
Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173797

Vítima: EDIVALDO TOME DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDIVALDO TOME DA SILVA

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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173797

Vítima: EDIVALDO TOME DA SILVA

Data do Acidente: 21/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDIVALDO TOME DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDIVALDO TOME DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001134-7

Conta: 000010021365-0

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200173797

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIVALDO TOME DA SILVA

Data do acidente: 21/12/2019

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO (PG 4)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PG 4 - CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 706.110.284-50 4 - Nome completo da vítima: EDIVALDO TOME DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDIVALDO TOME DA SILVA 6 - CPF: 706.110.284-50
 7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO ANDRÉ 9 - Número: SIN 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.860-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1134-7 CONTA: 21.365-9 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascturo (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____
 38 - 1ª | Nome: AMIMAS PONTAS WANDERLEY JUNIOR
 CPF: 064.978.664-50
Amimas Pontas Wanderley Junior
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: MAYARA MONIQUE OLIVEIRA WANDERLEY
 CPF: 059.841.374-01
Mayara Monique Oliveira Wanderley
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOIMBAL-PA, 18.02.2020
Edivaldo Tome da Silva
 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

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: **3200083936** 3 - CPF da vítima: **706.110.284-50** 4 - Nome completo da vítima: **EDIVALDO TOME DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **EDIVALDO TOME DA SILVA** 6 - CPF: **706.110.284-50**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SÍTIO ANDRE** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: **XXXXXXXXXXXX**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **PAULISTA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.860-000**
15 - E-mail: **XX** 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **1134** **7** CONTA: **21.365** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: **AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR**
CPF: **064.978.664-50**
Amintas Dantas Wanderley Junior
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: **MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**
CPF: **059.842.774-09**
Mayara Monique Queiroga Wanderley
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **PAULISTA - PB, 07.05.2020**

Edivaldo Tome da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jorge dos Santos
43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0079/2020

Natureza da ocorrência: **Acidente de Trânsito**

Data do fato: **21/12/2019 hora: 20hs**

Notificante: **Edivaldo Tomé da Silva**, alcunha "****", Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, nascido em 14/06/1988, documento: ID 3000192 SSP-PB, filho(a) de Edinete Tomé e de pai não declarado, endereço: Sítio André, próximo a antiga Telpa, Paulista-PB, referência: (83) 9.996303567.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): Leonardo Araujo Nunes

Vítima: ****, alcunha "*****", Nacionalidade: ***, naturalidade: ***, idade: *** ***, nascido em ***/***/***, cor/raça: *****, Estado Civil: *****, Profissão: ***, Escolaridade: *****, documento: ***, filiação: ** e de **, endereço: ***** ***, referência: ***. Tel/Cel:(****) ***;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data e hora supracitadas, na rodovia PB 293, na localidade Lagoa do Barro, Paulista-PB, conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, 9C2KC1650DR304612, 2013/2013, renavan 00549842306, licenciada em nome de Eliana Alves Ferreira, que ao desequilibrar ao cair em um buraco na pista de rolamento, caiu ao solo, vindo a lesionar-se fisicamente, foi socorrido pelo SAMU de Paulista-PB e teve inicialmente atendimento médico no Hospital de São Bento-PB, e por fim atendido no Hospital Regional de Patos-PB. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 24 de janeiro de 2020. Às 10:06 horas.

Edivaldo Tomé da Silva

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
APC Tiago de Sá Vieira de Melo
Matrícula: 168.367-5



PROTEÇÃO CIVIL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 706.110.284-50 4 - Nome completo da vítima: EDIVALDO TOME DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDIVALDO TOME DA SILVA 6 - CPF: 706.110.284-50
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO ANDRÉ 9 - Número: SIN 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itai (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1134-7 CONTA: 21.365-9
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

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 nascturo (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

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: AMIMAS PONTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50
Amimas Pontas Wanderley Junior
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: MAYARA MONIQUE OLIVEIRA WANDERLEY
CPF: 059.841.3.774-01
Mayara Monique Oliveira Wanderley
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: BOIMBAL-PA, 18.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edivaldo Tome da Silva Jair Romo Vau Jr

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

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: **3200083936** 3 - CPF da vítima: **706.110.284-50** 4 - Nome completo da vítima: **EDIVALDO TOME DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **EDIVALDO TOME DA SILVA** 6 - CPF: **706.110.284-50**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SÍTIO ANDRE** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: **XXXXXXXXXXXX**
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **PAULISTA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.860-000**
15 - E-mail: **XX** 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1134** **7** CONTA: **21.365** **9**
(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: **AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR**
CPF: **064.978.664-50**
Amintas Dantas Wanderley Junior
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: **MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**
CPF: **059.842.774-09**
Mayara Monique Queiroga Wanderley
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **PAULISTA - PB, 07.05.2020**

Edivaldo Tome da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jorge dos Santos
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

SAMARA MONTEIRO DOS SANTOS
 SIT SANCOS S/Nº 08 - ÁREA RURAL
 PALUSTA/PB CEP: 58800-000 (40-237)



Logradouro: MONOFÁSICO
 Circuitos: RES MYC S11 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Roteiro: 13 - 242 - 103 - 8350 Referência: Cód/2019
 Medidor: 00008294300 Símbolo: 20107718

ENERGISA PARÁR - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R-200 Av. 25 - Lote 10 - Jd. Fátima - PB CEP: 50671-110
 CNPJ: 08.088.101/0001-40 Tel: 51-3618.0198

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 08 10000
 Cód. para Cód. Automático: 000076385

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

Conta referente a **Dez / 2019** Apresentação **20/12/2019** Data prevista da próxima leitura **21/01/2020** CPF/ CNPJ/ RANI **702.089.624-33**

UC (Unidade Consumidora): **5/876385-6**

Canal de contato

Aproveite o 12º e regularize suas contas em até 30 dias, podendo regular por você começar a amortizar a multa.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/11/19	12180	20/12/19	12280	
			100	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Taxa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001 Consumo em kWh	104,08	0,96	104,08	27	28,10	104,08	1,10	8,06
0001 Acc. B. Verneha	3,42	0,43	27	0,85	2,40	0,00	0,13	
0001 Acc. B. Ampla	1,78	1,78	27	0,48	1,78	0,00	0,00	

Código de Classificação de Imp. TOTAL 108,26 108,26 29,22 108,26 1,14 8,26
 Tarifa Trib. Est. C.545-00

Media Leitura meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
229	30/12/2019	R\$ 108,26

Histórico de Consumo (kWh)

120	127	118	104	287	271	246	25	158	87	128	140
Dez19	Jan19	Fev19	Mar19	Abr19	Mai19	Jun19	Jul19	Ago19	Sep19	Out19	Nov19

RESERVADO AO FINCO
 47c9 63ba.070d 2e1d 8022 7afc 9852 94aa

Indicadores de Qualidade 1º Trimestre 2019

Índice	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
FC MENOR	11	0,00	NOMINAL
FC MAIOR	44,21		
FC MENOR	11	0,00	CONTRALIMITE
FC MAIOR	44,21		LIMITE SUPERIOR
DPEC	10	0,00	
DSCR	10		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	27,95	25,81
Consumo de Energia	76,31	70,45
Serviço de Transmissão	4,74	4,37
Serviço de Setores	4,18	3,86
Serviço de Controle e Segurança	29,10	26,96
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	108,26	100,00

ATENÇÃO

Cartão de crédito

Faturas em atraso



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISENT. ESTADUAL N° 140572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CPF/CNPJ: 032.XXX.XXX-XX
--------------------------------	--	------------------------------------

VENCIMENTO
23/01/2020

INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-	PATURA 01/2020
--	---	--------------------------

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
--------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------

ÚLTIMOS CONSUMOS		
12/2019 - 7	11/2019 - 8	
10/2019 - 8	09/2019 - 11	
08/2019 - 7	07/2019 - 6	
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	7	R 5307

LEITURA		CONSUMO	CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M³) DIAS	(M³)
219	226	7 30	0,24
10/12/2019	09/01/2020	N°Hr: Y17F649254	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	7,63	67,65

Valores aproximados das tribuições PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 10,18

TOTAL R\$ 67,65

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA 07068223.2	INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000
--------------------------------	--

PATURA 01/2020	NÃO RECEBER APÓS 31/01/2021
--------------------------	---------------------------------------

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

DEBITO AUTOMATICO

VIA CAGEPA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SAMIRA MONTEIRO DOS SANTOS
 ST AV. JURE SIN/CS - AREA RURAL
 PALLUTA/PB CEP: 5880000 (AG: 237)



CIFPC/PUJRAM: TC2.089.624-33

Grupo CONVENCIONAL BANDA TENSÃO / Subgrupo B1
 Classe RES MTC B1 / Subclasse RESIDENCIAL
 Linha 11 VOLT/FAS CO
 Fone: 3-242-802-3350 NP Medidor: 00008234092

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
 5/876385-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00008763856

VALOR DA FATURA
R\$ 85,42

VENCIMENTO
29/04/2020

REFERÊNCIA
Abr / 2020

CONSUMO **103kWh** 3,12 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CC	Descrição	Quant	Taxa/Tributo	Valor Total (R\$)	Base Calc (R\$)	Alíq. ICMS/IGMS (%)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
010	Consumo em kWh	103	0,8136	83,81	83,81	23	22,62	83,81	0,89	4,11
0104	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			0,16					0,00	0,00
0105	MULTA 20/2020			0,00					0,00	0,00
0106	RETOCADURA DE RELEVÂNCIA			0,00					0,00	0,00
TOTAL				85,42	83,81		22,62	83,81	0,89	4,11

CC: Código de Classificação do Item
 Tributo: 0,545400

171.422d.540e.8ec9.7d8c.9152.d5a1.3a8d

RESERVADO AO FISCO

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
2019-12	272	Descrição	Valor (R\$)
2019-11	540	Serviço de Dist. de Energia/PS	22,07
2019-10	211	Compra de Energia	27,52
2019-09	179	Serviço de Transmissão	3,28
2019-08	17	Encargos Setoriais	3,52
2019-07	129	Impostos Diretos e Encargos	25,23
2019-06	143	Outros Serviços	0,00
2019-05	118	Total	85,42
2019-04	118	Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref: 2/2020) R\$ 25,80	
2019-03	1,5		
2019-02	81		
2019-01	00		
2018-12	105		

*Fator de correção de Medida/Unidade

INDICADORES DE QUALIDADE	mensal	apurado	trimest.	anual	limite	detensão (%)
MÉDIA	10,87	1,55	21,74	42,49	NOMINAL	220
Índice de confiabilidade de energia-DIG	7,59	3,00	15,19	30,39	CONTRATADA	202
Índice de confiabilidade de energia-FIC	5,88				LIMITE INFERIOR	202
Índice de maior interrupção de energia-DMIC	18,80				LIMITE SUPERIOR	231

ATENÇÃO

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender por canais virtuais: site, App Energisa CV e WhatsApp (80) 99125-6940.

Assinatura



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 140572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

MATRÍCULA: 07068223.2 CLIENTE: JAQUES RAMOS WANDERLEY CPF/CNPJ: 032.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
23/01/2020

INSCRIÇÃO: 112.004.115.0005.000 ENDEREÇO DO IMÓVEL: RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840- FATURA: 01/2020

RESPONSÁVEL: ENDEREÇO PARA ENTREGA: ÁGUA: LIGADO ESGOTO: POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS		
12/2019 -	7	11/2019 - 8
10/2019 -	8	09/2019 - 11
08/2019 -	7	07/2019 - 6
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	7	R 5307

LEITURA		CONSUMO	CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M³) DIAS	(M³)
219	226	7	30 0,24
10/12/2019	09/01/2020	N°Hr: Y17F649254	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	7,63	67,65

Valores aproximados das tribuições PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 10,18

TOTAL R\$ 67,65

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA: 07068223.2 INSCRIÇÃO: 112.004.115.0005.000

FATURA: 01/2020 NÃO RECEBER APÓS: 31/01/2021

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

DEBITO AUTOMATICO

VIA CAGEPA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JAVES AMOS WANDENCEY

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

EDIVALDO TOME DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.110.284/50

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDIVALDO TOME DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.110.284/50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. BEL. FLO. DA SILVA ALM GIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARANÁ</u>
E-mail: <u>JAVES.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 999746322</u>

Local e Data: POMBAL - PB, 18.02.2020

JAVES AMOS WANDENCEY

Assinatura do Declarante

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825		
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA		Número 284	Complemento CASA	
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL	UF PB	

	(Valores em Reais)
TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019) NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

CONFIDENCIAL

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12



IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

DATA: 22/07/2018 HORA: 18:53 Nº ID: 0035 PACIENTE/USUÁRIO: Eduardo Tomé de Melo IDADE: 33 SEXO: M () F ()

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Dignidade a frente de Negrinho. BAIRRO: MÉDICO REGULADOR:

() TRANSFERÊNCIA DE: APOIO LOCAL: () PM () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN
DESTINO: OUTRO:

QTA: () NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO
() ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO NO TRANSPORTE () CANCELADO () OUTRO:

MOTIVO DA ATIVAÇÃO: Quebra de membro

EXAME		ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE					
PELE		<input checked="" type="checkbox"/> PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDOREICO () CORADA () ÚMIDA () FRIA () PEGAGOSA	INSTÁVEL				<input checked="" type="checkbox"/> ESTÁVEL				
VIAS AERE		<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESP. RUIDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: () ESPONT. () VENT. ASSIST. AUSC. PULM: () MV () RA- () CREPTOS () SIBILOS () RONCOS	SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS								
CARDI		() NORMOCÁDICO () BRADCÁDICO () TAQUICÁDICO () BCF () BCF () PRECORDIALGIA () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA - LOCAL: ENCH. CAP: () > 2S () < 2S CHOQUE: () HIPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG	HORA	PA mmHg	FR lpm	FC bpm	SPO ₂ %	T _{ax} °C	HGT mg/dl	ECG	APGAR
DIGES		<input checked="" type="checkbox"/> NORM () EPIGASTRALGIA () HDA () HEMATÊMESE	22:00	100	100	96	98.1	-	140 mg/dl	-	-
ABDO		<input checked="" type="checkbox"/> NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL:	PROCEDIMENTOS REALIZADOS								
NEUR		<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTADO () MIDRIASE () MIOSE () ANISICO () ISOCORICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO	OXIGÊNIO: ___ l/min () CAT. NASAL () MR () BVM () ASPIRAÇÃO DE VVA () ELEVAÇÃO DE DECUBITO () CAN. OROFARÍNGEA () ML () CT () SNG () SVD AVP ABOCATH N° 18 LOCAL: MSE. CURATIVO: () COMPR. () SIMPLES () TORNQUETE () IMOBILIZAÇÃO - LOCAL: MIE () KED () COLAR CERV. - TAM: M OUTROS:								
GINEC		() TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRAGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA CONTRAÇÕES: MIN: BCF: () NORMOFO () HIPOFON									
QUEI		CAB PESC TANT TPOS PERI MSD MSE MID MIE									
ANTECEDENTES: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS: fuga alergia (SIL)		MEDICAMENTOS EM USO: não (SIL). ANTECEDENTES FAMILIARES:									
QUEIXAS: parte ader no MIE.											

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: () Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal Prejudicada () Confusão aguda () Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Interação social prejudicada () Incontinência Intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação

Outros: Dor no MIE (fratura exposta na região de patela e).

Intervenções: Imobilização segundo o protocolo do APH; Administração de analgésico + medicação EPM sob regulação; Manutenção dos SSVU; curativo

Implementações da assist. / evolução de enfermagem: Ao chegarmos no ATU, a vítima estava com o membro superior esquerdo em posição de extensão, com o punho desviado para a direita, apresentando dor intensa na região de patela e fratura exposta no MIE (fêmur). Após avaliação, foi realizada a imobilização com o protocolo do APH, sendo enviado para o hospital com o membro superior esquerdo em posição de extensão, com o punho desviado para a direita.

REPOSIÇÃO VOLÊMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	500 ml	Dignone	0,2mg + AD + EU		18:15 h
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%					
SOLUÇÃO GLICOSADA 0,5%					
OUTRO					

Por todo corpo, ferimentos e abrasões na região de membros superiores e inferiores, com lesões na região de patela e fratura exposta no MIE (fêmur). Após avaliação, foi realizada a imobilização com o protocolo do APH, sendo enviado para o hospital com o membro superior esquerdo em posição de extensão, com o punho desviado para a direita.

EQUIPE

IDENTIFICADOR: 156-883 TCC: —

Manoel de Jesus

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Urg. São Bento RESPONSÁVEL: —

FUNÇÃO:

TÍTULO DO EXAME

Dr. Antonio Rogério de Jesus
Médico
CRM-PB 8429 RN 7473
CNS 700503131082756

DECLARAÇÃO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU PRESTANDO O ATENDIMENTO O SEU NOME É: Dr. Antonio Rogério de Jesus

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____

RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____

TESTEMUNHA 02: _____

PRETENSÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____

NOME DO RECEPÇÃO: _____

FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPÇÃO: _____

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 84704 PRONTUÁRIO 43003
DATA 22/12/2019 HORA 01:10 OPERADOR EALVES
MÉDICO MOURIBE ARRUDA FELINTO

PACIENTE EDIVALDO TOME DA SILVA IDADE 31a 6m

RESUMO CLÍNICO:

Trauma em Joelho ESQ.

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur distal

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Tto cir

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

sem intercorrências

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Retorno + med. ext.

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (x) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para _____

PATOS/PB, 08 DE JAN DE 2020.

HORA DA ALTA MÉDICA: _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

V-02
P-239

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA PARANAENSE
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE REGISTRAÇÃO



ASSIGNADA IDENTIDADE

Jaques Ramos Wanderley



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DCC ORIGEM CASAM N.10726 FLS.248 LIV.8-28
CARTÓRIO - POMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO CORETIVO

LEI Nº 7.119 DE 2006/04

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 01286784

UNO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS PIS LEONIS
(Art. 13 da Lei n.º 2.889/64)



ASSINATURA DO PORTADOR

EXERCIÇÃO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

11864

Nome
JAQUES RAMOS WANDERLEY

Filiação
AMINTAS DANTAS WANDERLEY
RILVANIA RAMOS WANDERLEY

Residência
POMBAL-PB

DATA DO ASSUNTAMENTO
08/05/1980

RG
3428328 - SSP PB

CIV
032.878.134-08

PROFISSIONAL
KAO

DATA DE EXERCÍCIO
01/10/2008

JOSE EDUARDO POYTO JUNIOR
POMBAL-PB

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

P.919




Assinatura do Titular
Edivaldo Tome da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3000192

EDIVALDO TOME DA SILVA

Dagmar Tome da Silva

Edinete Tome
Perilista-PB

14.06.1988

DATA DE NASCIMENTO

Cart. Tasc. 9263, P1a. 22v, Itv. A-10 de
Cart. do Perilista-PB

Assinatura do Titular
Edivaldo Tome da Silva




MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
706.110.284-50

Nome
EDIVALDO TOME DA SILVA

Nascimento
14/06/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
9176.7646.652F.4A32

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

As 08:49:31 do dia 20/03/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

9829649387

9829649387

BILHETE DE SEGURO DPVAT

9829649387

PREÇO TARIFARIO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ 03.208.208/0001-24
1154-0000/0057/001387

DE NITRO

DE NITRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO FEDERAL DE REVENHOS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRAS NACIONAIS DE VEICULOS AUTOMOTORES



PB



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1665623017

NOME
AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR



DOC. EMITIDO / DATA EMISSÃO DO
2870446 SSP PB

CPF DATA NASCIMTO
064.978.664-50 06/01/1985

RENÇÃO
AMINTAS DANTAS
WANDERLEY
RIVANIA RAMOS
WANDERLEY

PROFISSÃO NIC CATEGORIA
[REDACTED] [REDACTED] AD

Nº RENOVADO VIGÊNCIA 1ª EMISSÃO
04065760079 20/12/2021 29/03/2007

EMISSÃO
DIF:

Amintas Dantas Wanderley Junior
ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1665623017

LOCAL DATA EMISSÃO
POMBAL, PB 07/12/2018

Amintas Dantas Wanderley Junior
ASSINATURA DO EMISOR
23146464749
PB036866040

PARAÍBA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISMC ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200171825665 ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO
07182566.5

MATRÍCULA 07182566.5
CLIENTE AMINTAS DANTAS W JUNIOR
CPF/CNPJ: 064.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO 22/01/2020

INSCRIÇÃO 112.002.155.0307.000
ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA SANCHA QUEIROGA ALENCAR, 5/N - 1 ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA
ÁGUA LIGADO
ESGOTO POTENCIAL

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

LEITURA		CONSUMO	CONSUMO/DIA
ANTERIOR	ATUAL	(M ³) DIAS	(M ³)
67	70	3	30
09/12/2019	08/01/2020	N°Hm: Y15N469919	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	3 M3	37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL R\$ 37,91

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRÍCULA 07182566.5
INSCRIÇÃO 112.002.155.0307.000

FATURA 01/2020
NÃO RECEBER APOS 31/01/2021

VENCIMENTO 22/01/2020

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 630 FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

69173737

REFERENCIA

JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - I - PETROPOLIS
POMBAL, PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
3085013364	17/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
2505		2518	13	30	08/02/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
DEZ/2019	14	PARAMETROS EXIG. ANALIS.		CONFORMES		
NOV/2019	13	TURBIDEZ	0	0	0	
OUT/2019	16	CLORO	0	0	0	
SET/2019	11	CÚL.TERROT	0	0	0	
AGO/2019	10	COR	0	0	0	
JUL/2019	15	COL.TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 4,80 PIS E CONFINS.LEI 12.741/17

VENCIMENTO: 23/01/2020 **Total a Pagar: R\$ 52,58**



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRICULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSAIS DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



CAGEPA

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

DÉBITO AUTOMÁTICO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: EDIVALDO TOME DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM RG: 3000192 SSP/PB E CPF: 706.110.284-50, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO ANDRE, S/N, ZONA RURAL, CEP: 58.860-000, PAULISTA – PB. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima EDIVALDO TOME DA SILVA, COM RG: 3000192 SSP/PB E CPF: 706.110.284-50 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 12 / 2019.

PAULISTA - PB, 24 / 01 / 2020.

Edivaldo tome da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

 FRANCISCO MARTINS LOPES – SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - OFÍCIO ÚNICO
Rua Manoel de Almeida Martins - 130 - Centro - 52070-000 - Paraíba/PB - F: (35) 3445-1387 - 3445-1852 - atendimento@notariarjpb.com.br

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de
EDIVALDO TOME DA SILVA, EM TEST. DA
VERDADE, DOU FE. Paulista, PB, 28/01/2020.

Saturnino de Almeida Martins
SATURNINO DE ALMEIDA MARTINS
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AJS17006-3A3I
Consulte os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUN. RS: 9,22 FARENSE. RS: 0,30 FEPJ. RS: 2,25

Consulte A Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
selo digital nº A7517006-3A3I



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067658/20

Vítima: EDIVALDO TOME DA SILVA

CPF: 706.110.284-50

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: EDIVALDO TOME DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

EDIVALDO TOME DA SILVA : 706.110.284-50

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: 19/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL