

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

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200090087

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200090087

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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



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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200090087 **Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO**

Data do Acidente: 06/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000026805-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 128/2020

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

Data do fato: 06.12.2019 – pelas 07:00 horas

Local do ocorrido: BR 230 – próximo a Mercadinho VAZ -Pombal-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 20.02.2020 – as 17:00 Horas

COMUNICANTE: MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO- CPF 054.416.494-61 / RG 3030755/SSP-PB, brasileira, casada, natural de Pombal-PB, agente de saúde, nascida em 02.05.1984, filha de Geraldo Leite do Nascimento e de maria de Fátima Sousa Nascimento, residente na Rua João Lúcio Pereira, 243, Jardim Rogério - Pombal-PB, Tel: 83 9 99250829//

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutora a motocicleta HONDA CBX 250 twister – ANO: 2007/2007 – COR PRETA– PLACA MOB 8627 /PB / CHASSI: 9C2MC35007R050110, licenciada em nome de JOHNATTAN TEODORO FORMIGA; Que conduzia a motocicleta na BR 230 nas proximidades do Mercadinho VAZ, um veículo cruzou a BR e colidiu com a motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve LUXAÇÃO NO OMBRO ESQUERDO, PANCADA NO JOELHO, FERIMENTO NO TORNOZELO; Que a comunicante foi socorrida por terceiros o Hospital de Pombal -PB, onde foi atendida, liberada e retornou mais tarde no mesmo dia para avaliação do ortopedista; Que testemunhou o fato a pessoa de MARIA LUCENI DE SOUSA FERNANDES, CPF 018.417.494-51, residente a Rua Afonso Coelho Mouta, 31, Santo Amaro- Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 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: Maria Da Guia Sousa NascimentoTestemunha: Maria Luceni de Sousa Fernandes

Policial responsável pela lavratura do boletim:

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	054.416.494-61	MANIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO	

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

5 - Nome completo:	MANIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO		6 - CPF:	054.416.494-61
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	243
AGENTE DE SAÚDE	RUA JOÃO LUCIO PENEMA	11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
CENTRO	POMBAL			PARAÍBA
15 - E-mail:	14 - CEP: 58.840-000 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:
--

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
---	--

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim
---	--	---	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
----	--

38 - 1º | Nome: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50
Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: MAYARA MONIQUE ALVES DURVAL WANDERLEY
CPF: 059.812.774-09
Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, POMBAL-PE, 18.02.2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	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: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000026805-2

Nr. da Autenticação C9D6DAA2C2DFEB7F

GERALDO ALVES DE SOUSA
RUA JOAO LUCIO PEREIRA, 243 - CENTRO
POMBAL / PB CEP: 58640000 (AG: 227)

Ligário MC NOFÁSICO
Cetálio RES.MTC.B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roberto 4 - 27 - 15 - 1460 Referência Nov/2019
Média: 00009021400 Emissor: 07/11/2019



ENERGISA - APARATO DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Av 23a, Km.25, Cidade Industrial, Juiz de Fora / MG - CEP 33080-100
CNPJ/MF/06 017.0001-40 - Insc. Est. MG/ME 02140
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 03 779.216
Cód. para DBA Automática: 00000116129

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	07/11/2019	09/12/2019	082.991.374-30
			Inac. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/11612-9

Canal de contato:

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se proteva.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/10/19	Lectura 2790	Data 07/11/19	Lectura 3197	1
Demonstrativo				
CCF - Direção Qualidade Técnica - Vida Socioeconômico - Atividades Socioeconômicas - Fornecedores - Consumidor Total das Tarifas (R\$) KM5 (R\$) Kwh Pu/Consumo (R\$) (R\$) 32% (R\$) 0,067%				
0801 Consumo em kWh	407.000 0.788610	326,04 325,04 2°	6776 325,04	2,73 12,57
0801 Adm. B Amarela	6,59	6,59 2°	1,77 6,59	3,05 0,25
0801 Adm. B Vermelha	5,85	5,85 2°	1,58 5,85	3,05 0,23
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILLUM.PÚBLICA	18,80	0,00 II	0,00 0,00	3,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 08/2019	2,51	0,00 II	0,00 0,00	3,00 0,00
0805 MUL. A 08/2018	6,27	0,00 II	0,00 0,00	3,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Bem TOTAL 363,06 337,48 91.11 337,48 2,83 19,06
Taxa de Utilização 0,545400

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
240 14/11/2019 R\$ 363,06

Histórico de Consumo (kWh)											
3	6	1	28	375	412	1.394	384	1.153	268	352	341
Nov/19	Dez/18	Jane/19	Fever/19	Março/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO
* 7a28 2e91 b405 68c2 fe11 37a4 ca5e 39d2

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminadas	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,91	0,00	Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	94,12	23,18
DIC TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL	Compra de Energia	131,24	33,38
DIC ANUAL	22,64		Serviço de telecomunicação	12,52	3,45
FIC MENSAL	3,26	0,00	Encargos Sistêmicos	12,61	3,47
FIC TRIMESTRAL	8,72	CONTRATADA	Impostos, Encargos e Encargos Sistêmicos	132,57	36,51
FIC ANUAL	13,45	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	1,00	0,00
DMC	3,46	0,00	Total	363,06	100,00
DICRI	12,22	LIMITE SUPERIOR			

Valor do FUD (Ref. II/2019) R\$ 108,74

ATENÇÃO
PERÍODO DE VENCIMENTO: 14/11/2019 (14/11/2019) autorizadas, permanece a 0,00 em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 20/11/2019. Conforme Resolução nº 14 da ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possibilidade de desligamento, sempre que o fornecedor acredite que o débito não seja remunerado ou se certas pagas não estiverem sendo consumidas para a compensação. Caso haja duvidas ou o pagamento não seja efetuado, entre em contato com a concessionária. Fatura sujeita a inclusão em dívida de crédito no crédito no caso de não cumprimento da leitura confirmada.

Estados em atraso
Out/19 - 312,04

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624 912008 08301.023175 1 8073000036306

PAGADOR: GERALDO ALVES DE SOUSA - CPF/CNPJ 082.991.374-20
RUA JOAO LUCIO PEREIRA, 243 - CENTRO - POMBAL / PB CEP: 58640000

Informações: Sua fatura é gerada automaticamente. Altere seu Plano de consumo. Faça sua Fatura



CAGEPA

Nº Documento: 20200170682232

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENP. ESTADUAL N° 140572028
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 07068223.2

VENCIMENTO
 23/01/2020

MATRÍCULA	CLIENTE	ESCRITÓRIO	POMBAL	CPF/CNPJ:	032.XXX.XXX-XX	FATURA
07068223.2	JAQUES RAMOS WANDERLEY					
INSCRIÇÃO	ENDERECO DO IMÓVEL					
112.004.115.0005.000	RUA BEI FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-					01/2020
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA			ÁGUA	ESGOTO	
				LIGADO	POTENCIAL	
ULTIMOS CONSUMOS				LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
12/2019 - 7	11/2019 - 8			ANTERIOR	ATUAL	(M ³) DIAS (M ³)
10/2019 - 8	09/2019 - 11			219	226	7 30 0,24
08/2019 - 7	07/2019 - 6			10/12/2019	09/01/2020	Nº Hora: Y17F649254
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR				
1	7	R 5307				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	T 143	67,65

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2013, R\$ 10,18

TOTAL R\$ 67,65

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
 LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 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/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 JACQUES NAMOS WANDEN (64)

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

MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.416.494 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.416.494-61 / _____, 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 BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>	Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	<u>PETROPOLIS</u>	Cidade:	<u>POMBAL</u>	Estado:	<u>PARAIBA</u>
E-mail:	<u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>			CEP:	<u>58.890-000</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 18.07.2020

Jacques Namos Wanden

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

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	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

CONFIDENCIAL

PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)
NÚMERO DE QUOTAS

3

VALOR DA QUOTA	6.617,37
----------------	----------

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Mauricio Gomes Monteiro

4 - PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RACA / COR

9 - NOME NA MÃE

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

13 - BAIRRO

N:

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

16 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Mauze velho veluto com artrite e edema.
Mauze em paroxismo agudo. VSC.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Mauze crônico

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

HC + BE + EF

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC

23 - CID 10 SEC

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC

lux - queim - humor

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Radios + Ossifex

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARATER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF PROFISSIONAL SOLIC / ASSISTENTE

OP000

CNS / CPF

67328403415

32 - CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dir. Roda
Médico
CRM-PB 7054

31 - DATA SOLIC

06/12/2019

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 - ACIDENTE TRANSITO

37 - CNPJ SEGUROADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

35 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORGÃO EMISSOR - 50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CRF/CNPJ) PROFISSIONAL

CNS / CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

/ /

RONALD BATISTA DOS SANTOS

De: RONALD BATISTA DOS SANTOS
Enviado em: segunda-feira, 20 de abril de 2020 14:00
Para: 'sinistro.dpvat@portoseguro.com.br'; 'Vanessa Arruda'; 'Grazielle Sousa'; 'Grazielle Santos'; 'lucas.vinicius@portoseguro.com.br'
Cc: Anderson Bezerra
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: ITAÚ - PROJETO REMOTO.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

Ronald Santos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

ronald.santos@seguradoralider.com.br

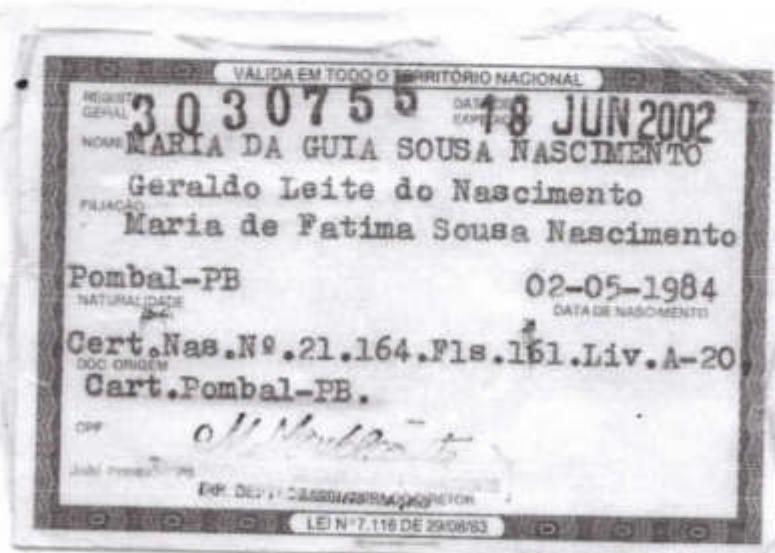
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



www.seguradoralider.com.br

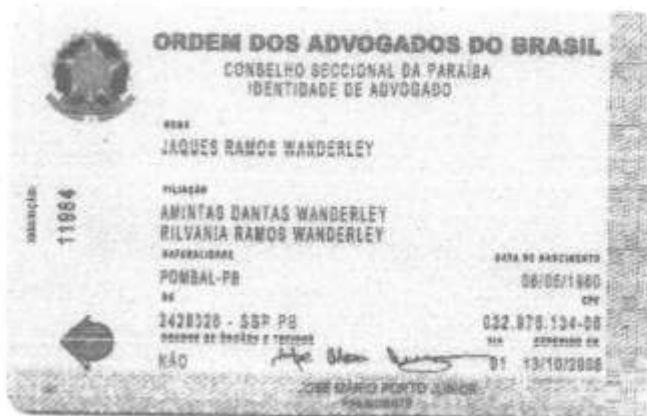
Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

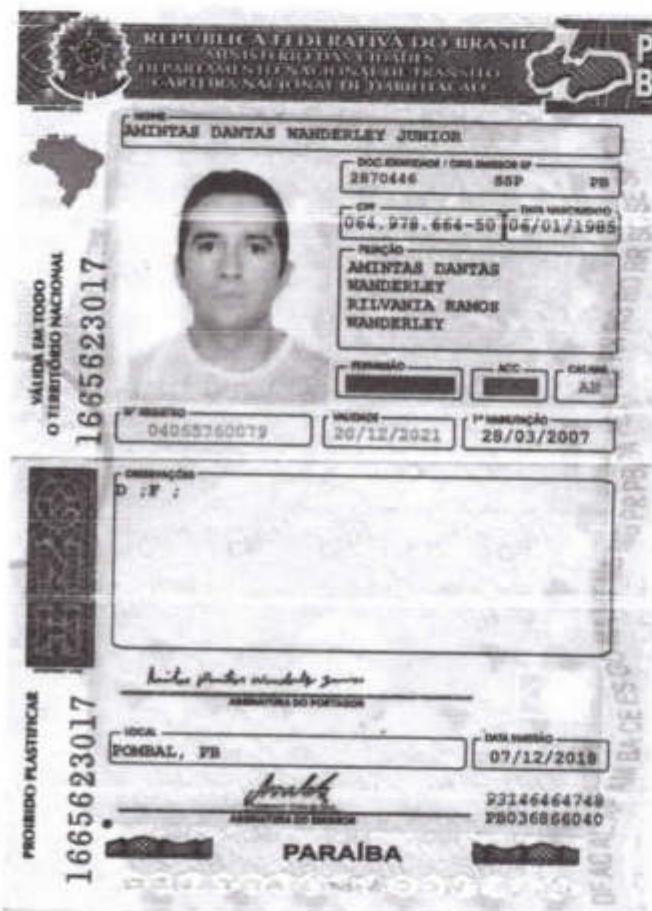
Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2.428.326	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014
NAME	JAQUES RAMOS WUNDERLEY		
PAI/AÇÃO	AMINTAS DANTAS WUNDERLEY RELVÂNTIA RAMOS WUNDERLEY		
NATURALIDADE	POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980	
DOC ORIGEM	CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28 CARTÓRIO - POMBAL-PB		
CPF	032.976.134-08		
Assinatura do Cidadão			
LEIAPE 7.118 DE 2009/03			







CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IEBC ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº 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 SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA**ÁGUA ESGOTO****LIGADO POTENCIAL****ÚLTIMOS CONSUMOS**

12/2019 -	2	11/2019 -	2
10/2019 -	2	09/2019 -	1
08/2019 -	2	07/2019 -	3
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	3	R	5302

LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	CONSUMO (M ³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M ³)
09/12/2019	08/01/2020	NºNm: Y15N469919	30	0,10

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS**CONSUMO POR FAIXA****VALOR R\$**

ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	3 M ³	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 REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
 LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 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 APÓS**
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





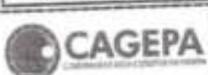
CAGEPA

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

FARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS				JAN/2020
MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS POMBAL, PB 58840-000				
Inscrição		SMI	Quantidade de Economias	Responsável
112.004.355.0170.000		000	Branco 1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
3083013364	12/06/2008	EXT LACRADO LIGADO	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 HS.				
DEZ/2019	14	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.
NOV/2019	13	TURBIDEZ	0	0
OUT/2019	16	CLORO	0	0
SET/2019	11	COL.TERROT	0	0
AGO/2019	10	COR	0	0
JUL/2019	15	COL.TOTAIS	0	0
MEDIA(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(S)				
ATE 10 m³ - R\$ 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, IFT 1º 241/17				
VENCIMENTO:	23/01/2020	Total a Pagar:	R\$ 52,58	

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL
	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:	
EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.807/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSais DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.	



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

DEBITO AUTOMATICO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200090087 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO+OSTEOSSÍNTSE) (P1,2)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: PMR

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200090087 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E NASCIMENTO RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO+OSTEOSSÍNTSE) (P1,2)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: PMR

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTORA, COM RG: 3030755 SSP/PB E CPF: 054.416.494-61, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA JOAO LUCIO PEREIRA, 243, CENTRO, CEP: 58.840-000, POMBAL – 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 MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO, COM RG: 3030755 SSP/PB E CPF: 054.416.494-61 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 06 / 12 / 2019.

POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.

Maria Da Guia Souza Nascentre

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma da MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO. Em test. Genival Severo de Queiroga da verdade. Dou fé.
POMBAL-PB, 21/02/2020.



GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de Legalização Tipo Normal B-A7W51950-DA05
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,88 FARFEN: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 0,00

Genival Severo de Queiroga
Escrevente
CPF: 026.972.974-72

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO : 054.416.494-61

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: 27/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Número do Sinistro: 3200090087

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA
NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 20/04/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

JAQUES RAMOS WANDERLEY

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: RONALD BATISTA DOS SANTOS
CPF: 112.663.647-90

RONALD BATISTA DOS SANTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO : 054.416.494-61

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: 27/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL