão de crédito. Caso já tenha sido comunicado e não tenha sido pago, o cliente não poderá ser considerado para concessão de crédito. Faltando a comunicação em prazo de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 18,70.
- Para mais informações consulte o NÚMERO 15-Res-ANEEL nº 2.598-Adm. Fatores 4,40N. Média

Faturas em atraso
Ago/19 24,71

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 OUT. 2019
PROTOCOLO
G. JOÃO PESSOA

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 28.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0018148-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 155 - RECIFE - PE CEP: 51300-005
MATRIZ CNPJ: 28.000.118/0001-78

PAG. 1 1/5

FIXO



CTC RECIFE PE PL5
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVENBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO PE



7213512820 09457 00000001625 30 050919

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$	69,20
	OI FIXO		69,20
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31		
	SERVICOS DIGITAIS		
+	EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS	R\$	38,94
	LIGACOES FIXO-FIXO		17,54
	LIGACOES FIXO-NOVEL		14,00
	SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS		1,92
	OUTROS VALORES		5,48

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PROVIDENCIA S/A
10 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Confira-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 28.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0018148-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 155 - RECIFE - PE CEP: 51300-005
MATRIZ CNPJ: 28.000.118/0001-78

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 06/2019 LOCAL 4952 DV 3

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Confira-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

84660000001-8 08140024030-5 32049520384-8 61036031905-7



FATURA N.: 1200113367503
VENCIMENTO: 15/09/2019
VALOR A PAGAR R\$ 108,14

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 28.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0018148-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 155 - RECIFE - PE CEP: 51300-005
MATRIZ CNPJ: 28.000.118/0001-78

PAG. 1 1/5

FIXO



CTC RECIFE PE PL5
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVENBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO PE



7213512820 09457 00000001625 30 050919

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$	69,20
	OI FIXO		69,20
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL		
	PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31		
	SERVICOS DIGITAIS		
+	EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS	R\$	38,94
	LIGACOES FIXO-FIXO		17,54
	LIGACOES FIXO-NOVEL		14,00
	SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS		1,92
	OUTROS VALORES		5,48

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PROVIDENCIA S/A
10 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Confira-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 28.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0018148-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 155 - RECIFE - PE CEP: 51300-005
MATRIZ CNPJ: 28.000.118/0001-78

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 06/2019 LOCAL 4952 DV 3

CODIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Confira-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

84660000001-8 08140024030-5 32049520384-8 61036031905-7



FATURA N.: 1200113367503
VENCIMENTO: 15/09/2019
VALOR A PAGAR R\$ 108,14

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Henrique Miguel de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542 024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Borges do Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 701 486 704 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária da Vítima João Borges Furtado do Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 701 486 704 / 07, 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 15 de novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Trunfo</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56 870-00</u>
Email <u>hmc.observacao@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)

Trunfo/PE, 08 de outubro de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
10 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA