

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ CLÁUDIO FERREIRA DOS SANTOS,
RG nº 3268307, data de expedição 09/09/04,
Órgão SSPI PB, portador do CPF nº 07173297478, com
domicílio na cidade de São José de Princesa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sávio Souto, Roso, nº S/N,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Lúcio Ferreira dos Santos, cujo o condutor era
José Lúcio Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA INXR 150 Bros ES

Ano: 2013/2013

Placa: 0X025607/PB

Chassi: 9C0KDO550DR230515

Data do Acidente: 14/01/2018

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

José 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) 3401-1009

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSÉ CLÁUDIO FERREIRA DOS SANTOS
Dou fô. São José de Princesa/PB - 14/01/2019
Escrevente: Katarina Ferreira Cordeiro Lopes Moraes
Selo Digital: AHW03583-75D1
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>
Emol R\$ 9,91 FARPEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 FEPJ R\$ 1,98

Consulta Autenticidade em: www.tjpj.jus.br/selodigital

*Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSÉ CLÁUDIO FERREIRA DOS SANTOS
Dou fô. São José de Princesa/PB - 14/01/2019
Escrevente: Katarina Ferreira Cordeiro Lopes Moraes
Selo Digital: AHW03583-75D1*

*Katarina Ferreira Cordeiro Lopes Moraes
ESCREVENTE*

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

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

S10702

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

Data Nasc.: 27/09/1992

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

Pront. Local:

RG: 3900589

Endereço: SITIO - SANTA ROSA

Nº: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Município: SAO JOSE DE PRINCESA

Nome da Mãe: ELIETE NOGUEIRA DOS SANTOS

Cartão SUS: 702100710890095

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

Data: 17/12/2018 18:4

COREN370840

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA
Profissional da Pré-Consulta: 100 - ROSINES MEDEIROS FREITAS

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 C 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

seku agudus de macte macte profunda
 huiu huiu em huiu duiu, ju
 duiu e macte duiu.
 Prof. seku + huiu + macte + huiu
 huiu macte huiu.
 • Buffetam 1200.000 — Macte
 • Voltaren 25 — Macte

16/12/2018
 COMPRA SEGUROS DA PROVIDÊNCIA S/A
 10 OUT. 2018

220.000
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSO

EMÍLIA ÉRICA | PÁGINA: 01 DE 01 DE REGISTRO DE SAÚDE
 Emilia Alves Freitas - Tabata Interna
 Autentico a presente cópia, reprodução fiel e original
 apresentado. Em testemunho da verdade.
 Princesa Isabel-PB 27/12/2018 11:56:41
 Emilia Érica Alves Freitas - Tabata Interna
 2018-0076841 EMILIA-FREITAS-115641
 SELO DIGITAL: 40007000000
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tabelionato100.jus.br>

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 Bozane F. dos Santos

Atestado

Atesto para os devidos fins,
que o Sr. acima citado
representa o profissional de
decomunicação e imprensa licenciado
para realizar suas atividades
laborativas, após acidente
de trânsito, por um período
de 60 dias. (Geralton de Souza).

São José de Princesa-PB 08/01/2019

Ag. de S. S. S. P. 2019

CRM-PB 22324

MÉDICO CRM-PB

"Não tome remédio sem o conhecimento do médico"

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.900.589 -2 VIDA 11/03/2014

NOME JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

PAI/AO 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

CARTÓRIO SÃO JOSÉ - PB

CPF 701.486.704-07

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO CERTIFICADOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 701.486.704-07

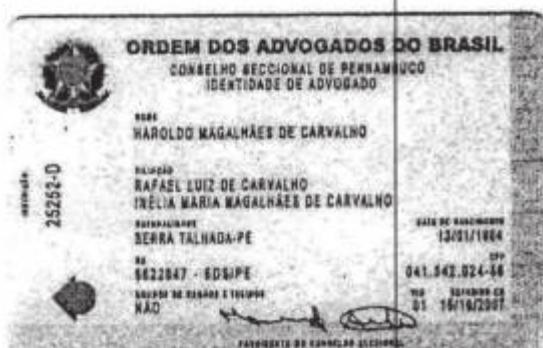
Nome JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento 27/09/1992

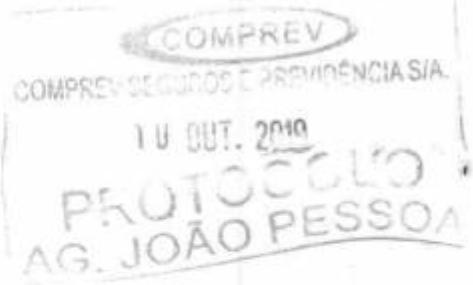
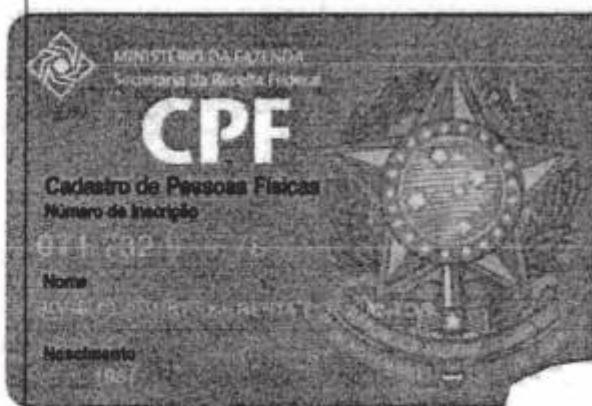
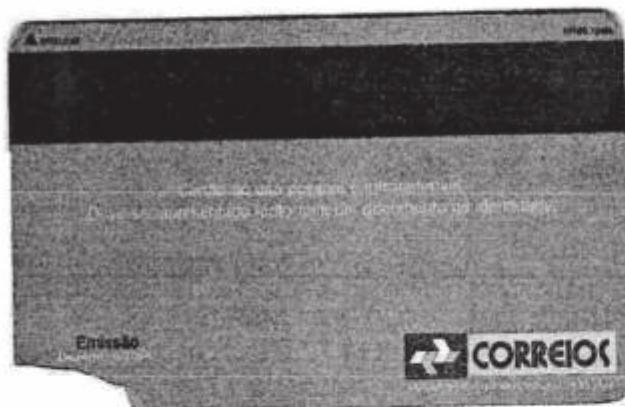
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSO



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PRUDÊNCIAS S/A
10 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
SANTOS

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 **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valorização 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 **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valorização 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.

José Lazaro Ferreira dos Santos
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua do Comércio, s/nº - 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 FAR PEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 FEPJ R\$ 1,98

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



COMPREV
COMPROVANTE DE AUTENTICIDADE S/A
14.01.2019

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

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 - N° do sinistro ou ASL: **3190 683171** 3 - CPF da vítima: **701.486.704-07** 4 - Nome completo da vítima: **José Boázaro Ferreira dos Santos**

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

5 - Nome completo: **José Boázaro Ferreira dos Santos** 6 - CPF: **701.486.704-07**
7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Rua Santa Rosa** 9 - Número: **51** 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: **time.advocacia@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(87) 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:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: **Brasil (001)**

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **26.261** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **26.261** (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 atende 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima Sim
teve filhos? Não 30 - Vítima Sim 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima Sim
pais/avós vivos? 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

Impresso
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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

X José Boázaro Ferreira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



LogMais

Autenticação

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

COBAN:074167 LOJA:0001 PUV:000001
BANCO DO BRASIL
11/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 11.15.05
273574167

EXTRATO CONTA CORRENTE P-CONFERENCE

AGENCIAS: 0067-2 CONTA: 26.261-7
CLIENTE: JOSE L PERREIRA SANTOS

DATA	BAL. HISTÓRICO	V A L O R
10/01	Saldo Ante	0,00C
10/02	CLUBE BB	19,050
10/02	ESTACIONAMENTO	19,05C
11/02	S A L D O	0,00C

Saldo 0,00C
Juros 0,00
Data de Débito de Juros 02-03-2020
IOF 0,00
Data de Débito de IOF 02-03-2020
(*)Ajustados de acordo com o somatório
dos saldos devedores diários no mês
anterior ao débito.
CREDITO BB-MELHOR OFERTA 321,00C

ELIXANDRA CORTE GOMES
F/14 SANTAROSA SIN/001/ET 10 - CENTRO
SAO JOSE DE PRINCIPE/PE FONE: (87) 36750000/36750185

Ligação MONOFASICO
Classe: RES MTC B1 / PESO: CEN. VAL - 154 - A REDE
Rota: 2 - 166 - 200 - 4940 Referencia: Fev/2020
Medidor: 00000000948 Emissao: 04/03/2020

energisa
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B1200, KM 25 - Cachorro Redondo - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ: 00.11.0001-40 - Ins Est 16.015.823-0
Nº do Fone: 0800-083-0196 - Fone: (87) 365.880
Cod. para Díb. Automático: 00017057365

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	036.657.581-30 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1705736-5**

Canal de contato

Tarifa Fazenda de Energia Elétrica - TSEE é fixada pelo Decreto nº 10.430, de 26 de abril de 2002.
Compre a TSEE, não é necessário entrar em contato com a Energisa?
Elas pode ajudar com informações sobre dívidas, enviar a segunda via da fatura de energia e de fazer pedido de Relatório de Sua fatura anterior.
nos chame sempre que precisar! (87) 36126-5540

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
07/01/20	3017	04/02/20	4117	100 26

Demonstrativo

CCJ	Detalhe	Quantidade	Tarifa	Imp. Base Faz.	Imp. IPI	Imp. ICMS	Base ICMS	Imp. ICMS Faz.	Imp. PIS/PASEP	Imp. COFINS
			(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0801	Consumo 46.388 kWh-BR	70.000	0.386400	7.01	7.81	28	1.95	7.81	0.07	0.34
0801	Consumo 31 a 100 kWh-BR	70.000	0.448750	31,27	31,27	28	7,83	31,27	0,28	1,35
0801	Acq. B. Almox.			0,08	0,08	28	0,21	0,08	0,01	0,04
0810	Subreddo			36,15	36,15	28	9,04	36,15	0,34	1,66
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTROLE DE FAZENDA			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2019			4,21	0,00	0	0,06	0,03	0,00	0,00
0805	MULTA 12/2019			0,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MORA/VARA 12/2019			0,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subreddo			26,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCJ: Código de Classificação do Item TOTAL: 57,87 76,08 19,02 76,08 0,71 3,29

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
11/02/2020 **R\$ 57,87**

Histórico de Consumo (kWh)

60 | 74 | 71 | 70 | 64 | 64 | 84 | 84 | 62 | 70 | 71 | 81 | 76 | 97
Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20

RESERVADO AO FISCO

9a41 8daa 0235 4981 83fb 4b19 c3b6 cdcd

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade 12/2019 - Monitorado

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DI: MÉDIA	7,26	0,00
DI: TRIMESTRAL	14,52	HOMO
DI: ANUAL	39,08	
FI: MÉDIA	3,25	0,00 - CONTRATADA
FI: TRIMESTRAL	7,10	LIMITE PREFER.
FI: ANUAL	14,70	LIMITE SUPERIOR
DMC	4,14	0,00
DCB	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/ PB	10,96	18,90
Compra de Energia	13,64	23,57
Serviço de Transmissão	1,83	3,28
Energia Selvada	1,85	3,28
Imposto, Frete e Encargos	90,01	51,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	57,87	100,00

Valor do Faturamento L. Atualizado: 08/11/20

Faturas em atraso

Jan/20 36,86

REMESSA DE FIM DE MÊS: O valor abusivo é o valor total da fatura que ultrapassa 100% do valor da fatura anterior. O faturamento é suspenso a partir de 10/02/2020. Consulte Resolução nº 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possibilidade de devolução do faturamento, caso o cliente não seja comprovado como cumpridor das suas obrigações. O valor da fatura é efetuado o pagamento das faturas anteriores, descontando as faturas anteriores.

Fatura é impressa e encaminhada ao cliente no endereço de sua propriedade.

Valor da Fatura: R\$ 57,87

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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.

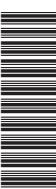
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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) tipologia(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº doório ou ASU:

3 - CPF da vítima:

301.486.704-07

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 SUSP N° 015/2012

5 - Nome completo:

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

301.486.704-07

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SITIO SANTA ROSA

9 - Número:

51

10 - Complemento:

QD 01 LT 10

11 - Bairro:

ZONA RURAL /Centro

12 - Cidade:

SAO JOSE DE PRINCIPE

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58150-000

15 - E-mail:

Home_admarae@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

não sou representante legal (pai, 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:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOS) CONTA POUPANÇA (conta para os bancos abertos. Pode haver mais opções) Bradesco (297) Bnd (243) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (todas os bancos)Nome do BANCO: Bural

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0867

2

CONTA:

25 786

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no 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 invalides permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):

 Não há IML que atende 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 invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia direta 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(s):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim

nascituro (menor de 24 meses)?

 Não

31 - Vítima

 Sim

teve imóveis?

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando niente, ainda, de que qualquer comitê ou delegação administrativa poderá recusar a liberação de receber o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

11.012.2010

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Floripa/SC de outubro de 2019+ José Lazaros Ferreira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinatura do Procurador (se houver)



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



C E R T I D Ã O

CERTIFICO, em razão da 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 SSDS/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

Filiiação: Heleno Nogueira dos Santos e Eliete Nogueira dos Santos

ENDEREÇO: Povoado 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 PE que liga Manaira a Santa Cruz da Beira 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 CXQ 9807/PB, CHASSI 9F2X70550TA230515, MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BRAS E, ANO 2013, VERMELHA, em nome de José Cláudio Ferreira dos Santos; QUE fui socorrido pelo SAMU de Manaira e levado para a UPA - Unidade de Pronto Atendimento de Princesa Isabel/PB.

O referido é verdade, Deu fé. Termo de Responsabilidades: 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).

Notificador: José Lazaro Ferreira dos Santos

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2010

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSO

[Signature]

RECEBIDO/RECENTE

16.0.2019

DELEGACIA DE POLICIA
CIVIL
Princesa Isabel-PB

1 - Escolha a(s) tipologia(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº doório ou ASU:

3 - CPF da vítima:

301.486.704-07

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 SUSP N° 015/2012

5 - Nome completo:

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

6 - CPF:

301.486.704-07

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

SITIO SANTA ROSA

9 - Número:

51

10 - Complemento:

QD 01 LT 10

11 - Bairro:

ZONA RURAL /Centro

12 - Cidade:

SAO JOSE DE PRINCIPE

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58150-000

15 - E-mail:

Home_admarae@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

não sou representante legal (pai, 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:

 RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOS) CONTA POUPANÇA (conta para ar bancos aberta. Pode ter mais de 1) CONTA CORRENTE (todas os bancos) Bradesco (297) Bnd (243) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)Nome do BANCO: Bural

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0867

2

CONTA:

25 786

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no 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 invalides permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):

 Não há IML que atende 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 invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia direta 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(s):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim

nascituro (menor de 24 meses)?

 Não

31 - Vítima

 Sim

teve imóveis?

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, estando niente, ainda, de que qualquer comitê ou delegação administrativa poderá recusar a liberação de receber o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

11.012.2010

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Floripa/SC de outubro de 2019+ José Lazaros Ferreira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Assinatura do Procurador (se houver)

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

SAMU
192



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DN:

039

SUS:

702 500710890035

DATA:	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE:	IDADE	SEXO
17.12.2018	039	JOSÉ LAGUNAS FERGIM	51 ANOS	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
RR - MANAÍRA - ST. CARLOS - BARRA/MA		SITIO	DRº YR	
QTA:	SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO. <input type="checkbox"/>			

TIPO DE AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDRÁTICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<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"/> QUIMADURAS
<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 CARDIÁCA	<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"/> Ríticos <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>Assinatura escrita</th> <th>Resposta verbal</th> <th>Resposta motora</th> <th></th> </tr> <tr> <td>Exponível</td> <td>Clara</td> <td>1/5</td> <td>Consciente orientado</td> </tr> <tr> <td>A voz</td> <td>Contínua</td> <td>1/4</td> <td>Locomoção</td> </tr> <tr> <td>A olho</td> <td>1/2</td> <td>Palavras desorientadas</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>Manos</td> <td>1/1</td> <td>Palavras incompreensíveis</td> <td>1/3</td> </tr> <tr> <td>GLASGOW</td> <td>Neutra</td> <td>1/1</td> <td>Movimento atenuado</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>15</td> <td></td> <td>1/1</td> </tr> </table> <p><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Coma Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input checked="" type="checkbox"/> Foto reagente <input type="checkbox"/> Não reagente Déficit Sensitivo: <input type="checkbox"/> à Direita <input type="checkbox"/> à Esquerda <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Otorragia</p>	Assinatura escrita	Resposta verbal	Resposta motora		Exponível	Clara	1/5	Consciente orientado	A voz	Contínua	1/4	Locomoção	A olho	1/2	Palavras desorientadas	1/4	Manos	1/1	Palavras incompreensíveis	1/3	GLASGOW	Neutra	1/1	Movimento atenuado	TOTAL	15		1/1
Assinatura escrita	Resposta verbal	Resposta motora																												
Exponível	Clara	1/5	Consciente orientado																											
A voz	Contínua	1/4	Locomoção																											
A olho	1/2	Palavras desorientadas	1/4																											
Manos	1/1	Palavras incompreensíveis	1/3																											
GLASGOW	Neutra	1/1	Movimento atenuado																											
TOTAL	15		1/1																											

E.C.G.: Normal Coronária Alt Rítmo Alt Condução Não realizado

SINAIS VITais

P.A.: 100 x 70 mmHg FC: 85 FR: TEMP: °C GLUCEMIA: 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, Manára - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi outorgado. Dou fé. (Art. 425-III do CPC).

Manára/PB - 27/12/2018

Selo Digital:AHV69313H265

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

E-mail: R\$2,37 Farpar R\$0,28 MP R\$0,04 Fepj R\$0,40

Marina Inez Duarte
Oficial da Registro Civil
CPF 551876764-15



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**INTERVENÇÕES**SSUL + medicina com + imobilização em prancha rígida**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (História)**

PACÍFICO VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, REALIZADO A.R.C.O.C, medicado com, realizando curativos, encaminhado a UPA.

PROCEDIMENTOS

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL CÂNULA OROFARÍNGEA CRICOTIREIDOSTOMIA RESPIRADOR
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (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/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)**DESTINO DO PACIENTE / UNIDADE DE ATENDIMENTO**UPA**RESPONSÁVEL RECEBIMENTO:**Médico
CRM-PB 2844**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 ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): PRENO FERMEZ

COREN: 11400000000000000000 MAT: _____

TÉCNICO DE ENFERM.: VANUSA LIMA

CDREN: 11400000000000000000 MAT: _____

CONDUTOR: TOS:mar 1.74 SILVA CNH 341020225 MAT: _____

CARTÓRIO REG CIVIL E TABELIONATO
Rua José Reis, 21, Centro, Manaus - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi
exibido. Due. fl. (Art. 425-III do CPC).

Manaus/PB - 27/12/2018

Selo Digital:AHV69312-M12T

Consulta a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$2,37 Farpen R\$0,28 MP R\$0,04 Fepj R\$0,44

Maria Inez Duarte
Oficial 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

ELIJANDRA CORTE GOMES
FEIJAO SANTA ROSA, S/N | QD 01 LT 10 - CENTRO
SAO JOSE DE PRINCIPE/ PB CEP: 58750000 (A.D. 145)

Ligação: MONOFÁSICO
Ct: 3 Sec. RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA REDE
Fatura: 2 - 182-203-4540 Referência: Gaf/2019
Número: 00009680549 Emissão: 05/08/2019

ENERGISA PARAIBA - CLT 1001 - DCM 1001 - DE ENERGIA EIR
B1/200, Km 25 - Crédito Rodoviário - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ: 09.026.172/0001-40 - Inscrição: 16.015.023-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 000 575.718
Cód. para Dib. Automáticos: 00017057368

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: 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 (criada pela Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002).
- Informações sobre o NOVAMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinasbrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
06/08/19 0825	05/09/19 3887	1	82	30
Demonstrativo				
CCI Descrição Quantidade TAREFA Valor Base Custo Adm. Encargos Bala. Cpt. PAF/DO CCM/DO				
0801 Consumo ats 30kWh-BR	20.000 0,200492	8,01	0,00 0 0,00 8,01 0,05 0,27	
0801 Consumo -11 a 100kWh-BR	32.202 0,193720	10,89	0,00 0 0,00 10,89 0,11 0,30	
0801 Adm. B. Vermelha		1,24	0,00 0 0,00 1,24 0,01 0,06	
0810 Subsídio		19,98	0,02 0 0,08 19,98 0,22 0,81	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
C807 CONTRIBUICAO PLS/CA		4,00	0,00 0 0,00 0,00 0,03 0,00	
C804 JUROS DE MORA 07/2019		0,21	0,00 0 0,00 0,00 0,03 0,00	
C806 MULTA 07/2019		0,46	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
C805 ATUALIZACAO MONETARIA 07/2019		0,06	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
C809 Devolucao Faturada		-16,79	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

UC - Código de Classificação do Item TOTAL: 24,56 0,00 0,00 09,12 0,37 1,34
* para o Tributos: Adm 30AWB 0,193382 Adm 108AWB 0,324830

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

Histórico de Consumo (kWh)

37		54		81		55		40		80		74		71		78		54		69		54	
Sep/18	Okt/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19												

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

Indicadores de Qualidade 7/2019 - Previsão set/			Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
2,01MENSAIS	7,25	0,00	serviços de Cpt. de Energia/PI	8,30	25,04
2,17RAESTRAL	14,53	NCM/AL	Compreia de Energia	9,54	26,91
2,01ANUAL	20,06	220	serviços de Transmissão	0,94	3,23
2,01MENSAL	2,95	0,00	Encargos Sistrais	0,95	3,27
7,01TRIMESTRAL	7,10	CONTRATADA	Impress. Diretas e Encargos	7,23	20,95
7,01ANUAL	14,20	LIMITE INFERIOR	Outras Serviços	0,00	0,00
2,01CRI	4,14	0,00	Total	24,56	100,00
	12,22		Valor do EUS (Ref. 7/2019) R\$ 8,25		

ATENÇÃO
- PREAVISO DE ELEVAMENTO: Caso o consumo ultrapasse o limite recomendado permanecendo 10 dias a mais, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 20/08/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O departamento não efetua essa ação sem a possibilidade de uma aviso suspenso de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não restarem na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha sido efetuado o aviso para o devedor (faturado), assim, não se poderá mais restringir. Faz-se afixo a anotação em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. Sua unidade foi faturada como Baixa Fenda, tendo um desconto de R\$18,76.
Assinatura: _____ Data: _____ 2019 - 10/08/2019 - 10h - R\$ ANEEL nº 2.546 - Ata Faturada - 4,40% Mês

Notícias em aberto
Ago/19 24,71

COMPREV
COMPREV SECURIS E PREVIDÊNCIA S/A
10 OUT. 2010
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSO/

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-98 - INSC. ESTADUAL: 181.001.00/0146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50.150-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 1/5

FIXO



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



7213512820 09457 00000001626 30 050919

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Referência

AGOSTO /2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$ 69,20	69,20
	OI FIXO PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31 SERVIÇOS DIGITAIS		
	EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS	R\$ 38,94	38,94
	LIGAÇÕES FIXO-FIXO LIGAÇÕES FIXO-NOVEL SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORES E DE TERCEIROS OUTROS VALORES		17,54 14,00 1,82 5,48

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PROTEÇÃO S/A
10 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO 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.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Confira seu saldo, consumo, fatura, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Confira seu saldo, consumo, fatura, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-98 - INSC. ESTADUAL: 181.001.00/0146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50.150-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 08/2019 LOCAL 4952 DV 3

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



FATURA N.: 1200113357503
VENCIMENTO: 15/09/2019
VALOR A PAGAR R\$ 108,14

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-98 - INSC. ESTADUAL: 181.001.00/0146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50.150-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 1/5

FIXO



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



7213512820 09457 00000001626 30 050919

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Referência

AGOSTO /2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura

	OI FIXO	R\$ 69,20	69,20
	OI FIXO PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31 SERVIÇOS DIGITAIS		
	EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS	R\$ 38,94	38,94
	LIGAÇÕES FIXO-FIXO LIGAÇÕES FIXO-NOVEL SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORES E DE TERCEIROS OUTROS VALORES		17,54 14,00 1,82 5,48

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PROTEÇÃO S/A
10 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO 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.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Confira seu saldo, consumo, fatura, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI

Confira seu saldo, consumo, fatura, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-98 - INSC. ESTADUAL: 181.001.00/0146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50.150-305
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 08/2019 LOCAL 4952 DV 3

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



FATURA N.: 1200113357503
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 falsa 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 Haroldo Miguelos de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542 024 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Bosco dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 701 486 704 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima João Bosco dos 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		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>rua 15 de novembro</u>	<u>Centro</u>	<u>PE</u>	<u>56.870-000</u>
<u>haroldo.miguelos@gmail.com</u>	<u>(81) 3846-1036</u>		

Taunay/PE, 08 de outubro de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPROV. SEUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 10 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSO