

# 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: 00000062542-6

---

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**



---

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](http://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:		
	981 343.534-87	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:	Endereço:	Estado:	CEP:
João Paulo dos Santos Filho	operador teatral	Rua Tenente Barbosa	Paráiba	58900-000
Bairro:	Multirias	Cidade:	Complemento:	Tel.(DDD):
E-mail:	Verasdpvatec@hotmail.com			(183) 99813-1266

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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.

## 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 atende 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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 Lider 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: Lapaizina - PB 29/10/2018.  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
 João Paulo dos Santos Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

30 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

(\*) 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 N°0490/2018 - 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: .

HISTÓRICO 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

POLEGAR  
DIREITO

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Joabson Lins dos Santos

Mat. 181.946-1

Joabson Lins dos Santos  
Agente Policia 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 N°	PACIENTE / USUÁRIO Ivan Paula dos Sintos	USA _____	/ USB _____	01
LOCAL DA OCORRÊNCIA For trair de cima			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"/> RLSGATE / PRF	<input type="checkbox"/> CPTAN	<input type="checkbox"/> STTRANS	<input type="checkbox"/> OUTRO
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 AGRADO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO.	<input type="checkbox"/> PEDIATRICO
<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 (PAF)	
<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"/> DRUGA
<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 CARDIACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

## DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO HPC

RESPONSÁVEL

FUNÇÃO

## MOTIVO DE TRANSPORTE

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE OUTRO TRANSPARÊNCIA SIMPLES

30 OUT. 2018

## TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSAVEL

FUNÇÃO

## MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

SRL + Tramal

## DADOS VITAIS

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO  >30irpm  <30irpm/PULSO RADIAL  Presente  Ausente / PAS:  >90mm Hg  <90mm Hg

PA 146x110 FC FR 96 TEMP \_\_\_\_ °C - GLICEMIA 16 mg/dl - E Com a \_\_\_\_ SpO2s/02 99% So2c/02 \_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Ansiedade  Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída  Comunicação Verbal Prejudicada  Confusão Aguda  Desambulação Prejudicada  Débito Cardíaco Diminuído  Deseobstrução Ineficaz das VVA  Disreflexia Autônoma  Dor Aguda  Hipertermia  Integridade da Pele Prejudicada  Integridade Tissular Prejudicada  Medo  Intolerância a Atividade  Mucosa Oral Prejudicada  Padrão Respiratório Ineficaz  Perfusion Tissular Ineficaz  Perfusion Tissular Renal Ineficaz  Perfusion Tissular Ineficaz  Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz  Perfusion Tissular Gastrintestinal 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 intenção de metro + caneca  
 O mesmo estava de metro de círculo. Requisido dei no metro e aguardou  
 apresentando sintoma exposta no degrau do metrô aguarda. Foi informado  
 ligarão conduta medica e remessa.

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 type="checkbox"/> EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMURIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCÓSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ  <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNÉIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA			<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"/> MEDRIASE <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 VARGINAL  NORMAL SEMANAS  TRABALHO DE PARTO

OUTROS:

#### DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

##### DIAGNÓSTICOS

##### PROCEDIMENTOS

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS  INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL  CÂNULA OROFAINGEA  CRICOTIREIDOSTOMIA  
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU")  RESPIRADOR  INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2)  DRENAGEM TORÁCICA  
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA  DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO  CONTROLE DE HEMORRAGIA  CURATIVO  
 PUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  SONDA VÉRICAL  SEDAÇÃO  IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  COLAR CERVICAL  
 TALAS/TRAÇÃO  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  ELEVAÇÃO DE CABECEIRAS (CEBEÇA)

#### RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): deuvinha COREN: 1111060 MAT.: \_\_\_\_\_

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: valada COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: lacinton CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_



# CAGEPA

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

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

**MATRÍCULA**

70701555

**REFERÊNCIA**

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUL/2018

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   PRÓXIMA 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
MÉDIA(M)	7		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 14:32:58
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
ÁGUA	TOTAL(R\$)
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

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL
	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS:	
'QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO' DECLARAMOS NÃO 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, Isaissa Evelyn Araújo Ferreira,

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

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 Rodo Valho de Alencar</u>
Número	<u>339</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caçapava</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>vivasdprata@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Isaissa Evelyn Araújo Ferreira

30 OUT. 2018

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Retirar para sempre pagamento na conta fiscalizada da energia elétrica N° 012.340.583



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 6001-40 Insc.Est. 16.815.823-0

## 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](http://www.energisa.com.br)



MANOEL VIEIRA DA SILVA

Rotativo: 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 - FARMÁCIA

LINHA 08 580 547000

A SÃO PAULO SP CEP 05501-000

ATENÇÃO: 08-00

COMEÇO AUXILIAR.

DE CONSUMIDOR ELETRONICA

ITEM	UN	VL UN	VL UN R\$	VL ITEM R\$
001 2763 TIPOIA ORTOPEDICA MERCUR	UND X	31	30,60	948,60
002 1594 KALMAG A	UND X	18	18,43	331,74
003 34061 PIR. 11 AM 20MG	UND X	12	11,80	141,60
004 12438 ATALUDA DE CREPON 15CM	UND X	4	40,00	160,00
005 11216 COMPRESSA DE GASE	UND X	2	22,50	45,00
006 31399 SOBRO ET	CO 500ML	4	5,00	20,00
007 35706 LIP ALGA + 10MM X 4,5M	UND X	14	13,50	189,00
008 1149 ROUPIERME 100 AD 200ML	UND X	13	13,99	181,87
009 28874 OLEO DE GIGANTE 100ML	UND X	29	29,20	846,80
010 28617 CLORURETO DE CÍTRICO FLOXACINO	UND X	46	40,47	1881,62

QTD. TOTAL DE ITENS

VALOR TOTAL R\$

FORMA DE PAGAMENTO

Dinheiro

Número da Conta:

10-0108/2018 18 08 10 - Via Celular

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/info>

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 4100 0148 6500 1000 0204 3410

2518 0808 5800 41

## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Karissa Evelyn Araujo Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 074.430.873 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Paulo dos Santos Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 981 343 534 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima José 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 José Radovalto de Oliveira</u>		Número	<u>331</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Lapazinas</u>	Estado	<u>Paraíba</u>	CEP
Email	<u>unasdpvataz@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>(83) 9981312.66</u>	Telefone celular (DDD)	<u>93,</u>

Lapazinas-PB 29 de outubro de 2018.  
Local e Data

Assinatura do Declarante

Karissa Evelyn Araujo Ferreira  
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: 031.191-21.864-196,  
com domicílio na cidade de Lagazinhas, no estado de Paraíba,  
onde resido na Rua Sen Barbosa,  
número sn, complemento Multinás.

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima, Joas Paulo dos Santos Filho,  
cujo condutor era Joas Paulo dos Santos Filho.

VEÍCULO: PPS / MOTOCICLE

ANO: 2014

MODELO: YAMAHA YBR 125 FACTOR 2015

PLACAS: QFQ 1280 - PB

CHASSI: 9C6KE1930F0012755

DATA DO ACIDENTE: 25/07/2018

*Roseli da R. Mômia*  
Roseli da R. Mômia  
ESCREVENTE  
AUTORIZADA



Lagazinhas - PB 09/10/2018

Local e Data

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

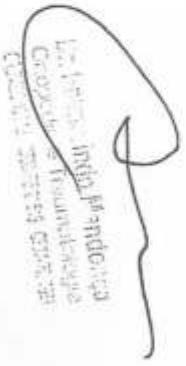
*Joas Paulo dos Santos Filho.*  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)  
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA  
POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



Zophulia transversoligata

Larva com 4 cm.  
muda para o 3º instar.  
calças irregularizadas  
e lófos e escamas  
de fundo cinzas profundo  
é vermelhas vis

Sal: Pingo de café

  
Luis Fernando  
Graça  
Cachoeira



30 OUT. 2018

**Not intended for official interpretation.**

JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

20180808-507

M 6/12/1974

1

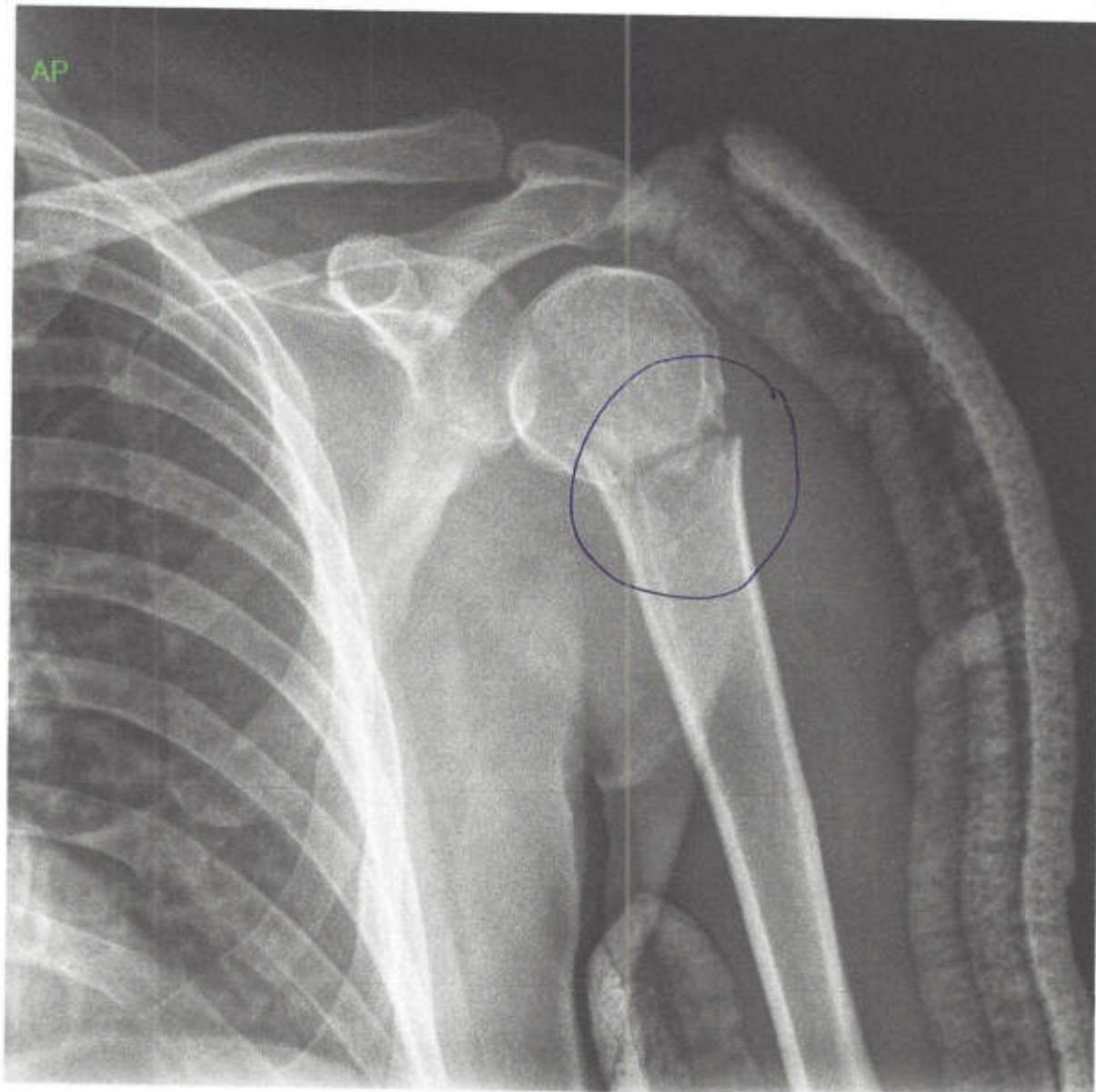
Hospital Regional de Cajazeiras

- 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%

36 OUT 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 de: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 6/12/1974  
1

Hospital Regional de Cajazeiras  
EV, - mAs  
UNIQUE: S200 L4.0 FB 4.0 0.83 g2.25 mm4.82 cm1 mm/ dc3.2...  
Zoom 100%



SID mm

10:02 AM  
7/25/2018

30 OUT. 2018

# Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

1

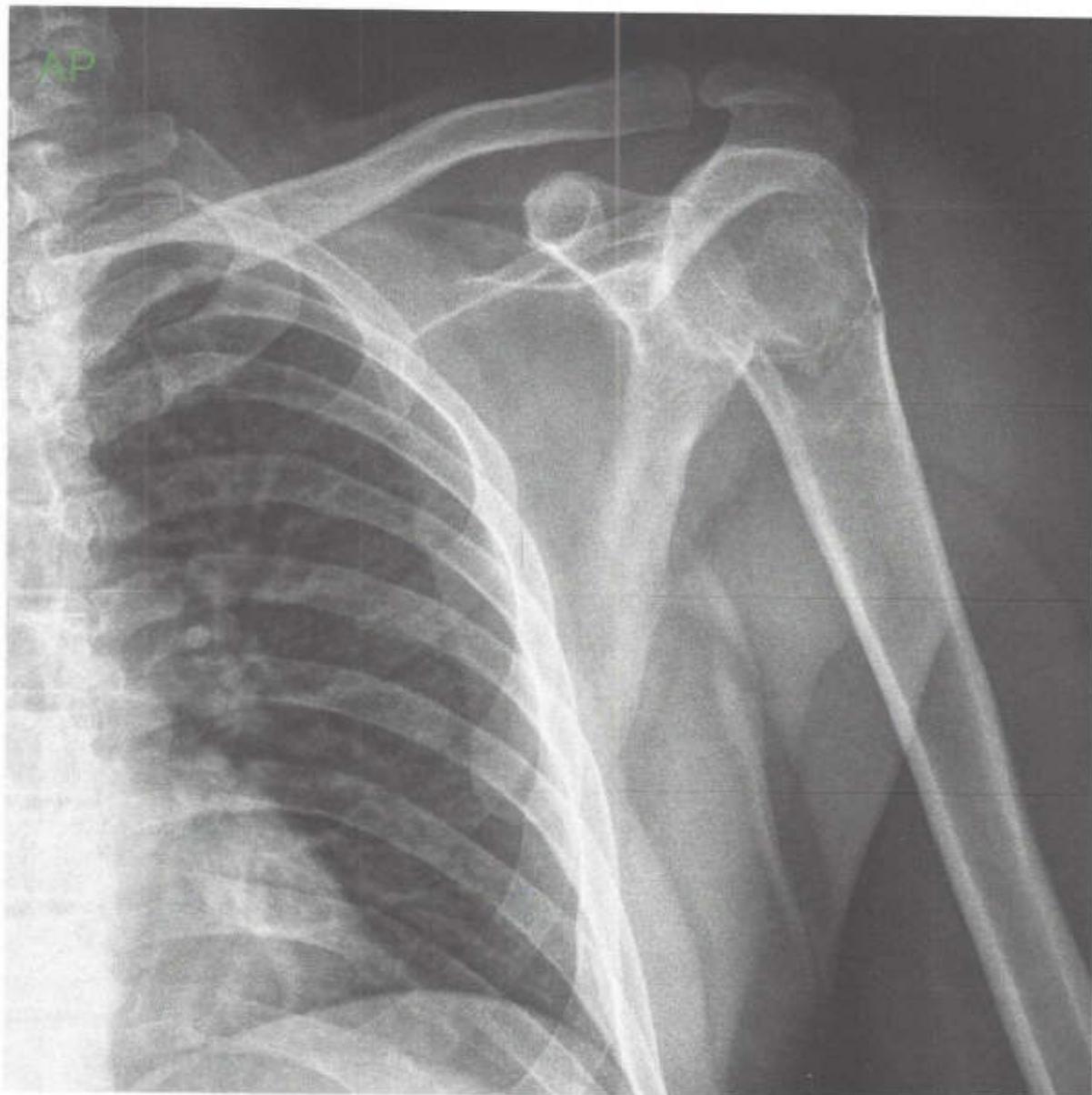
Hospital Regional de Cajazeiras

- KV, - mAs

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

Zoom 100%

8107 3100 00



# Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

1

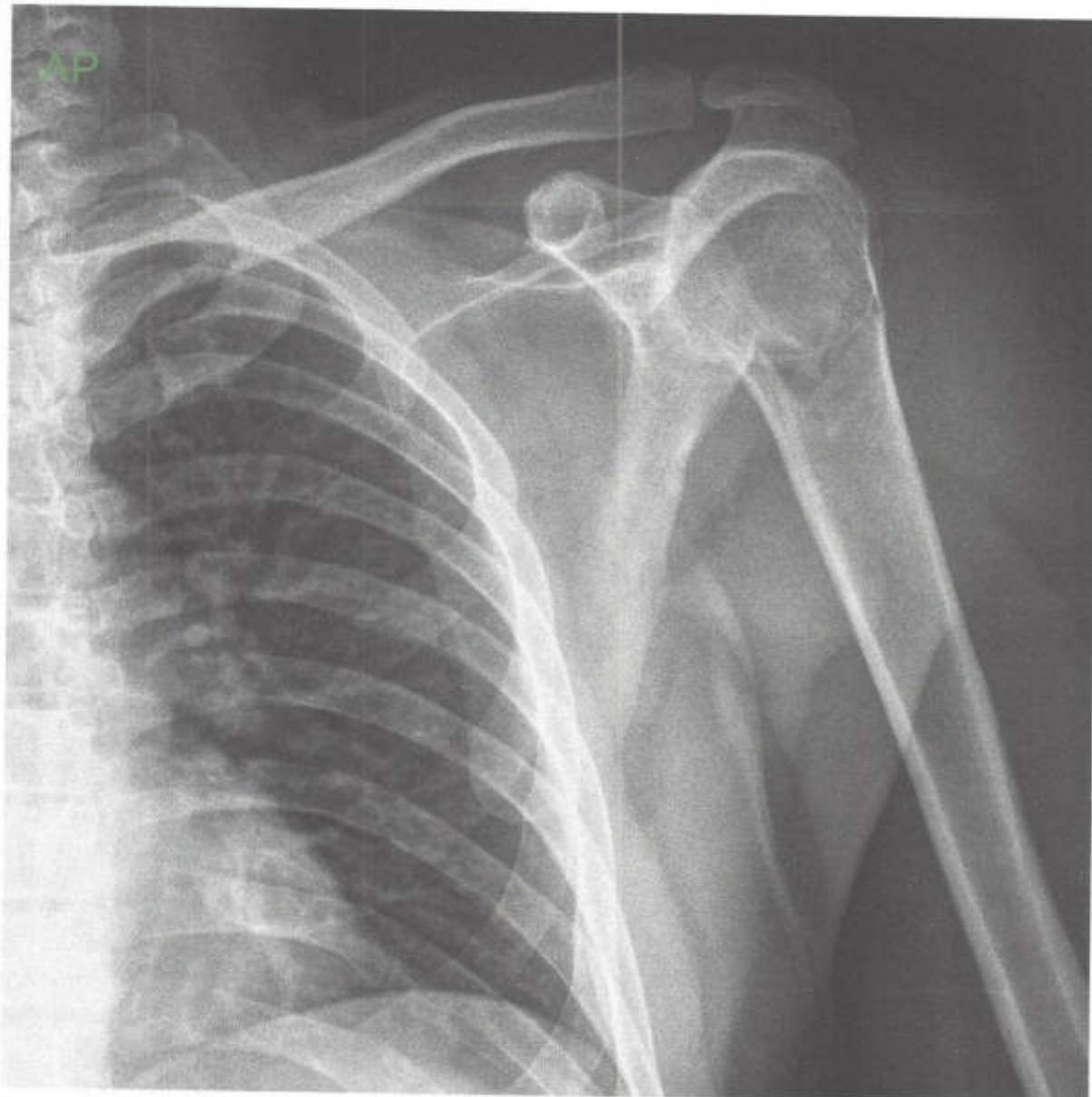
Hospital Regional de Cajazeiras

- KV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1 g:1.0 b:4.19 eq:1 nr:0 dc:2.5 br...

Zoom 100%

30 OUT. 2018



SID mm

10:07 AM  
7/25/2018

# Not intended for official interpretation.

JOAO PAULO SANTOS FILHO

20180725-975

M 6/12/1974

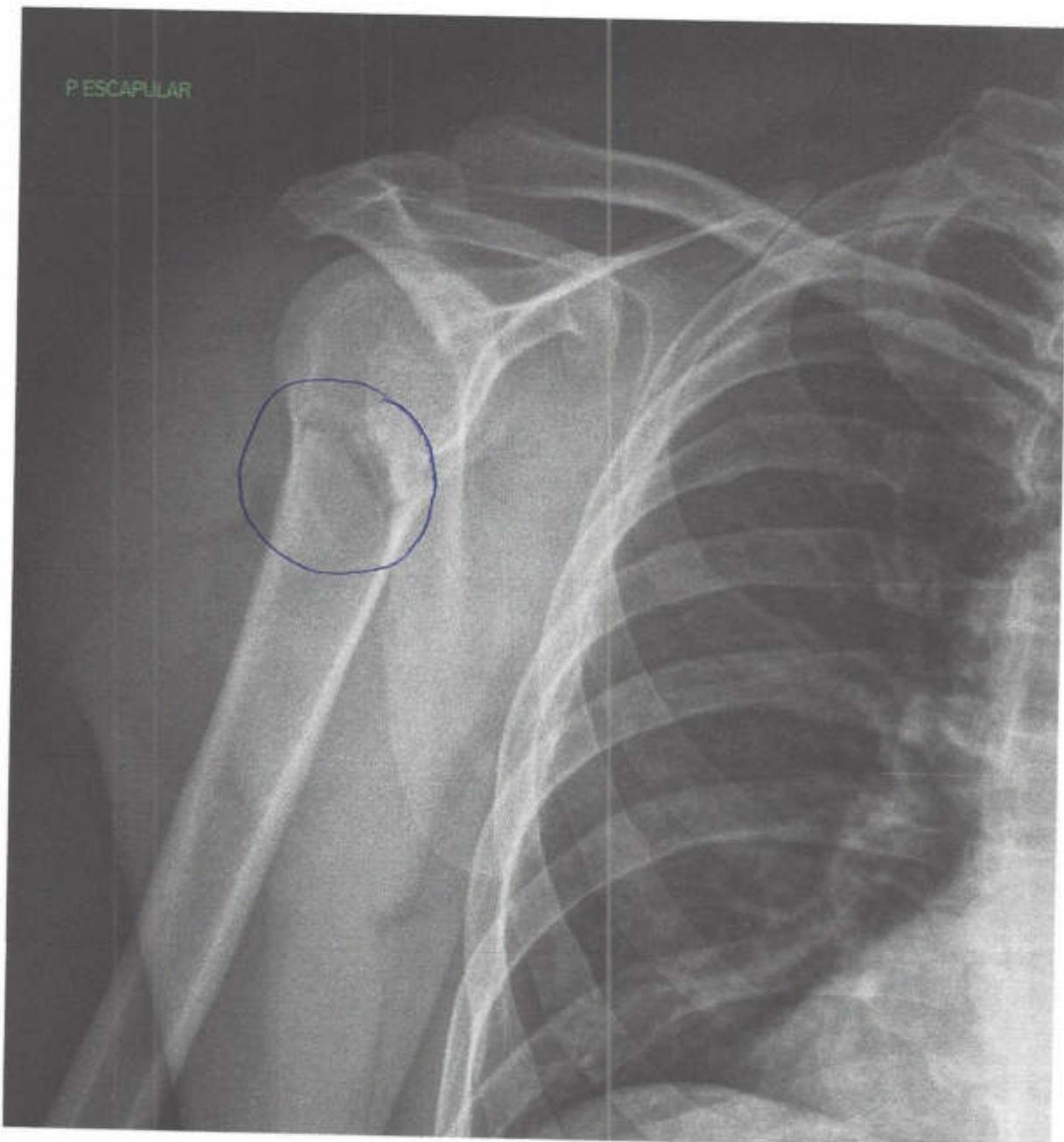
1

Hospital Regional de Cajazeiras

- kV, - mAs

UNIQUE: S:200 L:4.0 FB d:1.19 g:1.36 sb:4.19 eq:1 nn:0 dc:2.5...

Zoom 100%



30 OUT. 2018

SID mm

12:27 PM  
7/25/2018



30 OUT. 2018





30 OUT. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000772140 - 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. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 35.738 FOLHA: 24

LIVRO: A-35 BOA VIAGEM - CE CPP 074.430.873-90

1 VIA Assinatura do Titular ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83 P.: 103

30 OUT. 2018

DETAN - PB		Nº 011119872132	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	PRT 20140600029313-2		
1	0103262004-5	00/00000000	EXERCÍCIO 2014
PAULA FRANCINETE DOS SANTOS		NOME	
03191286446		QFQ1280/PB	
NOVO PB 9C6KE1930F0012755		PLACA	
S/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL GASOLINA	
YAMAHA/YBR125 FACTOR E		2014	2015
CARRO/OUTROS 2 P/124 /CI		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
COTA ÚNICA IPVA PAGO EM		DATA DE PAGAMENTO 23/12/2014	
FAIXA IPVA: *****		VENCIMENTO/COTAS 0	
VALOR TOTAL *****		PAGAMENTO TOTAL SEGURO PAGO 23/12/2014	
.F YAMAHA ADM.DE CONSORCIO LTDA			
AJAZEIRAS-PB 15628		DATA 29/12/2014	

SEGURADOR DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
A MOTORE DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA APRESAS  
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PBNº 011119872132 - BILHETE DE SEGURO ANNU

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NOSSO DOCUMENTO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 922 1204

2014-29/12/2014

I	03191286446	CNPJ	OFO1280/PB
01032620045	YAMAHA/YBR125 FACTOR E		
2014	9	9C6KE1930F0012755	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PVA (R\$)	DENOMINAÇÃO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL DA PREMIADA (R\$)	
*****	SEGURO		*****
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
SOMA UNICA		PARCELADO	
		23/12/2014	

SEGURADORA LÍBER - DPVAT

CNPQ 09.240.865/0001-04

13

B0 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
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>220,49</b>	<b>220,49</b>

**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
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>220,49</b>	<b>220,49</b>	<b>220,49</b>

**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: 3767404  
CPF: 981.343.534-87  
Profissão: Operador Têxtil  
Endereço: Rua Tenente Barbosa, sn, Nultias, 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.



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 substancial 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/07/2018

**Titular do CPF:** JOAO PAULO DOS SANTOS FILHO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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](http://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