
Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683286

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683286

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **00000867-2**

Conta: **000010013127-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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: 060.930.484-46 4 - Nome completo da vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

5 - Nome completo: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO 6 - CPF: 060.930.484-34
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA VEL. JOSE MATHIAS 9 - Número: 5 N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CANCÃO 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 999.32-4413

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 13-127 X AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordo 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(vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

PRINCESA ISABEL PB, 23-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 305/2018, LIVRO nº 02/2019, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, Gutemberg José da Costa Marques Cabral.

DATA: 26 de Junho do ano de Dois Mil e Dezenove

HORA: 16h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Estado civil: União estável RG: 7150901 SSP/PE CPF: 060.930.484-46

Sexo: Masculino Nascimento: 06.01.1986 Idade: 33 anos

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor Alfabetizado: Sim

Filiação: Geraldo Fausto dos Santos e de Hozana Severina dos Santos

Endereço: Rua Vereador José Matias, 415, Cancão, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 07 de junho de 2019, por volta das 23h33min eu estava trafegando em uma motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, de cor vermelha, placa PFV 9804, ano fab. 2013, ano Mod. 2013, CHASSI 9C2KDO550DR120934, registrada em nome de JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS FAUTO, quando em frente ao açude novo nesta cidade apareceu um animal (cachorro) e ao tentar desviar perdi o equilíbrio da motocicleta e cai; QUE eu fui socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional Deputado José Pereira Lima; QUE devido a queda teve fratura em MID.

O referido é verdade, Dou fê. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos)

Notificante

José Eduardo dos Santos Fausto

[Assinatura]
1556801
Agente/Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 060.930.484-46 4 - Nome completo da vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

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

5 - Nome completo: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO 6 - CPF: 060.930.484-34
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA VEL. JOSE MATHIAS 9 - Número: 5 N 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CANCÃO 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.755-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 999.32-4413

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 13-127 X AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordo 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(vários)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PRINCESA ISABEL PB, 23-07-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL

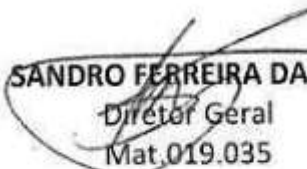
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO** portador (a) do **RG 7150901 SDS-PE**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **JUNHO/2019**.

Princesa Isabel-PB, 01 de julho 2019.


SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat. 019.035

AMANDA DOS ANJOS
CORREIO 33.665-ENF

01 - ELETIVO	CARÁTER DO ATENDIMENTO	0
02 - URGÊNCIA		7
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA		5

	04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
	05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO

DIAGNOSTICO

CID: 10

MEDICAÇÃO		ENCAMINHAMENTO			
☒ 1. PRESCRITA	☒ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO		
☒ 2. APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐ OUTROS		

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO									
1-	0	3	0	1	0	6	0	0	29

[illegible]

Medico / C/m / Cns	CEO
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	  
  	

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo	ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo
--------------------------------	---------------------------------------

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000010013127-1

Nr. da Autenticação D49CFA10D62D820F

Edoardo Geronzi, Automobili: COX&G272A

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Use para Def. Automática: 0010462234
Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAR
Mai / 2019	14/05/2019	12/08/2019	308.369.964-20

UC (Unidade Consumidora): 5/462234-6

Canal de contato

Art. 1º. A Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, criada pela Lei nº 4.767, de 24 de abril de 2002, passa a ser denominada Agência Nacional de Energia Elétrica e de Gás - ANEEL/ENEGAS.

Data	Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
	Data	Letras	Data	Letras			
12/06/19		37320	14/05/19	37322		180	32
Demonstrativo							
001	Inscrição						
002	Código de barras						
003	Código de barras						
004	Código de barras						
005	Código de barras						
006	Código de barras						
007	Código de barras						
008	Código de barras						
009	Código de barras						
010	Código de barras						
011	Código de barras						
012	Código de barras						
013	Código de barras						
014	Código de barras						
015	Código de barras						
016	Código de barras						
017	Código de barras						
018	Código de barras						
019	Código de barras						
020	Código de barras						
021	Código de barras						
022	Código de barras						
023	Código de barras						
024	Código de barras						
025	Código de barras						
026	Código de barras						
027	Código de barras						
028	Código de barras						
029	Código de barras						
030	Código de barras						
031	Código de barras						
032	Código de barras						
033	Código de barras						
034	Código de barras						
035	Código de barras						
036	Código de barras						
037	Código de barras						
038	Código de barras						
039	Código de barras						
040	Código de barras						
041	Código de barras						
042	Código de barras						
043	Código de barras						
044	Código de barras						
045	Código de barras						
046	Código de barras						
047	Código de barras						
048	Código de barras						
049	Código de barras						
050	Código de barras						
051	Código de barras						
052	Código de barras						
053	Código de barras						
054	Código de barras						
055	Código de barras						
056	Código de barras						
057	Código de barras						
058	Código de barras						
059	Código de barras						
060	Código de barras						
061	Código de barras						
062	Código de barras						
063	Código de barras						
064	Código de barras						
065	Código de barras						
066	Código de barras						
067	Código de barras						
068	Código de barras						
069	Código de barras						
070	Código de barras						
071	Código de barras						
072	Código de barras						
073	Código de barras						
074	Código de barras						
075	Código de barras						
076	Código de barras						
077	Código de barras						
078	Código de barras						
079	Código de barras						
080	Código de barras						
081	Código de barras						
082	Código de barras						
083	Código de barras						
084	Código de barras						
085	Código de barras						
086	Código de barras						
087	Código de barras						
088	Código de barras						
089	Código de barras						
090	Código de barras						
091	Código de barras						
092	Código de barras						
093	Código de barras						
094	Código de barras						
095	Código de barras						
096	Código de barras						
097	Código de barras						
098	Código de barras						
099	Código de barras						
100	Código de barras						

Page

[illegible]

Média últimos meses (KWh)	VENCIMENTO 21/05/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 150,24
---------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]

771131e4.6c77-20-75e3-373e-8202-0410

Indicadores de Qualidade 2020/19 - Principais dados

NSU DEVE	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
00000000000000000000	7,28	4,88	4000004	210	24,14	17,14
00000000000000000000	14,53				10,17	20,20
00000000000000000000	29,06				8,17	4,08
00000000000000000000	43,59	3,00	00000000000000000000	10,00	50,87	
00000000000000000000	58,12		00000000000000000000	10,00	0,00	
00000000000000000000	72,65					
00000000000000000000	87,18					
00000000000000000000	101,71					
00000000000000000000	116,24					
00000000000000000000	130,77					
00000000000000000000	145,30					
00000000000000000000	159,83					
00000000000000000000	174,36					
00000000000000000000	188,89					
00000000000000000000	203,42					
00000000000000000000	217,95					
00000000000000000000	232,48					
00000000000000000000	247,01					
00000000000000000000	261,54					
00000000000000000000	276,07					
00000000000000000000	290,60					
00000000000000000000	305,13					
00000000000000000000	319,66					
00000000000000000000	334,19					
00000000000000000000	348,72					
00000000000000000000	363,25					
00000000000000000000	377,78					
00000000000000000000	392,31					
00000000000000000000	406,84					
00000000000000000000	421,37					
00000000000000000000	435,90					
00000000000000000000	450,43					
00000000000000000000	464,96					
00000000000000000000	479,49					
00000000000000000000	494,02					
00000000000000000000	508,55					
00000000000000000000	523,08					
00000000000000000000	537,61					
00000000000000000000	552,14					
00000000000000000000	566,67					
00000000000000000000	581,20					
00000000000000000000	595,73					
00000000000000000000	610,26					
00000000000000000000	624,79					
00000000000000000000	639,32					
00000000000000000000	653,85					
00000000000000000000	668,38					
00000000000000000000	682,91					
00000000000000000000	697,44					
00000000000000000000	711,97					
00000000000000000000	726,50					
00000000000000000000	741,03					
00000000000000000000	755,56					
00000000000000000000	770,09					
00000000000000000000	784,62					
00000000000000000000	799,15					
00000000000000000000	813,68					
00000000000000000000	828,21					
00000000000000000000	842,74					
00000000000000000000	857,27					
00000000000000000000	871,80					
00000000000000000000	886,33					
00000000000000000000	900,86					
00000000000000000000	915,39					
00000000000000000000	929,92					
00000000000000000000	944,45					
00000000000000000000	958,98					
00000000000000000000	973,51					
00000000000000000000	988,04					
00000000000000000000	1002,57					
00000000000000000000	1017,10					
00000000000000000000	1031,63					
00000000000000000000	1046,16					
00000000000000000000	1060,69					
00000000000000000000	1075,22					
00000000000000000000	1089,75					
00000000000000000000	1104,28					
00000000000000000000	1118,81					
00000000000000000000	1133,34					
00000000000000000000	1147,87					
00000000000000000000	1162,40					
00000000000000000000	1176,93					
00000000000000000000	1191,46					
00000000000000000000	1205,99					
00000000000000000000	1220,52					
00000000000000000000	1235,05					
00000000000000000000	1249,58					
00000000000000000000	1264,11					
00000000000000000000	1278,64					
00000000000000000000	1293,17					
00000000000000000000	1307,70					
00000000000000000000	1322,23					
00000000000000000000	1336,76					
00000000000000000000	1351,29					
00000000000000000000	1365,82					
00000000000000000000	1380,35					
00000000000000000000	1394,88					
00000000000000000000	1409,41					
00000000000000000000	1423,94					
00000000000000000000	1438,47					
00000000000000000000	1453,00					
00000000000000000000	1467,53					
00000000000000000000	1482,06					
00000000000000000000	1496,59					
00000000000000000000	1511,12					
00000000000000000000	1525,65					
00000000000000000000	1540,18					
00000000000000000000	1554,71					
00000000000000000000	1569,24					
00000000000000000000	1583,77					
00000000000000000000	1598,30					
00000000000000000000	1612,83					
00000000000000000000	1627,36					
00000000000000000000	1641,89					
00000000000000000000	1656,42					
00000000000000000000	1670,95					
00000000000000000000	1685,48					
00000000000000000000	1699,01					
00000000000000000000	1713,54					
00000000000000000000	1728,07					
00000000000000000000	1742,60					
00000000000000000000	1757,13					
00000000000000000000	1771,66					
00000000000000000000	1786,19					
00000000000000000000	1800,72					
00000000000000000000	1815,25					
00000000000000000000	1829,78					
00000000000000000000	1844,31					
00000000000000000000	1858,84					
00000000000000000000	1873,37					
00000000000000000000	1887,90					
00000000000000000000	1902,43					
00000000000000000000	1916,96					
00000000000000000000	1931,49					
00000000000000000000	1946,02					
00000000000000000000	1960,55					
00000000000000000000	1975,08					
00000000000000000000	1989,61					
00000000000000000000	2004,14					
00000000000000000000	2018,67					
00000000000000000000	2033,20					
00000000000000000000	2047,73					
00000000000000000000	2062,26					
00000000000000000000	2076,79					
00000000000000000000	2091,32					
00000000000000000000	2105,85					
00000000000000000000	2120,38					
00000000000000000000	2134,91					
00000000000000000000	2149,44					
00000000000000000000	2163,97					
00000000000000000000	2178,50					
00000000000000000000	2193,03					
00000000000000000000	2207,56					
00000000000000000000	2222,09					
00000000000000000000	2236,62					
00000000000000000000	2251,15					
00000000000000000000	2265,68					
00000000000000000000	2280,21					
00000000000000000000	2294,74					
00000000000000000000	2309,27					
00000000000000000000	2323,80					
00000000000000000000	2338,33					
00000000000000000000	2352,86					
00000000000000000000	2367,39					
00000000000000000000	2381,92					
00000000000000000000	2396,45					
00000000000000000000	2410,98					
00000000000000000000	2425,51					
00000000000000000000	2440,04					
00000000000000000000	2454,57					
00000000000000000000	2469,10					
00000000000000000000	2483,63					
00000000000000000000	2498,16					
00000000000000000000	2512,69					
00000000000000000000	2527,22					
00000000000000000000	2541,75					
00000000000000000000	2556,28					
00000000000000000000	2570,81					
00000000000000000000	2585,34					
00000000000000000000	2599,87					
00000000000000000000	2614,40					
00000000000000000000	2628,93					
00000000000000000000	2643,46					
00000000000000000000	2657,99					
00000000000000000000	2672,52					
00000000000000000000	2687,05					
00000000000000000000	2701,58					
00000000000000000000	2716,11					
00000000000000000000	2730,64					
00000000000000000000	2745,17					
00000000000000000000	2759,70					
00000000000000000000	2774,23					
00000000000000000000	2788,76					
00000000000000000000	2803,29					
00000000000000000000	2817,82					
00000000000000000000	2832,35					
00000000000000000000	2846,88					
00000000000000000000	2861,41					
00000000000000000000	2875,94					
00000000000000000000	2890,47					
00000000000000000000	2905,00					
00000000						

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Abr/19 144 B2

EMÍLIA ÉRICA | 2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE VOTOS
Emília Erica Alves Frasco - Tabella Interina

SERVIZIO NOTARIALE E REGISTRAL

reconociendo a personas de capital reputado, como el caso de un

Princesa Isabel 48 27/11/2819 16:38:33

Isabel, Laila, and I left the house at 10:00 AM. We went to the beach and stayed there until 12:00 PM. Then we went to the park and stayed there until 4:00 PM. Finally, we went to the museum and stayed there until 6:00 PM. We had a very good day and enjoyed every minute of it.

[illegible]

Confira a autenticidade em <https://solucao.rio.rj.gov.br>

CONCLUSIONS

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

Eu, ROMULO DE SOUSA FERREIRA,

RG nº 1568258 -, data de expedição 18/06/90,

Órgão SSP-PB, CPF nº 339.306.284-34,

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 RAFAEL ROSAS</u>
Número	<u>SN</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>MAIA</u>
Cidade	<u>P. ISABEL</u>
Estado	<u>PARATIBA</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Tel. de contato	<u>(93) 999-32-44-13</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: PRINCESA ISABEL-PB, 23-07-2019

Romulo de Sousa Ferreira

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica N° 019.630.733



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr. 230, Km. 25 - Costa Radentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-400
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ROMULO DE SOUSA FERRAZ
RUA RAFAEL ROSAS S/N
PRINCESA ISABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/29847-1

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

05/02/2019

CONSUMO

114

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 87,54

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUÍ

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Roteiro: 03-165-050-9750

83620000000-5 87540054000-6 00298472019-9 02500165019-8

VENCIMENTO

06/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 87,54

MATRÍCULA

29847-2019-02-5



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 Rômulo de Sousa Ferreira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.806.284 / 34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.930.484 - 46
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima JOSE EDUARDO DOS S. FAUSTO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.930.484 / 46 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSOU-SE Renda: RECUSOU-SE 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: RAFAEL ROSA</u>	Número: <u>5A</u>	Complemento: <u>045A</u>
Bairro: <u>MATA</u>	Cidade: <u>P. ISABEL</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:	CEP: <u>58.755-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 999.32.44-13</u>

Local e Data: PRINCESA ISABEL - PB, 23-07-2019

Rômulo de Sousa Ferreira
Assinatura do Declarante

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 5544 Data 24 / 06 / 2013 Hora 14:03

PACIENTE

Nome Jose Eduardo dos Santos Junior Data de Nascimento 06 / 01 / 86
Sexo m Idade 33 a. Cor preto Estado Civil solteiro
Naturalidade Princesa Isabel PB - Profissão agricultor
Endereço Rua Viçoso Jose Martins 415
Filiação Glizana Arcine dos Santos
Telefone (83) 9.9924.8370 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) 7.150.901
Trazido por -----
Endereço ----- Telefone (-----)

OCORRÊNCIA

Local do Acidente ----- Data ----- Hora -----
Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa Suicídio ☐ Acidente Trânsito
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO

Diagnóstico Provisório fract. no tórax

Conduta 0 med

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 73.
Data: 24.06.2019.	Hora: 13.30					
Nome: José Eduardo dos Santos Tante	Profissão: agricultor					
Nome Social:	Estado Civil: solteiro					
Nascimento: 06.01.86.	Sexo: m.					
Escolaridade: 4º ano	Responsável: [assinatura]					
Mãe: Joana Ferreira dos Santos	Endereço: 915.					
Bairro: Canaã	Município: Princesa Isabel	CEP: 9924-7023.				
Cartão SUS: 705.0019.8339.2657	RG/CPF: 7.150.901					
Raça/Cor:	Branca	Preta	7	Parda	Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	☐ VERMELHO	☐ AMARELO	☐ VERDE	☐ AZUL		
Situação/Queixa:						
PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO	
História e Exame Físico:	
→ Rues N +tr (C)	
Tratamento:	
→ IMZWD m cinn → SF — 000f [assinatura] → SG — 000f [assinatura]	
Hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
ft no tot	[assinatura]



Relatório de Operação

Nome do Paciente		Número do Registro
Clínica		Número do Leito
Operador		
1º Assistente		2º Assistente
Instrumentador		Anestesista
Anestesia		Duração
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório f2 + 2 + 1 + 1		
Diagnóstico Pós-Operatório 0 mm		
Operação Proposta f2 + 2 + 1 + 1		
Operação Realizada		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- Anestesia
- Assessoria
- Remoção e fixação no posto de
dos R1 + 1
- 1 mm

Dr. Eberhard Silva
Cirurgião de Otorrinolaringologia
CRM: 18.142
CBO: 3121-01/02



EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Erica Alves Frazão - Tabela Interina

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original.

apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 27/06/2019 16:38:01

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrivente

(2019-0025507) ENLIR: 2,48 FAPEN:R4 0,29 FEPJIR: 0,30

SELO DIGITAL: AIR06442-657J

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Isabel Kaline Frazão da Silva
Escrivente



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
060.930.484-46

Nome
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Nascimento
06/01/1986

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Erica Alves Frazão - Tabela Interina

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original.

apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB 27/06/2019 16:38:01

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrivente

(2019-0025507) ENLIR: 2,48 FAPEN:R4 0,29 FEPJIR: 0,30

SELO DIGITAL: AIR06442-657J

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Isabel Kaline Frazão da Silva
Escrivente

CÓDIGO DE CONTROLE
C6C2.FFDE.FA75.27F0

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:38:04 do dia 01/03/2012 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ROMULO DE SOUSA FERRAZ

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
1566258 SSP PB

CNPJ
039.806.284-34

DATA EMISSÃO
08/11/1973

FILIAÇÃO
JOSE DE SOUSA FERRAZ
JUANA MARIA FERREIRA
DE SOUSA

PERMISSÃO
[REDACTED]

ACC
[REDACTED]

CAT. HAB.
A.D.

Nº REGISTRO
03966308453

VALIDADE
25/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
11/08/1994

OBSERVAÇÕES
sem observações

Romulo de Sousa Ferraz
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
26/02/2015

[Signature]
ASSINATURA DO EMISSOR

58413068708
FEV96024900

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683286 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/06/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
FAUSTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 7150903 - SSP - PE

CPF: 060.930.484-34

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA VEREADOR JOSE MATHIAS, CAMPO, P. ISABEL - PB

CEP: 58.755-000

Telefone: 83 999.32.44-13

OUTORGADO:

Nome: ROMULO DE SOUSA FERREZ

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: DIVORCIADO

Identidade: 1563258 - SSP - PB

CPF: 839.806.284-34

Profissão: COMERCIANTE

Endereço: RUA RAFAEL ROSAS, SM. MAIA, P. ISABEL - PB

CEP: 58.755-000

Telefone: 83 999.32.44-13

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, e quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, e fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, 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 a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

PRINCESA ISABEL - PB, 23-07-2019

Local e data

JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE COISAS
Emília Érica Alves Frasso - Tabelião Intergina

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO.....

Em testada verdade, Princesa Isabel - PB 27/06/2019 10:28:17

Isabel Kaline Fraião da Silva - Escrevente

(2019-003795)EMUL:R4 #9.91 FAPEN:R4 8.25 FEPT:R4 1.98

SELO DIGITAL: AIT8002B-SALV

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438030/19

Vítima: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

CPF: 060.930.484-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/06/2019

Titular do CPF: JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROMULO DE SOUSA FERRAZ : 839.806.284-34

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

JOSE EDUARDO DOS SANTOS FAUSTO : 060.930.484-46

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: 06/12/2019
Nome: ROMULO DE SOUSA FERRAZ
CPF: 839.806.284-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

RENATO LUNA DIAS