
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

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 médico-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



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, 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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

054.416.494-61 MARIA DA GUIA 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: MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO 6 - CPF: 054.416.494-61
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: RUA JOÃO LUCIO PEREIRA 9 - Número: 243 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000
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)
AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 26805-2 (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 (vai nascer)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: AMÍLIAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Amílias Dantas Wanderley Junior
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MAYARA MONTEIRO DE OLIVEIRA WANDERLEY

CPF: 059.842.774-09

Mayara Monteiro Oliveira Wanderley
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Maria da Guia Sousa Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



5067 2252 4683 5294

0007

VÁLIDO ATÉ
06/24

MARIA DAQUIA S NASCIMENTO
0732 001 00026805-2

elo



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 Nascimento

Testemunha: Maria Luceni de Sousa Fernandes

Policial responsável pela lavratura do boletim:


Manoel de Sousa Lacerda
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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

054.416.494-61 MARIA DA GUIA 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: MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO 6 - CPF: 054.416.494-61
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: RUA JOÃO LUCIO PEREIRA 9 - Número: 243 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000
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\$1.00 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)
AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 26805-2 (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 (vai nascer)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: AMÍLIAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Amílias Dantas Wanderley Junior
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MAYARA MONTEIRO DE OLIVEIRA WANDERLEY

CPF: 059.842.774-09

Mayara Monteiro Oliveira Wanderley
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, POMBAL-PB, 18.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 58940000 (AO 227)



ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 25 - Centro - Jardim - Jatoá - PB - CEP 58071-000
CNPJ nº 09.013.700/01-60 - Ins. Est. ICMS 52340

Ligação: MÔV/FIXO
Código: RES MTC 01 / RESIDENCIAL - FIEVE/RES MTC
Roteiro: 4 - 227 - 15 - 1480 Referência: Novembro 2019
Medidor: 0000021427 Emissão: 07/11/2019

Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica Nº 003 773216
Cód. para Ddt. Automático: 00000118 129

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 | 082.991.374-20 Insc. Est. |

UC (Unidade Consumidora): 5/11612-9

Canal de contato

Sempre é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 09/10/19 | 2790 | 07/11/19 | 3197 | 1 | 407 | 29 |

| Demonstrativo | | | | | | | |
|---------------|-----------------|------------|--------|------------|-----------|---------------|----------|
| Cod | Descrição | Quantidade | Taxa U | Valor Base | Cat. Trib | Base Calc. Fc | Valor Fc |
| | | Total | Total | Total | | Total | Total |
| 0001 | Consumo em kWh | 407,00 | 0,7000 | 284,90 | 2 | 67,76 | 22,04 |
| 0001 | Adic B Amarela | | | 5,59 | 5,59 | 2 | 1,77 |
| 0001 | Adic B Vermelha | | | 5,85 | 5,85 | 2 | 1,54 |

| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | |
|------------------------|---------------------------|--|--|-------|------|---|------|
| 0007 | CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA | | | 16,80 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 0004 | JUROS DE MORA 09/2019 | | | 2,51 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 0005 | MUL. A 09/2019 | | | 8,27 | 0,00 | 0 | 0,00 |



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 Nº 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº 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 |
|------------|------------|
| 218 | 226 |
| 10/12/2019 | 09/01/2020 |

CONSUMO CONSUMO/DIA

| (M³) | DIAS | (M³) |
|------------------|------|------|
| 7 | 30 | 0,24 |
| NºHm: Y17F649254 | | |

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 Nº 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, Nº 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/BIBLIOTECABWEB/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 JAQUES RAMOS WANDENCKY

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAQUIA 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 FLO. DA SILVA ALMEIDA</u> | | Número: | <u>219</u> | Complemento: | <u>ESCANION</u> | |
| Bairro: | <u>PERAPOLIS</u> | Cidade: | <u>POMBAL</u> | Estado: | <u>PARAIBA</u> | CEP: | <u>58.840-000</u> |
| E-mail: | <u>JAQUES.ADV@BOL.COM.BR</u> | | | | | Tel.(DDD): | <u>(83)999746322</u> |

Local e Data: POMBAL-PB, 18.02.2020

Jaques Ramos Wandencky

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



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: MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO

Mae: MARIA DE FATIMA SOUSA NASCIMENTO

Nascimento: 02/05/1984 Idade: 35 Cor: PARDA Sexo: F

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: ALCIDES MACENA

Bairro: JARDIM ROGERIO

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

CNS: 209-3777-3926-0006

CPF: 06/12/2019 13:54:01

Data / Hora: 06/12/2019 13:54:01

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

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

PESO: ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Prontuário Médico Ambulatorial
Verificação por: enfermeiro
Mae: Maria da Guia Sousa Nascimento
Endereço: Rua Cel João Leite
Pombal - PB - 58840-000 - 2512101

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

→ Exames de Urina: Negativo
→ Exames de Sangue: Negativo
→ Exames de Urina: Negativo
→ Exames de Sangue: Negativo

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Exames de Urina: Negativo
Exames de Sangue: Negativo
Exames de Urina: Negativo
Exames de Sangue: Negativo

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

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

| | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 - | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 | 2 |
| 2 - | | | | | | | | |
| 3 - | 2 | 2 | 5 | 2 | 7 | 0 | | 35 |

Ass. dos Profissionais Assistenciais - Carimbos

Médico / Cfm / Cns

DENIS ROCHA FORMIGA - 7054 - 111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Maria do Glor José Gomes

4 - PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RACA / COR

9 - NOME DA MÃE

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

N.º

13 - BAIRRO

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor abdominal, náusea, vômito, febre, diarreia, sangue nas fezes.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença aguda

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

Hct + Hb + Ef

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lux. - Doença - Hematúria

22 - CID 10 PRINC

23 - CID 10 SEC

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Admissão e internação

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

OPRO

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

1 - CNS 2 - CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC / ASSISTENTE

673 28403415

31 - ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Denise Rêgo
Médico
CRM-PS 7054

32 - DATA SOLIC

06/12/2019

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

35 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR 3 - AUTÔNOMO 4 - DESEMPREGADO 5 - APOSENTADO 6 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

1 - CNS 2 - CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

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 independeram 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](#)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.105



Maria da Guia Sousa Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição


054.416.494-61

Nome

MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO

Nascimento

02/05/1984



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3030755 DATA DE EXPIRAÇÃO 18 JUN 2002

NOME MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO

FILIAÇÃO Geraldo Leite do Nascimento

Maria de Fatima Sousa Nascimento

Pombal-PB 02-05-1984

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nas. Nº. 21.164.Fls. 161.Liv. A-20

DOC ORIGEM

Cart. Pombal-PB.

CPF *054.416.494-61*

Assinatura

PP. DEPT. DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DO TRAFEGO

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

OCTAVIANO HELO DE REGISTRAÇÃO

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA JUSTICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PB

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1665623017

AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFICACAO / DATA EMISSAO DO
2870446 SSP PB

CPF DATA VENCIMENTO
064.978.664-50 06/01/1985

RENÇÃO
AMINTAS DANTAS
WANDERLEY
RILVANIA RAMOS
WANDERLEY

RENÇÃO
MTC
CALHA
AP

Nº RENÇÃO 04065760079 VALOR 20/12/2021 1ª emissão 29/03/2007

EMISSÃO
DIF

Antes de ser emitida a guia
ADMINISTRACAO DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO
POMBAL, PB 07/12/2018

23146464749
PB036866040

PROIBIDO PLASTIFICAR

1665623017

PARAIBA

**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

MATRICULA

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

| DATA | CONSUMO | DATA | CONSUMO |
|-----------|---------|-----------|---------|
| 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**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****MATRICULA**

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

PB

NOME

SAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

DOC IDENTIFICACAO / DATA DE EMISSAO

2141039 SEP 10

CPF

059.842.774-09

DATA NASCIMENTO

12/06/1980

PRONOME

FEMININO

RAÇA

BRANCA

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

NR BIOMAT

64191542350

VALIDADE

13/10/2024

PR EXPIRACAO

20/09/2027

Assinatura

Assinatura do Portador

LOCAL

PERSONAL, PB

DATA EMISSAO

01/12/2017

Assinatura do Oficial

54986668483

PB035541199

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 |
| MATRICULA |
| 69173737 |
| REFERENCIA |
| 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 |
| 112.004.355.0170.000 | 000 | Residencial | Comercial | Industrial | Público | |
| | | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| Hidrometro | 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 | PARAMETROS EXIG. | | ANALIS. | CONFORMES | |
| NOV/2019 | 13 | TURBIDEZ | | 0 | 0 | |
| OUT/2019 | 16 | CLORO | | 0 | 0 | |
| SET/2019 | 11 | CÔL. TERMOT | | 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(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 | TIPO DE TARIFA: 1 |
| | CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL | |
| INFORMAÇÕES GERAIS: | | |
| EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃ | | |
| O HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRICULA. ESTA DECL | | |
| RAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSALIS DOS | | |
| DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAAMENTOS PENDENT | | |
| ES NAS FATURAS DE 2019. | | |



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

DÉBITO AUTOMÁTICO

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+OSTEOSSÍNTESE) (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 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+OSTEOSSÍNTESE) (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 |

PROCURAÇÃO 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 Daguiá Sousa Nascimento

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTORIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

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



GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA
Selo Digital de Autenticação Tipo Norma B-A-1051350-DA05
Confira os dados do ato em <https://sistema.digital.tpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 11.80 FARPEN 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 médico-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