
Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082401

Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

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, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082401

Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 35%

% Invalidez Permanente DPVAT: (35% de 70%) 24,50%

Valor a indenizar: 24,50% x 13.500,00 = R\$ 3.307,50

Recebedor: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000032748-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 763.247.377-72 3 - CPF da vítima: 763.247.377-72 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA 6 - CPF: 763.247.377-72
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO SÃO JOAQUIM 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SÃO BENTINHO 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.857-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 32748-6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY
CPF: 059.842.774-09
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMPAL-PA, 18.02.2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8015 3828 4435

03/21

03/21

FRANCISCO NESTOR ALMEIDA
0732 013 00032748-6

elo

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 110/2020**Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: 18/09/2019 – pelas 09:300 horas

Local do ocorrido: **BR 230, São Bentinho -PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 18.02.2020 – as 09:22 Horas

COMUNICANTE: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA- CPF 763.247.377-72/ RG 20.871.430 //SSP-SP, brasileiro, casado, natural de Pombal-PB, aposentado, nascido em 18/06/1953, filho de João Inacio de Almeida e de Severina Nestor de Almeida, residente no Sítio São Joaquim, zona Rural de São Bentinho -PB, Tel: 83 9 99540869//

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES / 2008/2008 – COR VERMELHA – PLACA **MOQ 2715/PB** / CHASSI: 9C2KD03308R078486, licenciada em nome de Maria Erivania de Oliveira; Que trafegava na BR 230 em sentido São Bentinho, quando um animal (cachorro) atravessou na frente e ao desviar o animal, o condutor perdeu o controle da motocicleta e veio a cair da mesma; Que do acidente o comunicante teve fratura no braço direito, inclusive ficando com nervo comprometido, sem movimentar um dos dedos da mão direita; Que foi socorrido por terceiros para o Hospital de Pombal-PB, onde foi atendido e liberado no mesmo dia; Que tem conhecimento do fato a pessoa de GENI BALBINO DE SOUSA ALMEIDA, RG 2.582.393, residente no Sítio São Joaquim, zona Rural de São Bentinho -PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 18 de FEVEREIRO de 2020.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE:

Francisco Nestor de Almeida

Testemunha:

Geni Balbino de Sousa Almeida

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacenda
Manoel de Sousa Lacenda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 763.247.377-72 3 - CPF da vítima: 763.247.377-72 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA 6 - CPF: 763.247.377-72
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO SÃO JOAQUIM 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SÃO BENTINHO 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.857-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 32748-6 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY
CPF: 059.842.774-09
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMPAL-PA, 18.02.2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000032748-6

Nr. da Autenticação 5E8B344495D045FB

GENI BALBINO DE SOUSA ALMEIDA
SIT SAO JOAQUIM S/N - AREA RURAL
SAO BENTINHO/PE CEP: 55851000-00 7777



Ligação MONOFÁSICO
Cis/Soc. PUR MTC B3/RURAL - AGRICULTURA RURAL
Rotômetro 121-228-238-1800 Referência Set/2019
Medidor 00008017826 Emissão 19/09/2019

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R: 230, km 25 - Cota Rolante - João Pessoa/PB - CEP: 53071-480
CNPJ: 09.095.193/0001-40 - Ins. Est. 10.015.820-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.438.767
Cod. para Deb. Automático: 00013904149

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	19/09/2019	21/10/2019	873.090.174-04 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1390414-9

Canal de contato

Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 20/08/19	Leitura 13098	Data 19/09/19	Leitura 13211	1
				113
				30

Demonstrativo							
Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Car. Reg. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Pa. (R\$)	Cobrança (R\$)
Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	CMS				
0601 Consumo em kWh	113,000	0,435380	49,19	0,00	0,00	49,19	0,48
0601 Adic. B. Variação			4,78	0,00	0,00	4,78	0,05
0610 Subside			18,79	0,00	0,00	18,79	0,17
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			3,00	0,00	0,00	3,00	0,00
0604 JUROS DE MORA 08/2019			0,05	0,00	0,00	0,05	0,00
0605 MULTA 08/2019			1,09	0,00	0,00	1,09	0,00
0606 Devolução Subsidio			-15,88	0,00	0,00	-15,88	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 59,04 0,00 0,00 70,76 0,70 0,23
Tributos Totais 0,411170

Média últimos meses (kWh) 159 **VENCIMENTO 26/09/2019** **TOTAL A PAGAR R\$ 59,04**

Histórico de Consumo (kWh)											
179	250	211	141	251	195	131	112	136	114	132	121
Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO
4bc9 319c 944b c029 4cee 37c3 fe15 cd03

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC TRIMESTRAL	22,61		Serviços de Dist. de Energia	18,65	31,61
DIC ANUAL	45,22		Consumo de Energia	20,74	45,29
FIC TRIMESTRAL	3,81	0,00	Serviços de Transmissão	2,77	4,69
FIC ANUAL	15,34		Encargos Setoriais	2,60	4,74
DMC	30,88	0,00	Impostos e Direitos e Encargos	8,07	13,67
DICR	6,19		Outros Serviços	0,00	0,00
	18,60		Total	59,04	100,00

Valor de CUSD (Ref 7/2019) R\$ 17,30

ATENÇÃO

Subvenção DERB-PB 89143-R\$ 10,00
Reajuste Tarifário - Vigência 26/08/19-Res ANEEL nº 2.596 - Alta Tensão - 4,40% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 26/08/19-Res ANEEL nº 2.596 - Baixa Tensão - 4,23% Médio
- Letura confirmada
Isento ICMS

Faturas em atraso



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

MATRÍCULA
07068223.2

CLIENTE
JAQUES RAMOS WANDERLEY

CPF/CNPJ:
032.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
23/01/2020

INSCRIÇÃO
112.004.115.0005.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA BEL. FCO. DA SILVA AIMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-

FATURA
01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

12/2019 -	7	11/2019 -	8
10/2019 -	8	09/2019 -	11
08/2019 -	7	07/2019 -	6

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	7	R 5307

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	CONSUMO/DIA (M³)
219	226	7	30
10/12/2019	09/01/2020	NºHm: Y17F649254	0,24

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
COMERCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

7,63

67,65

Valor aproximado das tribuições PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 10,18

TOTAL

R\$

67,65

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N.º 7.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N.º 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA
07068223.2

INSCRIÇÃO
112.004.115.0005.000

FATURA
01/2020

NÃO RECEBER APÓS
31/01/2021

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

DEBITO AUTOMATICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDENLEY

inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA inscrito (a) no CPF sob o Nº 763.247.377-72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 763.247.377-72 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA DEL FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARANÁ</u>
E-mail: <u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 981488766</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 18.02.2020

Jacques Ramos Wandenley

Assinatura do Declarante

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais)
	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2019)	
NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 25/04/2019 às 15:55:26
2505058096

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Francisco Nester de Almeida
COR: Negro DATA DE NASCIMENTO: 18/06/1953 IDADE: 66 SEXO: M
NOME DA MÃE: Suzanna Nester de Almeida PROFISSÃO: Agricultor
CARTÃO DO SUS: 705 0048 3475 4758 RG/CNH: 20.871.430
MUNICÍPIO: S. Bento ENDEREÇO: Sítio S. Joaquim
ESTADO: PB CEP: 58.82006 CODIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 18/09/2019

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: 229 cm

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

Prontidão com 2m em 1m50 (1) 1m50 1m50
Corde com 50 100.
Com 1m50 1m50 1m50 1m50
Quanto 1m50 1m50 1m50 1m50

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Rx 1m50
RESULTADOS: Rx 1m50

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° _____
- 2° 1m50 1m50
- 3° _____
- 4° 1m50 1m50
- 5° _____
- 6° 1m50 1m50
- 7° _____
- 8° _____
- 9° _____
- 10° _____
- 11° _____
- 12° _____
- 13° _____
- 14° _____
- 15° _____
- 16° _____
- 17° _____
- 18° _____
- 19° _____
- 20° _____

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9800

Flávio Jordano de A. C. C. C.
Enfermeiro
COREN: 500077

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Paciente admitido no Hospital Regional de Pombal, apresentando quadro clínico de...

Flávio Jordano Pereira Candido

Enfermeiro
COREN 500077

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- ☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- ☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- ☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- ☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- ☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- ☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- ☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- ☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
- ☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
030100072	22	32	70	66

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Yosi Duarte de Sousa Neto

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Fco Nelson de Jesus

USO ORAL

1. Novalgina 1g — 1x4
tomar 01 cpw 6/6h

2. Urimina C 500g — 1x1cp
tomar 01 cpw 1x1d

Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-RN 9836

18/09/19
DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE

CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Paciente: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Mae: SEVERINA NESTOR DE ALMEIDA

Nascimento: 18/06/1953 Idade: 66 Cor: BRANCA Sexo: M

Profissao: APOSENTADO(A)

Endereco: SITIO SAO JOAQUIM

Bairro: ZONA RURAL Num.: S/N Fone: (83)9909-0745

Cidade: SAO BENTINHO PB - 58857-000 - 2513927

CNS: 705-0048-3475-4753 Reg. Nasc.: Recepcionista: BARBARA

CPF: 03/10/2019 07:39:11 N Ficha: 94984 N Prontuario: 11500

Data / Hora: 03/10/2019 07:39:11 N Ficha: 94984 N Prontuario: 11500

Atendimento: RETORNO ORTOPEdia

SPO: FC: HGT: GESTANTE: SIM () NAO () SEMANAS

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Exame físico

Exame físico

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados

RESULTADOS

Exames realizados

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Colho 8/10/2019

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

Diagnóstico

CID-10

Medicação

1. PRESCRITA

2. APLICADA

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	030	101	007	2
2.	2	2	82	70
3.	2	2	82	70

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbos

Dr. Tulio Alberto
Carimbo

TULIO ALBERTO DE O. SOUZA - 9251 - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que FRANCISCO NEDOR
DE ALMEIDA
portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 5620
Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 90
(NOVENTO) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 03 de 10 de 20 19

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9251

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr. _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 20.871.430 DATA DE EMISSÃO 17/ABR/86

NOME FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

RESIDÊNCIA João Inácio de Almeida

Severina Nestor da Almeida

DATA DE NASCIMENTO 18/JUN/1953

Pombal-PB

CC.LV9811/F15.6/Nº4.205

763247377/72 PIS 106126605-64

Desenho de Fúria

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 114-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

et

Assinatura do Titular

Francisco Nestor de Almeida

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

CIC

NASCIMENTO 18.06.53

INSCRIÇÃO NO CPF 763 247 377 72

CONTRIBUINTE

FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DO TRÁFICO

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

OCTAVIANO HELO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-239



Assinatura: Jaques Ramos Wanderley

ASSINATURA REGISTRADA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DCC ORIGEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.8-28
CARTÓRIO-POMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.110 DE 2006/03

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 01288784

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 2.889/64)



ASSINATURA DO PORTADOR

08/05/1980

032.878.134-08

13/10/2008

01288784

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

11054

11054

AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVANIA RAMOS WANDERLEY

POMBAL-PB

08/05/1980

032.878.134-08

13/10/2008

JOSE EDUARDO PEREIRA JUNIOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 010980187696

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0099058241-8 00/00000000 2013

NOME

MARIA ERIVANIA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ 07610433497

PLACA MOQ2715/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB

CHASSI 932KPD03308R078486

ESPECIE/TIPO

COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP/POT/CIL 2 P/149 /C1

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 1

VENC. COTA ÚNICA 02/08/2013

VENC. COTAS 1º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 02/08/2013

PREMIO TOTAL (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 02/08/2013

A.F. ADM DE CONC. FACION HONDA LTDA

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

SÃO BENTO-PB, 02/08/2013

39284



Assinatura do Detran

DATA 02/08/2013 14796

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 010980187696 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 07610433497

EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 02/08/2013

RENAVAM 00990582418

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2008

DATA DE EMISSÃO 9

Nº CHASSI 9C2KPD03308R078486

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO TOTAL (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 02/08/2013

PREMIO TOTAL (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 02/08/2013

PREMIO TOTAL (R\$) 0

PREMIO TOTAL (R\$) 0

DATA DE PAGAMENTO 02/08/2013

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

14796-1719479-20130802

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIROS NACIONAIS DE IDENTIFICACAO

PB

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1665623017

AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFICACAO / DATA EMISSAO DO
2870446 SSP PB

CPF 064.978.664-50 DATA NASCIMENTO 06/01/1985

RENÇÃO
AMINTAS DANTAS
WANDERLEY
RILVANIA RAMOS
WANDERLEY

RENÇÃO
MTC
CALHA
AP

Nº REGISTRO 04065760079 VALIDADE 26/12/2021 1ª emissão 29/03/2007

EMISSÃO

Antes desta validade zero
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL POMBAL, PB DATA EMISSAO 07/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

23146464749
PB036866040

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665623017

PARAÍBA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-870
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO

POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07182566.5

MATRÍCULA

07182566.5

CLIENTE

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

CPF/CNPJ:

064.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO

22/01/2020

INSCRIÇÃO

112.002.155.0307.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA SANCHA QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-

FATURA

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

ÚLTIMOS CONSUMOS	11/2019 -	12/2019 -
11/2019 -	2	2
10/2019 -	2	1
08/2019 -	2	3

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	3	R 5302

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
67	70	3	30	0,10
09/12/2019	08/01/2020	N°Hm: Y15N469919		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL

R\$

37,91

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRÍCULA

07182566.5

INSCRIÇÃO

112.002.155.0307.000

FATURA

01/2020

NÃO RECEBER APOS

31/01/2021

VENCIMENTO

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

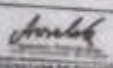
82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
INSTITUTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO



NOME
MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

DOC IDENTIFICACAO / DATA EMISSAO DO
2141039 SUP PB

END
059.842.774-09 DATA NASCIMENTO
12/06/1980

PRONOME
IRATIAS QUEIROGA
SOBRINHO
JULIANA PEREIRA NUNES
QUEIROGA

PROFISSAO
NOC
CATEGORIA

DT INSCRICAO
04/01/2022

DT EXPIRACAO
13/10/2024

DT EMISSAO
20/09/2007

Assinatura do Portador

LOCAL
PCRSAL, PB

DATA EMISSAO
01/12/2017

54986668483
PBO35541199

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1548960537

PROIBIDO PLASTIFICAR

1548960537



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERÊNCIA
JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS
POMBAL, PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
3085013364	12/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
2505 2518 13 30 08/02/2020						
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
DEZ/2019 14 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES						
NOV/2019 13 TURBIDEZ 0 0 0						
OUT/2019 16 CLORO 0 0 0						
SET/2019 11 CÔL. TERMOT 0 0 0						
AGO/2019 10 COR 0 0 0						
JUL/2019 15 CÔL. TOTAIS 0 0 0						
MÉDIA(M) 13 DADOS REFERENTES A: NOV/2019						

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 12.741/17

VENCIMENTO: 23/01/2020 Total a Pagar: R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃ
O HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECL
RAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSAIS DOS
DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAAMENTOS PENDENT
ES NAS FATURAS DE 2019.



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DÉBITO AUTOMÁTICO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082401 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082401 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:	FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA , BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR, COM RG: 20.871.430 SSP/SP E CPF: 763.247.377-72, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO SÃO JOAQUIM, S/N, ZONA RURAL, CEP: 58.857-000, SÃO BENTINHO – PB. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)
OUTORGADO:	Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA**, COM RG: 20.871.430 SSP/SP E CPF: 763.247.377-72 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 18 / 09 / 2019.

 **POMBAL - PB, 17 / 02 / 2020.**



Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTORIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA. Em test. _____ da Verdade. Dou fe.
POMBAL-PB, 18/02/2020.



ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AJV23182-FPRX
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. RS: 12,27 FARPEN RS: 0,30 FEPJ RS: 0,00



Cel. João Queiroga
1º Ofício de Notas e Registros e Inventários
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066505/20

Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

CPF: 763.247.377-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 18/09/2019

Titular do CPF: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA : 763.247.377-72

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: 18/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL