

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 220,49

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00040

CONTA: 000000062542-6

Nr. da Autenticação CD39084B4F1186E4

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Nº Sinistro: 3180510445

Vitima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180510445**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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

Carta nº 13542040



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Carta nº: 13599908

A/C: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Nº Sinistro: 3180510445
Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
Data do Acidente: 25/07/2018
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Valor: R\$ 220,49

Banco: 104

Agência: 0000040

Conta: 0000062542-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

981343.534-87

João Paulo dos Santos Filho

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

040

CONTA:

062542

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Ingresso digital da vítima ou beneficiário não é obrigatório

Local e Data:

Carapaz - PB 29/10/2018

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

João Paulo dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Leandro Evelyn Araújo Luna

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº0490/2018 - DPVAT

Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRÂNSITO.**
Data do fato: 25.07.2018, Horário: 07h30min, aproximadamente.
Data de notícia do fato a Depol: 27.07.2018
SOB RESPONSABILIDADE DA DEL. POL. FRANCISCO VIEIRA DOS SANTOS FILHO.

DECLARANTE: FRANCISCA CRISTINA LEANDRO MORAES, natural de Cajazeiras/PB, com 42 anos de idade, nascido(a) em 17.02.1976, em união estável, auxiliar de serviços, CPF: 036.541.874-98, filho de José André de Moraes e de Juracy Leandro de Moraes, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone: .

VÍTIMA: JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, natural de Cajazeiras/PB, com 44 anos de idade, nascido(a) em 12.06.1974, em união estável, operador têxtil, CPF: 981.343.534-87, filho de João Paulo dos Santos e de Maria de Lourdes Eduardo, residente à Rua Ten. Barboza, 548, Mutirão, Cajazeiras/PB, telefone:

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE:** QUE no dia e horário a cima descritos a vítima, JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO, guiava o veículo YAMAHA/YBR FACTOR E, ano/modelo 2014/2015, preta, placa: QFQ-1280/PB, CHASSI: 9C6KE1930F0012755, matriculado em nome de PAULA FRANCINETE DOS SANTOS; QUE trafegavam no Centro de Cajazeiras/PB, quando passava nos fundos da FAFIC se deparou com uma carroça do tipo charrete, vindo a colidir na mesma, caindo ao chão; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU e levada para o Hospital Regional de Cajazeiras, onde recebeu atendimento, sofrendo fratura na clavícula e diversas escoriações, além de amputação um dedo da mão esquerda; QUE consequências físicas do acidente constam nas fichas de atendimento médico-hospitalares anexas; QUE em virtude deste fato a declarante, companheira da vítima, veio a esta delegacia registrar ocorrência e pedir certidão para fins de seguro DPVAT.

Cajazeiras-PB, 27 de julho de 2018.

Francisca Cristina Leandro de Moraes
☐ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Joabson Lins dos Santos
Mat. 181.946-1

Joabson Lins dos Santos
Agente Polícia Civil
Mat.: 181.946-1

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

SAMU
192

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

PREFEITURA DE
CAJAZEIRAS
O FUTURO SE FAZ AGORA

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 25-07-18	HORA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO João Paulo dos Santos	USA	/ USB	01
LOCAL DA OCORRÊNCIA Porto de São			Bairro	IDADE 44	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	
APOIO NO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE / PRE <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO			MÉDICO REGULADOR Kotelo			
QTA. <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO						

TIPO DE AGRAVO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input checked="" type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO HRC RESPONSÁVEL _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE
☐ OUTRO☐ TRANSPARÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL _____

FUNÇÃO _____

30 OUT. 2018

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SRL + TRAMAL

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO ☐ >30irpm ☐ <30irpm/PULSO RADIAL ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
PA 140x90 FC 96 TEMP _____ °C - GLICEMIA 166 mg/dl - E Com a _____ SpO2s/O2 99 SoO2c/O2 _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusion Tissular ☐ Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Percepção Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, verbalizando, vítima de moto + canoa. O mesmo estava de moto de cidade. Repetida dor no ombro esquerdo apresentando postura exposta no dedo da mão esquerda. Feito imobilização com tala médica e curativos.

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL NEUROLÓGICA	
<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA	EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUÍDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VERCICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

INTERVENÇÕES:

30 OUT. 2018

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRAS (CEBEÇA)

RECUSA

NOME: _____ RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Leuciana COREN: 141660 MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Valéria COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: Leuciana MAT: _____



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70701555

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO
RUA TEN BARBOSA, S/N - MULTIRAO CAJAZEIRAS PB
58900-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
108.009.405.0049.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A12N127130	03/07/2013	EXT LACE	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
414	421	7	29	10/08/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
JUN/2018	8	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
MAI/2018	8	0	TURBIDEZ	61 61 60
ABR/2018	7	0	CLORO	61 61 61
MAR/2018	6	0	COL.TERMOT	0 0 0
FEV/2018	7	0	COR	10 61 59
JAN/2018	8	0	COL.TOTAIS	61 61 61
MEDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: MAI/2018	

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:58

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

7 M3

37,91

ESGOTO

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 04/2018 05/2018

1,52

JUROS DE MORA 04/2018 05/2018

0,99

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

26/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 40,42



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NAO TEM JOGO GANHO" DECLARAMOS NAO
EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70701555	JUL/2018	26/07/2018	R\$ 40,42

82670000000 1 40420010108 1 07070155501 6 07201850003 2



30 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laissa Evelyn Araújo Ferreira,

RG nº 2008772140-0, data de expedição 18/03/2014, Órgão SSP-CE,

CPF nº 074.430.873-90, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Rodolfo de Pincon</u>
Número	<u>339</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capazins</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813.12.66 / 99415.58.35</u>
E-mail	<u>verasdpatez@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Capazins-PB 04/10/2018

Assinatura do Declarante: Laissa Evelyn Araújo Ferreira

30 OUT. 2018

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Pagável para sempre paguéis em na conta focalizada de energia elétrica Nº 012.340.593



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.915.623-0

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODORVALHO DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	14/09/2018	99	21/09/2018	R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Roteiro: 08-212-140-4720

83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/09/2018	R\$ 92,65	80691-2018-09-0



30 OUT. 2018

30 OUT. 2018

FA.

A. $\frac{1}{2} \times 10^3$ B. $\frac{1}{2} \times 10^4$
 C. $\frac{1}{2} \times 10^5$ D. $\frac{1}{2} \times 10^6$

COSE & CAUXILIA.

DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#(CODIGO DE TIPO) VL UN RS|VL TR RS|VL ITEM RS
001 2 743 TIPOJA ORTOPEDICA MERCUR

001	2	43	TIPOJA ORTOPEDICA HERCUL	31	30,60
002	159	4	ALUMINIO A	18	18,43
003	34061		PISTOLAM 20MG	12	11,80
004	12438		ATADURA DE CREPON 15CM	4	40,00
005	11216		COMPRESSA DE GASE	2	22,50
006	31359		SORO FISIOL 500ML	4	13,50
007	35766	25	ALUMINIO 10MM X 4,5M	14	13,99
008	28874		OLEO DE GIRASOL 200ML	14	29,20
009	28874		OLEO DE GIRASOL 200ML	29	40,47
010	28617		CLORIDRATO DE CIPROFLOXACINO	40	

QTD. TOTAL DE ITENS

VALOR TOTAL: R\$

FORMA DE PAIDAR

Depth: 19'

Nutrition Bulletin 4.1.5.5

10/10/2018 18:08:12 Via Col. Costa

Consulte pela Chat - Acesso em

<http://www.recepta.pt.gov.br/infoe>

2518 0808 5805 4100 0148 6500 1000 0204 3410

471

COI MIDOR CPF: 981 343 534-87
JC AULO DOS SANTOS FILHO
RUA TEN. N.º 1 OSA SIN SIN MUTIRÃO CAJAZEIRAS



enda 78471

2. Test

1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 26

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Carina Evelyn Araújo Pereira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981.343.534 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima João Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981.343.534 / 87 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 Frei Radovatto de Almeida</u>		Número <u>331</u>	Complemento
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Lapazeiras</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58900-000</u>
Email <u>unadpvtat@hotmaail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)99813.12.66</u>	Telefone celular (DDD) <u>93,</u>

Lapazeiras-PB 29 de outubro de 2018
Local e Data

Carina Evelyn Araújo Pereira
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Paula Francinete dos Santos
 portador do RG: 3.767.545, data de expedição 12 / 06 / 1997
 órgão expedidor SSP / PB, CPF: 031.912.864-16
 com domicílio na cidade de Capoazeiro, no estado de Paraíba
 onde residu na Rua Ten Barbosa
 número 50, complemento Multinas
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, João Paulo dos Santos Filho
 cujo condutor era João Paulo dos Santos Filho
 VEÍCULO: PAS / MOTOCICLE
 ANO: 2014
 MODELO: YAMAHA / YBR 125 FACTOR E 2015
 PLACAS: QFR 1280-PB
 CHASSI: 9CGKE1930F0012755
 DATA DO ACIDENTE: 25 / 07 / 2018

Capoazeiro - PB 09/10/2018
 Local e Data



Paula Francinete dos Santos
 Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

João Paulo dos Santos Filho
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
E ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

CÓDIGO DO CNEC: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0020-23

ENDERECO: TABELÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS

ESTADO: PARÁGRAFO

11E.25

PACIENTE

NOME: João Paulo Santos de Brito ^{PACIENTE} SEXO: M IDADE: 44

PROFISSÃO: Medicador DOCUMENTO: _____

ENDERECO: 1234 DE AVENIDA CHALHODJO

MUNICIPIO: San José ESTADO: San José

CODIGO DO MUNICIPIO: 1 CNS:

DATA DO NASCIMENTO: 12/01/2007 DATA DO ATENDIMENTO: 22/07/08

SSW

PESO:

ALTURA:

TEMP:

ANAMNESE E XAME FISICO (SUMARIO)

[illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

da 3^a gelando todos de mais profundo
é Hypocrite!

RESULIADOS

As we saw in the course, when a

Pauline plus elle t'aimait

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1. 500×10^9 EV
2. 1.8×10^{11} 0.5 proton + 10 EV $10^{11} \times 0.5 = 50$
3. 1.8×10^{11} 0.5 protons $10^{11} \times 0.5 = 50$
4. 1.8×10^{11} 0.5 protons $10^{11} \times 0.5 = 50$

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- [] 01 - ELITIVO
- [] 02 - URGÊNCIA
- [] 03 - ACIDENTE NO LÓCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [] 04 - ACIDENTE NO TRAJE TO PARA O TRABALHO
- [] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICO:
Re Exposita de Coluna de Mm superior + Acilobact
CID-10 _____

CID-10

MEDICACÃO

☐]PRESCRITA

☐]APLICADA

ENCAMINHAMENTO:	
<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL
<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1. — | — | — | — | — |
2. — | — | — | — | — |
3. — | — | — | — | — |

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

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

30 OUT. 2018

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

20180808-507

M 6/12/1974

1

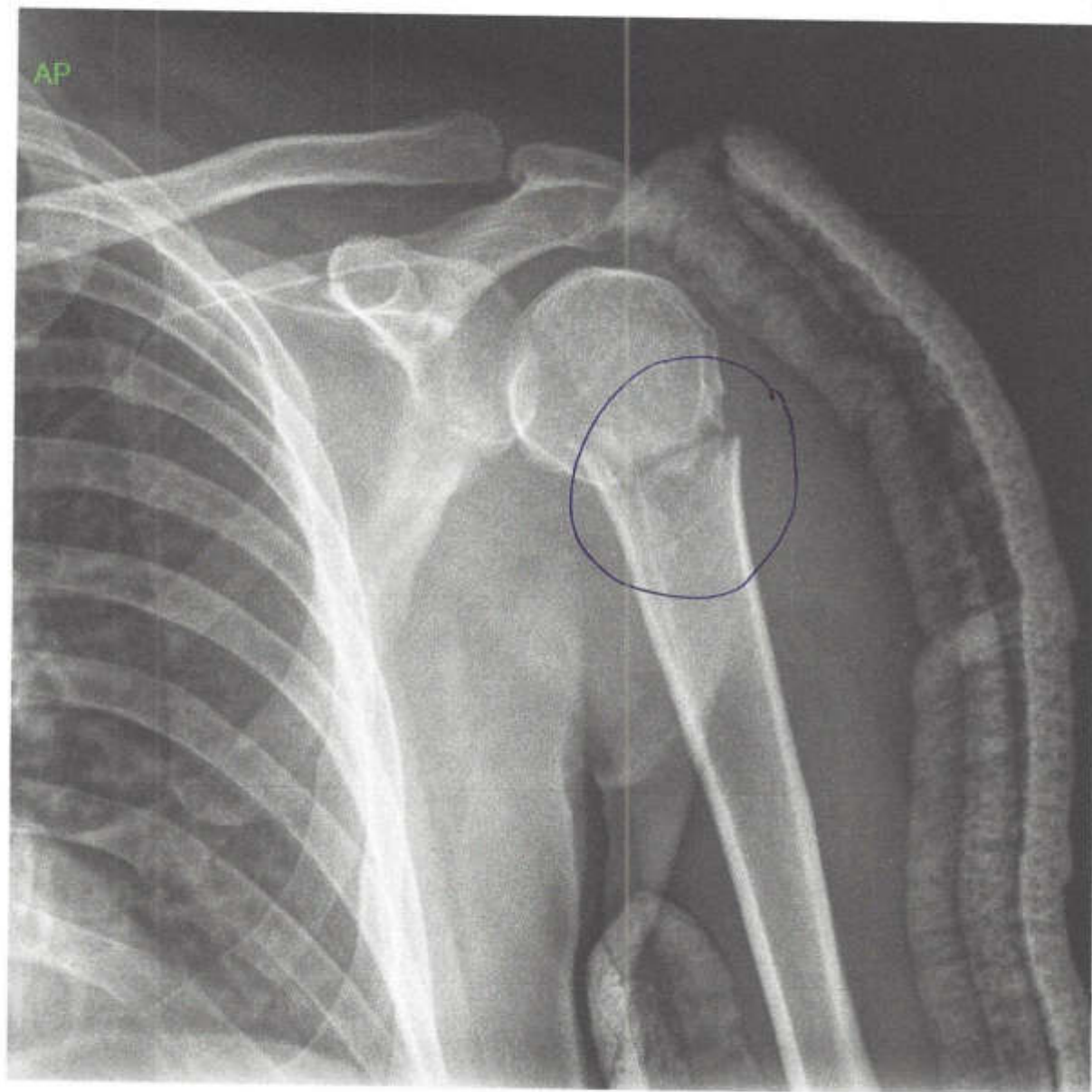
Hospital Regional de Cajazeiras

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba...

Zoom 100%

38 OUT. 2018



510 mm

9:25 AM
8/8/2018

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 SWL d:0.55 g:2.82 sb:4.85 eq:1 nr:0 dc:3 ...

Zoom 100%

30 OUT. 2018



SID mm

10:03 AM
7/25/2018

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-075

M 6/12/2018

1

Hospital Regional de Cajazeiras

KV, - mAs

UNIQUE: S200 L4.0 FB d:0.83 g:2.25 s:0.432 eq:1 nr:0 dc:3.2...

Zoom 100%



30 OUT. 2018

SID mm

E

10:02 AM
7/25/2018

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.37 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba...

Zoom 100%

8002 100 88
30 OCT 2018



SID mm

10:07 AM
7/25/2018

Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO
20180725-975
M 6/12/1974
1

Hospital Regional de Cajazeiras
- kV, - mAs
UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.8 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 ba...
Zoom 100%

30.0017.2002.1100.03



Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180726-975

M 6/12/1974

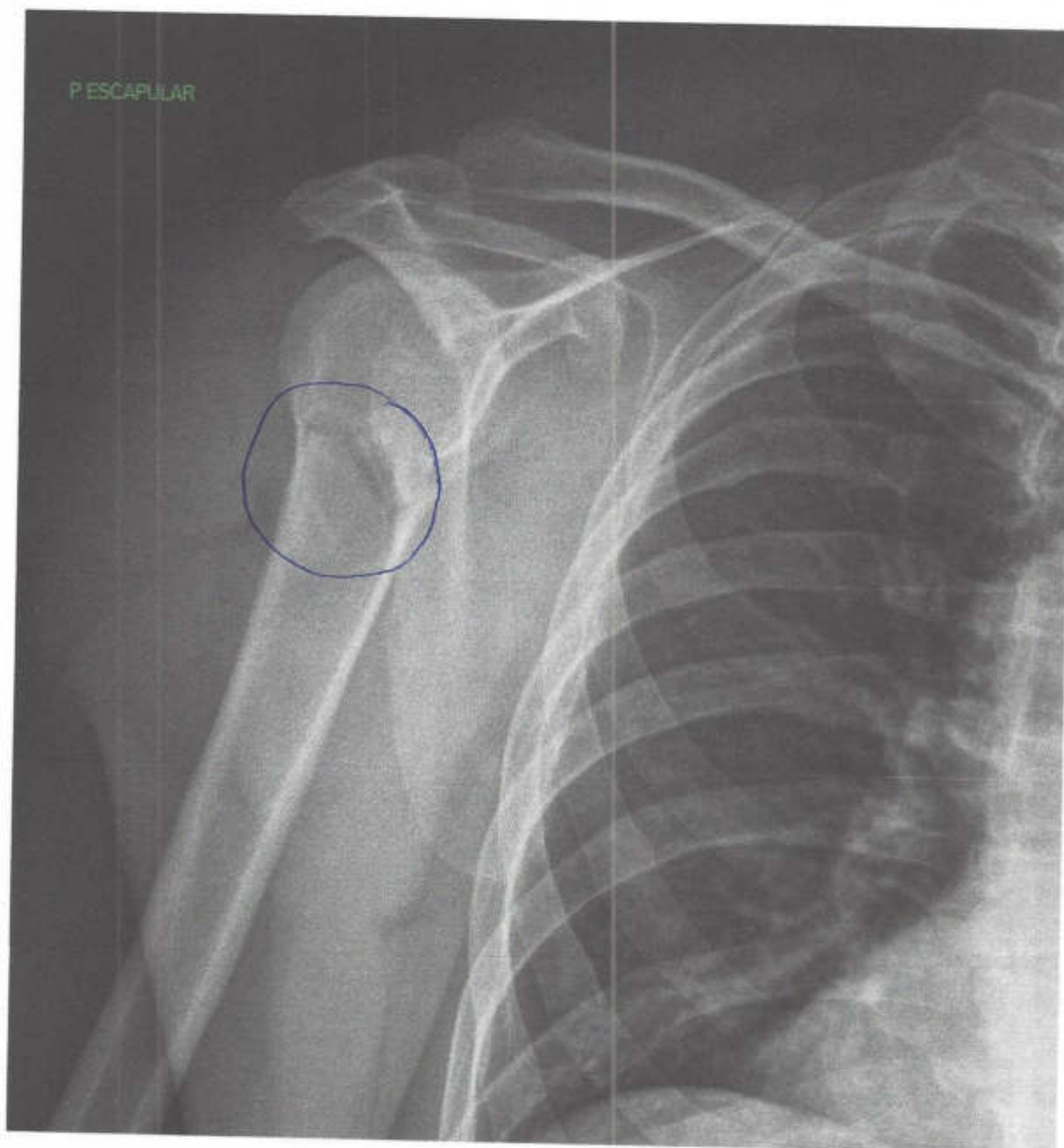
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S200 L:4.0 FB d:1.19 g:1.36 sb:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5...

Zoom 100%



30 OUT. 2018

SID mm

12:27 PM
7/25/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P.10

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

30 OUT. 2018

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1767404 DATA DE EXPEDIÇÃO 26 AGO 1992

NOME JOÃO PAULO DOS SANTOS FILHO

JOÃO PAULO dos Santos

FILIAÇÃO Maria de Lourdes Eduardo

Cajazeiras-PB. 12.06.1974

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. Nasc. Nº 1197. fls. 120. Liv-02,

Cart. Dist. Elizardo-Ipaumirim-CE.

CPF 981343534-87

João Paulo - PB

AMÉRICO NUNES C. DE CARVALHO

REPÚBLICA DA PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Populista

Polícia Direita

Larissa Evelyn Araújo Ferreira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

30 OUT. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008772140 - 0

DATA DE EXPEDIÇÃO 18/03/2014

NOME LARISSA ÉVELYN ARAÚJO FERREIRA

FILIAÇÃO KATIA SHIRLEY ARAÚJO FERREIRA

NATURALIDADE BOA VIAGEM - CE

DATA DE NASCIMENTO 14/08/1998

DOC. ORIGIN CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1

LIVRO: A-35 BOA VIAGEM - CE OFÍCIO TERMO: 35.738 FOLHA: 24

CPF 074.430.873-90

1 VIA

Assinatura do Diretor
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28.08.83

P.: 103

30 OUT. 2018

DETRAN - PB Nº 011119872132
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

PBNº 011119872132 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 1 COO RENAVAM 0103262004-5 00/00000000 EXERCÍCIO 2014

2014
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
03191286446 AS INFORMAÇÕES, LEIA NO BILHETE 0103262004-5
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAULA FRANCINETE DOS SANTOS

03191286446 OFQ1280/PB

NOVO PB 9C6KE1930F0012755

2014 29/12/2014

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

YAMAHA/YBR125 FACTOR E 2014 2015

2 P/124 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 23/12/2014 1ª VENC./COTAS

***** 0 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 23/12/2014

A.F YAMAHA ADM.DE CONSORCIO LTDA

CAJAZEIRAS-PB 15628 29/12/2014 15628

1 03191286446 OFQ1280/PB

01032620045 YAMAHA/YBR125 FACTOR E

2014 9 9C6KE1930F0012755

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** PRB (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL DO SEGURO PAGADO (R\$)
***** PAGO

***** S COTA UNICA PARCELAMENTO PARCELADO DATA DE COTAÇÃO 23/12/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.242.808/0001-04
www.seguradoralider.com.br

15628-1715255-20141229

30 OUT. 2018

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180510445

Data do acidente: 25/07/2018

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Cajazeiras

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data: 05/11/2018 10:35:30

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: TRAUM MULT NE TRAUM MULT NE -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			220,49	220,49
Total da Análise Atual			220,49	220,49

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:** O ITEM 06 DA NOTAS FISCAL ESTÁ ILEGÍVEL, ONDE NÃO PODE SER AVALIADO.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	220,49	220,49	220,49
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	220,49	220,49	220,49

TOTAL PLEITEADO: 220,49

TOTAL AVALIADO: 220,49

TOTAL PAGO + À PAGAR: 220,49

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João Paulo dos Santos Filho
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: casado
Identidade: 5767404
CPF: 981.343.534-87
Profissão: operador têxtil
Endereço: Rua Tenente Barbosa, SN, Multiras, Cajazeiras-PB

OUTORGADO:

Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 2008772140-0
CPF: 074.430.873-90
Profissão: AUTONOMA
Endereço: RUA JOSE RODOVALHO DE ALENCAR, 331, CASA, CENTRO, CAJAZEIRAS- PB.



Renelita da R. Moreira
**ESCREVENTE
AUTORIZADA**

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 CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar ou requerer quaisquer documentos necessários junto asseguradoras consorciadas, dando-lhe poderes específicos para retiradas de cópias de prontuários e toda e qualquer documentação hospitalar, Samu ou Corpo de Bombeiros ou qualquer outro órgão socorrista. Incluído receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substalecer e praticar, enfim, todos os atos de direitos permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro obrigatório - DPVAT para a vítima:

João Paulo dos Santos Filho.

Cajazeiras, 09 de outubro de 2018.

João Paulo dos Santos Filho.

ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

30 OUT. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396483/18

Vítima: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF: 981.343.534-87

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/07/2018

Titular do CPF: JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA : 074.430.873-90

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

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO : 981.343.534-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2018
Nome: LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA
CPF: 074.430.873-90

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL