
Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 08.655.154-68 Nome completo da vítima: José Damiano Pereira

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

Nome completo: José Damiano Pereira CPF: 08.655.154-68
Profissão: Agricultor Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra Número: 92 Complemento: _____
Bairro: Maia Cidade: Princesa Isabel Estado: PB CEP: 58.455-000
E-mail: hmc.advancia@gmail.com Tel.(DDD): (84) 3846-1036

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: _____

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

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 28 de Fevereiro de 2019.

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Damiano Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
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 de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº077/2019, LIVRO nº 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado Bruno Sergio Maciel de Queiroz.

DATA: 11 de fevereiro do ano de Dois Mil e Dezenove

HORA: 11h10min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

NOTICIANTE: JOSÉ DAMIÃO PEREIRA, brasileiro, casado, agricultor, RG; 1396290 SSP/PB, CPF 708.655.154-68, nascido em 04.06.1969, com 49 anos de idade, natural de Princesa Isabel/PB, filho de Francisco Caetano Pereira e de Maria Barbosa Pereira, residente no(a) Rua Prof. Antônio Eugênio Bezerra, nº92, Bairro Maia, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 16 de novembro de 2018, por volta das 18h, eu estava no centro de Princesa Isabel/PB; QUE pilotava sua MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS, FALCAMNK7756/PB, ANO/MOD; 2006, COR; PRATA, CHASSI; 9C2KC08106R962715, registrada em nome da Sra. SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA, quando em um cruzamento vinha um carro e eu fui frear e perdi o controle da motocicleta; QUE quando eu freei a motocicleta caiu em cima do meu pé esquerdo; QUE eu fui socorrido por populares para UPA(UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO) nesta cidade; QUE devido a queda, fraturei o osso do tornozelo do pé esquerdo.

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

João Damiano Pereira

Agente/Escrivão

155.636-3

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 08.655.154-68 Nome completo da vítima: José Damiano Pereira

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

Nome completo: José Damiano Pereira CPF: 08.655.154-68
Profissão: Agricultor Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra Número: 92 Complemento: _____
Bairro: Maia Cidade: Princesa Isabel Estado: PB CEP: 58.455-000
E-mail: hmc.advancia@gmail.com Tel.(DDD): (84) 3846-1036

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: _____

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

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 28 de Fevereiro de 2019.

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

José Damiano Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

RX

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: 16/11/2018

Cod. Prof: 21

Profissional: JAILSON DA PAIXAO RAMOS

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 29747 - JOSE DAMIAO PEREIRA

Pront. Local:

Data Nasc.: 04/06/1969

Idade Pac.: 49 Anos, 5 Meses e 12 Dias.

RG: 196290

Endereço: RUA - PROFESSOR ANTONIO BEZERRA

Nº: S/N

Bairro: MAIA

Município: PRINCESA ISABEL

Nome da Mãe: MARIA BARBOSA PEREIRA

Cartão SUS: 700303937744438

Data e Hora da Recepção: 16/11/2018 18:39

Nº da Ficha: 90415

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: CLÍNICA MÉDICA

Data: 16/11/2018 18:59:

Profissional da Pré-Consulta: 100 - ROSINES MEDEIROS FREITAS

COREN370840

P.A.: 144 X 91 mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

DOR E EDEMA EM PÉ ESQUERDO APÓS MOTO CAIR POR CIMA DO PÉ HÁ +- 1 HORA.

Medicamentos em Uso:

NEGA.

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

16/11/2018 18:56:37 JAILSON DA PAIXAO RAMOS

PCTE SEQUEIXA DOR PE E POSTERIOR QUEDA DE MOTO

- Informações De Exames:

Código SUS

Descrição

02-04-06-015-0

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

Código Descrição

382 CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM

334 DAPIRONA 1G/2ML

Qtd.

Apresentação

Via. Adm.

Frequencia

1

AMP

IM

AGORA

1

AMP

EV

AGORA

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CAMPOS BARROS

RUA DEL. MARCONI, 222 - CENTRO - CEP: 55200-000 - FONE: (83) 3457-2270

PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel - PB 08/02/2019 10:30:15

Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente

[2019-000304] EMDL:R\$ 2,48 FAPEN:R\$ 0,29 FEP:R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AHX98070-XXT6

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.marta-rodrigues-dos-santos.com.br>

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Jailson P. Ramos
CRM-PB 8802
CRENEPE 20431

JAILSON DA PAIXAO RAMOS C.R.M.: 8802-PB

SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA
RUA PROF ANTONIO EUGENIO BEZERRA, 92 - MAMA
PRINCESA ISABEL / PB CEP 58755000 (AG 165)
Emissão: 28/12/2018 Referência: Dez / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO B-235, Km 25 - Cid. R. de S. João Petrópolis / PB - CEP 51071-200
Roteiro: 17 - 165 - 140 - 5080 Nº medidor 06008904128

ENERGISA
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 09.025.113/0001-49 Insc. Est. 16.015.022-9
Endereço: Centro de Energia Elétrica Nº 017, 776, 197
Cid. para Deb. Automático: 09994620408

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

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF / CNPJ / RANI**
Dez / 2018 28/12/2018 28/01/2019 929.450.904-49
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/462060-5**

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE favorecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
O Desligamento Programado é uma interrupção de energia necessária para realizar manutenção e melhorias na rede elétrica. Para saber se haverá desligamento na sua região acesse o nosso site ou o app Energisa On. Fique atento ainda aos avisos por SMS, e-mail, carta, jornal e rádio.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/11/18	2439	28/12/18	2580	1	141	30
Demonstrativo						
001	Descrição					
	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Custo Adic. (R\$)	Base Custo (R\$)	Valor (R\$)
	Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMSP (R\$) PIS/COFINS (R\$) (1,75%) (R\$) (4,38%) (R\$)					
0801	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,287850	8,53	8,53	27
0801	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,483840	34,54	34,54	27
0801	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	41,000	0,740200	30,35	30,35	27
0801	Adic. B. Amarela			0,04	0,04	27
0810	Subsídio			47,02	47,02	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			10,27	0,00	0
0808	Devolução Subsídio			-31,47	0,00	0
					0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 107,98 120,98 32,55 120,98 1,30 8,02
Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
164 **08/01/2019** **R\$ 107,98**
Histórico de Consumo (kWh)

200 | 213 | 203 | 180 | 154 | 155 | 148 | 157 | 148 | 127 | 152 | 137
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RECURSOS DO PESSO

bf3f.83ed.fcfd.5246.41bd.a75c.bd1e.496b.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC TRIMESTRAL	7,86	1,67	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia/PB	17,47	16,19
DIC ANUAL	15,32			Compra de Energia	34,92	32,35
FIC ANUAL	30,64			Serviços de Transmissão	2,75	2,55
FIC TRIMESTRAL	2,91	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 203 LIMITE SUPERIOR 231	Encargos Tarifários	4,13	3,83
FIC ANUAL	7,22			Impostos Diretos e Encargos	59,74	55,40
CNC	14,45	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
DIC	4,31			Total	107,98	100,00
DIC	12,72					

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) no(s) endereço(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 12/01/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esta data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em unidade consumidora para comprovação. Caso a tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. - Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$31,47.

Faturas em atraso

Nov/18 111,51

SERVIÇOS PARAIBA
Roteiro: 17 - 165 - 140 - 5080
Matrícula: 462060-2018-12-0

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**

08/01/2019 **R\$ 107,98**

83690000001-6 07980054000-1 04620602018-5 12000165019-7



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSÓ

id.: 629405 - Seq.: 000020 / 001005 - TMM_FAT7002201811_NH2C710F_005_Nachname



CTC RECIFE PE PL5

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
RUA PRAÇA 15 DE NOVOEMBRO, 124 -
ESCRITORIO
CENTRO
56870-000 TRIUNFO PE



BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Vanha para a Conta Digital e tenha 500 MB de Bônus toda mês.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Arildo Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Vitor Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.655.154 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Vitor Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.655.154 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recuso Informar 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>Praça 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Trinidade</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.840-000</u>
Email <u>hmc.advocacia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(84) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Trinidade, 28 de Fevereiro de 2019.
Local e Data

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA,
RG nº 1.705.469, data de expedição 30/06/2015,
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 929.450.904-49, com
domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Jefferson Antonio Eugenio Bezerra, nº 92,
complemento moia, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE DAMIAO PEREIRA, cujo o condutor era
JOSE DAMIAO PEREIRA.

Veículo: motocicleta INAC ARIL
Modelo: HONDA / CG 150 TITAN KJ
Ano: 2006 / 2006
Placa: MNK 7756 / PB
Chassi: 92CKC08106R962715
Data do Acidente: 16/11/2018
Local e Data: Princesa Isabel / PB, 20 de fevereiro de 2019.



Selma Barbosa Ferreira Pereira
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARROS"
RUA CEL. MARCOSINO, 220 - CENTRO - CEP: 55.010-000 - PRINCESA ISABEL - PB
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de:.....
SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA.....
Em test. da verdade, Princesa Isabel - PB 20/02/2019 11:20:41
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
[2019-000307] EMUL:R\$ 89,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,00
SELO DIGITAL: A1A65459-WYXK
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/verificacao>
Escrevente

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 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: 16/11/2018

PRESCRIÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

Cod. Prof: 37

Profissional: JAILSON DA PAIXAO RAMOS

Pront. - Paciente: 29747 - JOSE DAMIAO PEREIRA

Cartão SUS: 700303937744438

Data Nasc.: 04/06/1969

Idade Pac.: 49 Anos, 5 Meses e 12 Dias.

RG: 196290

Endereço:

Bairro:

Município:

Nome da Mãe: MARIA BARBOSA PEREIRA

Data e Hora da Recepção: 16/11/2018 18:39

Nº da Ficha: 90415

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

Código	Descrição	Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequência
382	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM	1	AMP	IM	AGORA
334	DIPIRONA 1G/2ML	1	AMP	EV	AGORA

Dr. J. F. F. de M. A. de M. A.
O. P. em Enfermagem
COREN-PB 48393

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CAMPOS BARROS
RUA CEL. MARCO CUNHA, 222 - CENTRO - CEP: 55015-000 - FONE: (83) 3457-2270
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 08/02/2019 10:30:46

Marta Rodrigues dos Santos - Escrivã

[2019-000305] ENOL:R\$ 2,48 FAREN:R\$ 0,24 FEPJ:R\$ 1,50

SELO DIGITAL: AHX98071-0UY8

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.org>

Marta Rodrigues dos Santos
Escrivã

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Jailson P. Ramos
CRM-PB 6612
SSEMS-PB 20431

Assinatura do Profissional

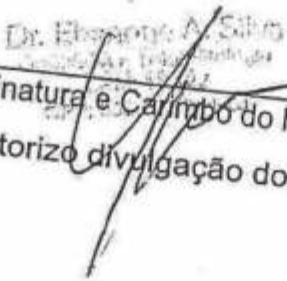
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) _____

Jose Damião Pereira

foi atendido(a) nesta Unidade, no dia 21/11/18 e necessita
afastar-se do seu trabalho por um período de 60 (sessenta)
dias, a partir da presente data, por motivo de doença. CID nº S82.6

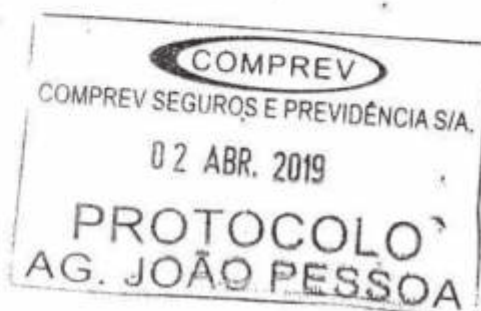
Princesa Isabel - PB 21/11/18


Assinatura e Carimbo do Médico
Autorizo divulgação do CID

Assinatura do Paciente

Preencher atestado conforme resolução do CFM Nº 1.658/2002

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) João Daniel

Pereira

foi atendido(a) nesta Unidade, no dia 16 / 11 / 18 e necessita
afastar-se do seu trabalho por um período de 04 (quatro dias)
dias, a partir da presente data, por motivo de doença. CID nº J0 592

Princesa Isabel - PB 16 / 11 / 18

Dr. Jailson P. Ramos
CFM-PB 2802
CREMEPE 20431

Assinatura e Carimbo do Médico

Autorizo divulgação do CID

Assinatura do Paciente

Preencher atestado conforme resolução do CFM Nº 1.658/2002

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: _____

Exame o S. Daniel
Pneus ao HRPI. para
colocar bola preto

Assinatura

José Batista da Silva
Médico
(Médico / Galimbo/CRM)

Data: 19/11/18º

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
<p>ARMETRO SERIAL</p> <p>1.396.290 -2 VIA</p> <p>NOME JOSÉ DAMIÃO PEREIRA</p>	<p>DATA DE EXPEDIÇÃO</p> <p>19/11/2011</p>	<p>ESTADO DA PARAÍSA</p> <p>SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL</p> <p>INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA</p> <p>DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</p> <p>917</p>	 
<p>FILIAÇÃO</p> <p>FRANCISCO CAETANO PEREIRA</p> <p>MARIA BARBOSA PEREIRA</p>		<p>DATA DE NASCIMENTO</p> <p>04/06/1969</p>	
<p>NATURALIDADE</p> <p>PRINCESA ISABEL-PB</p> <p>DOC ORIGEM</p>		<p>CASAM N. 6729 FL8.66V LIV. BA19</p> <p>CARTORIO PRINCESA ISABEL PB</p>	
<p>708.655.154-68</p>		<p>ASSINATURA DO DIRETOR</p> <p>LEI Nº 7.116 DE 26/08/88</p>	
		<p>CARTEIRA DE IDENTIDADE</p>	

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

02 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254190 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE PÉ ESQUERDO. (ATO DECLARATÓRIO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254190 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE PÉ ESQUERDO. (ATO DECLARATÓRIO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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