



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTAÇÃO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70520860

REFERENCIA
FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IZA MONIA DINIZ N SILVA
RUA GENARIO S. GOMES, 464 - LOT. VIEIROPOLIS SAO
BENTO PB 58865- 000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
115.006.395.085.000	000	1	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y12N238506	06/12/2012	EXT. LAGR. LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA							
1589	1621	32	30				20/03/2018
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.							
JAN/2018	43	6	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2017	48	0	TURBIDEZ	37	37	37	
NOV/2017	44	0	CLORO	37	37	37	
OUT/2017	18	0	COL. TERMOT	0	0	0	
SET/2017	21	0	COR	10	24	24	
AGO/2017	30	0	COL. TOTAIS	37	37	37	
MÉDIA(M)	34		DADOS REFERENTES A: DEZ/2017				

DATA DA IMPRESSÃO: 21/02/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 12:13:25	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - R\$ 36,84 POR UNIDADE	10 M3	36,84	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,75 POR M3	10 M3	47,50	
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,27 POR M3	10 M3	62,70	
31 M3 A 9999999 M3 - R\$ 8,51 POR M3	2 M3	17,02	
ESGOTO			
ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANT. 12/2017		6,00	
JUROS DE MORA 12/2017		0,50	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,18 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	05/03/2018	Total a Pagar:	R\$ 170,56
-------------	-------------------	-----------------------	-------------------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 IZA MÔNICA DINIZ NOBREGA DA SILVA inscrito (a) no CPF 062.385.924-70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisca Montúvio Clementino inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.111.094-55, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Francisca Montúvio Clementino, inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.111.094-55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço	<u>RUA GENARIO S. GOMES</u>		Número	<u>464</u>	Complemento
Bairro	<u>LOT. VIEIRÓPOLIS</u>	Cidade	Estado	<u>PB</u>	CEP <u>58865-000</u>
Email		Telefone comercial DDD)	Telefone celular (DDD)		<u>83-99802.1881</u>

SÃO BENTO, 01 de MARCO
Local e Data

COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
de 06/08

22 MAR. 2018

PROTOCOLO

Iza Mônica Diniz Nobrega da Silva
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisca Montoro Clementino

CPF da Vítima

070.111.094-55

Data do Acidente

13/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SÃO BENTO, 01 de MARÇO de 2018

Local e Data

X Francisco de Souza Clementino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisca Montoro Clementino

CPF da Vítima

070.111.094-55

Data do Acidente

13/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SÃO BENTO, 01 de MARÇO de 2018

Local e Data

X Francisco 40 - moulins Bento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180136994
Nome do(a) Examinado(a): Francisca Monteiro Clementino
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ana Paulino da Silva, 602
Lot Portal São Bento PB CEP: 58865-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSPDS / PE] 003046487
Data local do acidente: [13/08/2017]
Data local do exame: [11/04/2018] Patos [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/08/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/08/2017 ONDE FOI REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA EM L 4.5 MM MAIS PARAFUSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 2 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA DOR E CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, ALEM DE EDEMA EM TORNOZÉLO E PÉ ESQUERDO (1+/4+).

Data da Alta: 26/08/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+), DOR E CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, EDEMA EM TORNOZÉLO E PÉ ESQUERDO (1+/4+).

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 45°

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°

DEFÍCIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II

AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+).

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Tiago Martins Formiga
Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1193/2017

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **13/08/17** hora: **XXXXX**

Notificante: **FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO**, alcunha "**FRANCISCA**", Nacionalidade: brasileira, solteira, agricultora, naturalidade: Catolé do Rocha/PB, nascido em 28/11/1969, documento: RG nº 003.046.487 SSPDS/RN, CPF nº 070.111.094-55, filho(a) de Manoel Clementino Neto e de Maria das Graças Monteiro, endereço: Rua Ana Apulina da Silva, nº 948, Loteamento Portal, São Bento/PB, referência: por trás do cemiterio Campo da Paz, telefone para contato 83-99826 8066.

Sob a responsabilidade do(a) Bel^(a): Homero Perazzo Filho

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , idade: ***, nascido em / / , cor/raça: *****, Estado Civil: *****,
Profissão: , Escolaridade: ***** , documento:
filiação: e de , endereço: Rua , referência:
· Tel/Cel: () ;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA A MESMO ESTAVA GUIANDO UMA MOTOCICLETA MODELO HONDA CG 160 FAN ESDI, PLACA OGF 6753/PBFAB/MOD 2016/2016, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KC2200GR040539, RENAVAM 0108158895-8, REGISTRADA EM NOME DE FRANCINEIDE DOS SANTOS SILVESTRE, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA CASA DE FESTA FORROZÃO SÃO BENTO/PB A MOTOCICLETA DO NOTICIANTE FOI ATINGIDA POR OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA O HOSPITAL DE SÃO BENTO/PB; QUE O NOTICIANTE INDICA COMO TESTEMUNHAS DO ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME FLAVIA MONTEIRO CLEMENTINO E AURORA MARIA DA CONCEIÇÃO NETA. Nada mais a consignar.

São Bento, 30 de Novembro de 2017. Às 16:00 horas.

Francisca Monteiro Clementino

Notificante

Testemunha Arrogada

POLEGAS DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 168.620-8

COMPREV SECURIS E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

070.111.094-55

Nome completo da vítima

Francisca Montuio Clementino

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francisca Montuio Clementino	CPF titular da conta	070.111.094-55	Profissão	Recursor
Endereço	RUA ANA PAULINO DA SILVA	Número	602	Complemento	
Bairro	LOT. PORTAL	Cidade	SAO BENTO	Estado	PB
Email					
CEP	58865-000				
Telefone (DDD)					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

5 MAR 2018

 PROTOCOLO
 AGÊNCIA PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

DP 013

AGÊNCIA NRO.

D/V

4917

(Informar dígito se existir)

CONTA NRO.

9933

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA NRO.

D/V

CONTA NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

 SÃO BENTO-01 de MARÇO de 2018
 Local e Data

Francisca Montuio Clementino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492

Assinatura autorizada. Inválido sem assinatura. Authorized signature. Not valid unless signed.

Este cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)
0800 726 0505 (Demais regiões)

Ouvidoria: 0800 725 7474

Maestro

CIRRUS

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

caixa.gov.br

TokenCard-Serial 59860071151 ICA 142



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta n°: 12708996

A/C: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Nº Sinistro: 3180136994
Vitima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO
Data do Acidente: 13/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004917

Conta: 000009933-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Sinistro: 3180136994

Vítima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Data do Acidente: 13/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180136994** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO
Nº Sinistro: 3180136994
Vitima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO
Data do Acidente: 13/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180136994**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 17/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04917

CONTA: 00000009933-1

Nr. da Autenticação 873620CDBC11A4C3

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRA
PROFISSAO: AGRICULTORA **Nº DO RG:** 003.096.497
ORGÃO EMISSOR: SESPDS IRN **DATA DE EMISSÃO:** 24/04/2008
Nº CPF: 070.111.094-55 **ENDEREÇO:** RUA ANA PAULINO
DA SILVA Nº 602 - LOT PORTAL - SÃO BENTO/PB

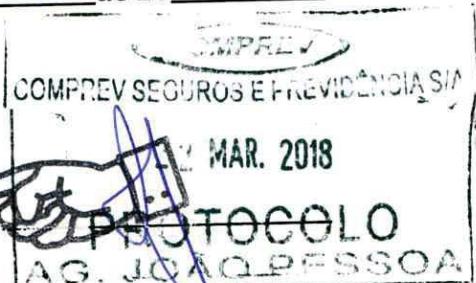
OUTORGADO:
NACIONALIDADE: BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** CASADA
PROFISSAO: ADVOGADA **Nº DO RG:** 15689
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 13/10/2010
Nº CPF: 062.385.924-70 **ENDEREÇO:** RUA GENARIO S.
GOMES 464 - LOT VIEIRÓPOLIS - SÃO BENTO/PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

São Bento/PB 02 de Fevereiro de 20 18.

XFrancisca monteiro clementino
Assinatura



OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Único Registro Imóveis e Notas
Milton Lúcio da Silva Santos
Tabelião Público de Notas Títulos e Documentos
Oficial de protestos e Letras
Registro de Imóveis e pessoas Jurídicas
São Bento/PB Fone: 83-3444 2533

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136994 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO **Data do acidente:** 13/08/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+), DOR E CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, EDEMA EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO (1+/4+).

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/08/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/08/2017 ONDE FOI REALIZADA FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA EM L 4,5 MM MAIS PARAFUSOS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS UM PERÍODO DE 2 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO ESQUERDO
COMPLICAÇÕES: PACIENTE APRESENTA DOR E CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, ALEM DE EDEMA EM TORNOZELO E PÉ ESQUERDO (1+/4+).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Galdino Leonardo".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136994 **Cidade:** São Bento **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA MONTEIRO **Data do acidente:** 13/08/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
CLEMENTINO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tibia esquerda.

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhando à Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

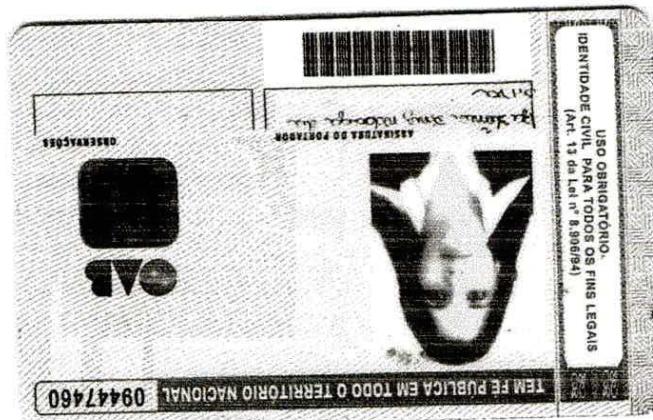
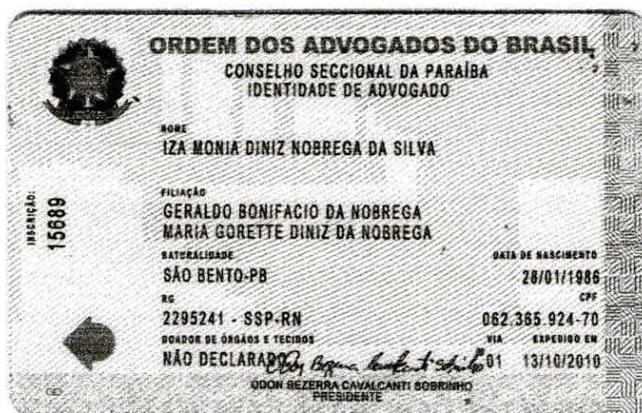
Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



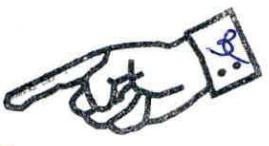


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCINEIDE DOS SANTOS SILVESTRE,
RG nº 9112985, data de expedição 27/07/1994,
Órgão SSPI PB, portador do CPF nº 060.148.594-70,
com Domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. ANA PAULINA DASIL-
VA. nº 51Nº, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO, cujo o condutor
era FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO.

Veículo.....: HONDA CG 160 FAN ESDI
Ano.....: 2016
Modelo.....: 2016
Placa.....: OGF 6753/PB
Chassi.....: 9C2KC2200GR040539
Data do acidente.: 13/08/2017

Local e data: SÃO BENTO/PB - 02/02/2018


X Francineide dos Santos Silvestre

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Francisco monteiro clementino

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 MAR. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ JOSÉ PESSOA

MILTON LÚCIO DA SILVA

SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL
Titular: MARTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lúcio da Silva, N° 224 - Centro - CEP: 58.865-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 - 3444-1312

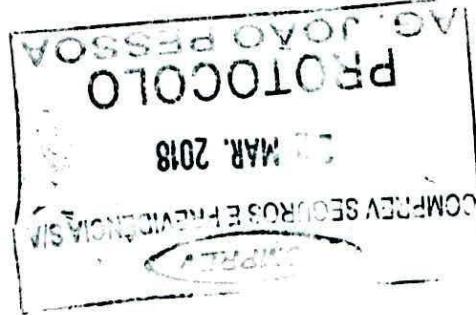
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:
FRANCINEIDE DOS SANTOS SILVESTRE . CONFERIDO
(S), DOU FÉ, São Bento-Paraíba,
02/02/2018. *Saionara Cavalcante*

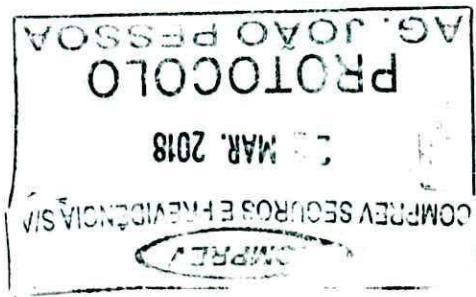
SAIONARA CAVALCANTE
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AGD47507-WVY
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 9,10 FARPEN R\$: 0,28 FEPJ R\$: 2,27

Saionara Cavalcante
Escrevente
Cartório Milton Lúcio



São Bento Cartório Único Registro Imóvel, e Nota
Milton Lúcio da Silva Santos
Tabelião Pátrio de Notas Títulos e Documentos
Oficial de protestos e Letras
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
São Bento-PB Fone: 83-3444 2533





FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO
RUA ANA PAULINA DA SILVA, 802 - LOTTOPORTAL
SAO BENTO / PB CEP: 58885000 (AG. 237)

Emissão 21/12/2017 Referência Dez/2017
Classe/Subcls RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 13 - 237 - 145 - 3420 N° medidor 00008889885

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25- Cristo Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 39.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°001 008.241
Cód. para Déb. Automático: 00011403730

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 / 2017	21/12/2017	22/01/2018	7011109455 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/1140373-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empine pipas perto dos fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem pregadas na rede. É nada de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura	Data Leitura			
23/11/17 649	21/12/17 772	1	123	28

CCI	Descrição	Demonstrativo							
		Quantidade	Tarifa C/	Valor Base Calc	Aliq	Icms(R\$)	Base Caic	Pis(R\$)	Cofins(R\$)
0801	Consumo até 30kVWh-BR	30.000	0,247580	7.42	7,42 2*	2,00	7,42	0,06	0,27
0801	Consumo - 31 a 100kVWh-BR	70.000	0,424410	29,70	29,70 2*	8,03	29,70	0,24	1,11
0801	Consumo - 101 a 220kVWh-BR	23.000	0,638800	14,84	14,84 2*	3,85	14,84	0,11	0,54
0801	Adic. B Vermelha			3,72	3,72 2*	1,00	3,72	0,03	0,14
0810	Subsídio			39,84	39,84 2*	10,70	39,84	0,32	1,48

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB ILUM PÚBLICA	14,96	0,00	II	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017	1,41	0,00	II	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017	1,84	0,00	II	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017	0,67	0,00	II	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio	-27,14	0,00	II	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	88,86	95,12	25,69	95,12	0,78	3,54
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)
135

VENCIMENTO
26/01/2018
TOTAL A PAGAR
R\$ 86,86

173	185	187	154	190	84	120	97	11	112	140	108
Nov/17	Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	May/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AO RISCO

4fd4 df64.90a6.5d86.f0c1.2a81.64b1.04eb.

Indicadores de Qualidade 10/2017 - São Bento

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,91	0,00	
DIC TRIMESTRAL	11,82		NOMINAL
DIC ANUAL	23,64		220
FIC MENSAL	3,42	0,00	
FIC TRIMESTRAL	6,85	0,00	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,70	0,00	LIMITE INFERIOR
DIMC	3,48	0,00	LIMITE SUPERIOR
DICRI	12,22		231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist da Energisa/PB	13,71	15,79
Compr.a de Energia	18,98	21,18
Serviço de Transmissão	2,11	2,43
Encargos Sistóricos	3,80	4,37
Impostos O retos e Encargos	48,88	55,25
Outros Serv. gos	0,00	0,00
Total	86,86	100,00

Valor do EUF D (Ref. 10/2017) R\$28,27

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/01/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já te haja efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$27,14

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 MAR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

energisa
PARAIBA
Roteiro: 13 - 237 - 145 - 3420
Matrícula: 1140373-2017-12-7

VENCIMENTO
26/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 86,86

83610000000-6 86860054000-9 11403732017-2 12700237019-6

