

### Autenticação Mecânica

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ANTONIO M SILVA GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.699.484 / 00

do sinistro de DPVAT cobertura INVALID da Vítima ANTONIO M SILVA GOMES

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 650.699.484 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

|                                                   |                         |                                                   |
|---------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------|
| Endereço:<br><b>Rua Roldão Zacarias de Macedo</b> | Número:<br><b>145</b>   | Complemento:                                      |
| Bairro:<br><b>JK</b>                              | Cidade:<br><b>Picuí</b> | Estado:<br><b>PB</b>                              |
| E-mail:<br><b>nilotdantas@hotmail.com</b>         |                         | CEP:<br><b>58187-000</b>                          |
|                                                   |                         | Tel. (DDD):<br><b>(83) 99912-5490 / 3371-2274</b> |

Local e Data: Picuí/PB, 29 de 10 de 2020

Nilô Trigueiro Dantas

Assinatura do Declarante

# FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA

REGISTRO DE CHAMADAS

SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



Nº 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0  
 Médico(a) Regulador(a) Dr. (a) TALE HORA: 10h 45min.  
 MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ INFORMAÇÃO\* ☐ OUTRO\* CRIM.  
 Solicitante: ALEX. CUITÉ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Município de Origem: \_\_\_\_\_

TIPO: ☒ TRAUMÁTICO ☐ CASO CLÍNICO ☐ OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO  
 QUEIXA DO SOLICITANTE: CAÍDA NA RUA  
 OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

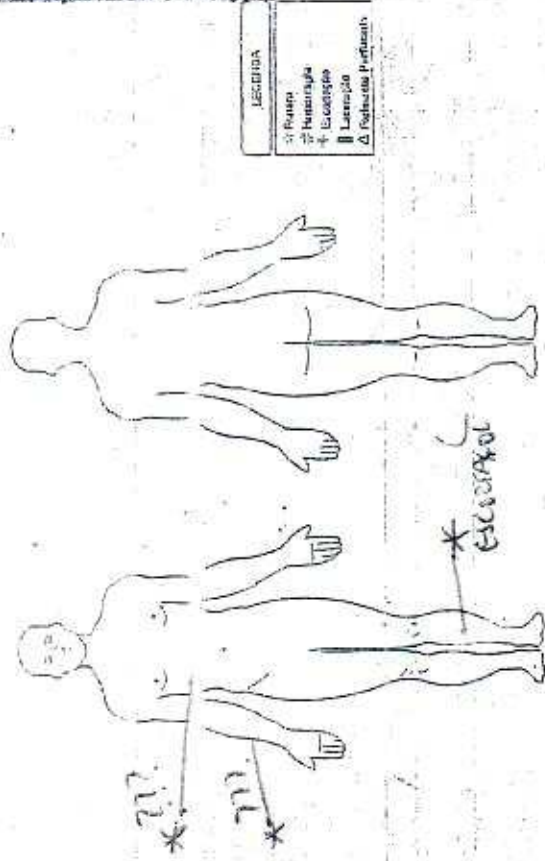
Nome Completo: ANTONIO DA SILVA GOMES ☒ MASC. ☐ FEM.  
 Endereço onde se encontra o(a) Paciente (Rua, Nº, APT, Bairro, Fone de referência): 132, 104, próximo ao Largo PIAVALLO.  
 Nº do Documento: 030.699.424-00 Nº do Cartão do SUS: 700.0004.03876541

ESTADO DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Outros: \_\_\_\_\_  
 RESPIRAÇÃO: ☒ Espontânea ☐ Superficial ☐ Irregular ☐ Não Respira ☐ Não Sabe  
 PULSO: ☒ SIM ☐ Normal ☐ Rápido ☐ Lento ☐ Irregular ☐ Sem pulso ☐ Não Sabe  
 SANGRAMENTO: ☐ Ourelo ☐ Nariz/Boca ☐ Vaginal ☐ Hematêmese ☐ Grande ☐ Outro: \_\_\_\_\_  
 DOR AGUDA: ☐ Abdominal ☐ Cervical ☒ Torácica ou Abdominal ☐ gta. disto- ☐ Outro: \_\_\_\_\_

TRABALHO DE PARTO: ☐ 01 Contração / 10 min. ☐ 1-3 Contração / 10 min. ☐ 3-5 Contração / 10 min. ☐ Não Sabe ☐ Bolso Rôta ☐ Sangramento ☐ Nascimento  
 TRAUMA: ☐ Queda da própria Altura ☐ Queda de Altura inf. a 4 m ☐ Queda de Altura sup. a 4 m ☐ Explosão  
 GRAVIDADE PRESUMIDA: ☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☐ MORTE ☐ UT ☐ RÁPIDO  
 MEIOS: ☐ USA ☒ USB ☐ UT ☐ RÁPIDO

TRANSPORTADO: ☐ HORÁRIOS: 16:45 16:48 16:55 17:20 17:35 18:10  
 EQUIPE: ☐ Corpo de Bombeiros ☐ Polícia Militar ☐ Defesa Civil ☐ Polícia Civil ☐ INFRALERO ☐ Pol. Rod. Federal ☐ IML ☐ Recusou Remoção ☐ Obito no Local ☐ Obito no Transporte

APOIO SOLICITADO: ☐ CPTAN ☐ STRANS ☐ Cancelado ☐ Recusou Atendimento ☐ Não se Encontra no Local  
 INCIDENTE: ☐ Cancelado ☐ Recusou Remoção ☐ Obito no Local ☐ Obito no Transporte



## CONDIÇÕES DO PACIENTE

Paciente vítima queda alto, em decúbito supino, 60 minutos com o membro superior direito com fratura do rádio e ulna, com mobilidade reduzida do membro superior direito e membro superior esquerdo com fratura do rádio e ulna, com mobilidade reduzida do membro superior direito e membro superior esquerdo.

| ESCALA DE COMA GLASGOW  |                         |        |  | ESCORE DO TRAUMA |       |       |       |
|-------------------------|-------------------------|--------|--|------------------|-------|-------|-------|
| ADULTOS                 | MENORES DE 5 ANOS       | ESCALA |  | 10-24            | 25-35 | 36-45 | 46-55 |
| Abre espontaneamente    | Abre espontaneamente    | 4      |  |                  |       |       |       |
| Com Estímulos Auditivos | Com Estímulos Auditivos | 3      |  |                  |       |       |       |
| Com Estímulos Dolorosos | Com Estímulos Dolorosos | 2      |  |                  |       |       |       |
| Não Abre os Olhos       | Não Abre os Olhos       | 1      |  |                  |       |       |       |
| Orientado               | Orientado               | 5      |  |                  |       |       |       |
| Confuso                 | Confuso                 | 4      |  |                  |       |       |       |
| Palavras Inapropriadas  | Palavras Inapropriadas  | 3      |  |                  |       |       |       |
| Sons ou Gestos          | Sons ou Gestos          | 2      |  |                  |       |       |       |
| Nenhuma                 | Nenhuma                 | 1      |  |                  |       |       |       |
| Obedece Solicitações    | Obedece Solicitações    | 6      |  |                  |       |       |       |
| Localizar Dor           | Localizar Dor           | 5      |  |                  |       |       |       |
| Flexão Normal           | Flexão Normal           | 4      |  |                  |       |       |       |
| Flexão Anormal          | Flexão Anormal          | 3      |  |                  |       |       |       |
| Extensão a Dor          | Extensão a Dor          | 2      |  |                  |       |       |       |
| Nenhuma                 | Nenhuma                 | 1      |  |                  |       |       |       |
| ESCALA DE COMA GLASGOW  |                         |        |  | ESCORE TRAUMA    |       |       |       |
|                         |                         |        |  | 15               |       |       |       |

UF: PB

HORA: 17:00 XON

SEXO: ☒ F ☐ M IDADE:

DOCUMENTO: 690 699. 694.0

ESTADO CIVIL

ESTADO UF: PR

$$\overline{1004\ 038 + 6541}$$

NASCIMENTO: 13-08-1969 DATA DO ATENDIMENTO: 11-12-2019

1. Parasitism - Parasitism is  
 2. Parasitism is a way of life  
 3. Parasitism - Parasitism

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

13 - 100 x 800 m<sup>2</sup>. net to. see above

## RESULTADOS

|  |     |
|--|-----|
|  | CB0 |
|--|-----|

**CRM**  
**OU PLEGAR DIREITO**

Artist: Chitra

1. King Francis Ribeiro

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

## MATERIAIS USADOS

MATERIAIS USADOS

1. TITANIO 60% 500g - 1730h

2.

3. Ducto para o tanque 200g

4. Lâmina de aço 10x10x10

**CARÁTER DO ATENDIMENTO**

**11- ELETIVO**

[ ] 2- URGÊNCIA

3-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

4- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

## 6- OUTROS TIPOS DE LESÕES ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

## DIAGNÓSTICO

Shirley Leach CID-10:

### MEDICACÃO

[ ] 1-PRESCRIÇÃO

[ ] OBSERVAÇÃO [ ] RESIDÊNCIA

☐ 2. APLICADA

**[ 1 ÓBITO ]**

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO/PROCÉDIMIENTO

1-

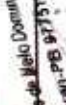
2-

ॐ



# RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: Antonio da Silva Gomes IDADE: 50 DATA: 11.12.19

| HORA   | MEDICAÇÃO      | QUEIXAS                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ALTA                                                                                                                                               |
|--------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17:20h |                | Paciente admitido neste setor<br>trazendo pelo Sane após visita<br>muito motivado, apresentando exames<br>méd. o mesmo pref. RX: imobiliza-<br>ção, me braco direito, e boque<br>em observação para monitorar<br>logo cedo e para o hospital<br>Regional de Píqui para melhor<br>avaliar ortopedia | <br>Lailan Soares de Melo, Dominica Maria<br>Lailan, PB 97751-11  |
| 20:25  | Dilofanaco III | Paciente despiu sem dor de<br>costa, imobilizado na cama de<br>observação, medicação conforme<br>prescrição médica e boque em<br>observação                                                                                                                                                        | <br>Lailan Soares de Melo, Dominica Maria<br>Lailan, PB 97751-11 |
|        |                | 17-147 / 30m, n. 11                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                    |

BIA GRÁFICA: (35) 6663-4111 - PICULOP®





Prefeitura Municipal de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde  
Centro de Reabilitação - CER

## DECLARAÇÃO

### DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que, o Sr. Antônio de Silveira Gomes, 50a, 1 realige Hs. Fisioterapêuticos, apresentando dor e limitação funcional do punho e antebraço D, decorrente de fratura do rádio D. O mesmo não apresenta condições de realizar mesati-vidades ~~trabalhistas~~ como agricultor por tempo indeterminado.

M<sup>te</sup>. Vilma da F. de Garcia  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO 21337-F - CPF 000.146.800-00

Fisioterapeuta

7  
Data: 19/03/2020



SECRETARIA DE SAÚDE  
DA SAÚDE



PARAÍBA  
Governo do Estado



## HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Felipe Nogueira Gomes  
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo  
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba  
Telefone: (83) 3371-2554/ 3371-2990.  
CNPJ: 03.515.174/0001-85

### RECEITUÁRIO MÉDICO

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS  
DEVIDOS FINS QUE,  
ANTONIO DA SILVA  
GOMES, APRESENTA  
FRATURA DISTAL DO  
RÁDIO DIREITO  
CONSOLIDADA,  
REFERINDO LIMITAÇÃO  
FUNCIONAL E DIFICULDADE  
PARA SUAS ATIVIDADES  
LABORAIS, NECESSITANDO  
AVALIAÇÃO DA PERÍCIA  
MÉDICA.

cid 552.

Dr. Raiton Marinho da Costa  
CRM 3965-PB/13.199-PE  
288

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e assinatura do médico

29.02.20

AO RETORNAR TRAZER ESTA PRESCRIÇÃO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a)  
Antonio Joilson Gomes portador(a) da  
identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a)  
por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, submetido(a) a  
\_\_\_\_\_ portador da  
patologia CID-10 S52, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90  
noventa dias, a partir desta data.

Picuí-PB, 12/12/19.

[Assinatura]  
Dr. Ralfon Marinho da Costa  
CRM 3965-18/13.153-9/PB  
TEOT 1.288

Assinatura e Carimbo do(a) médico

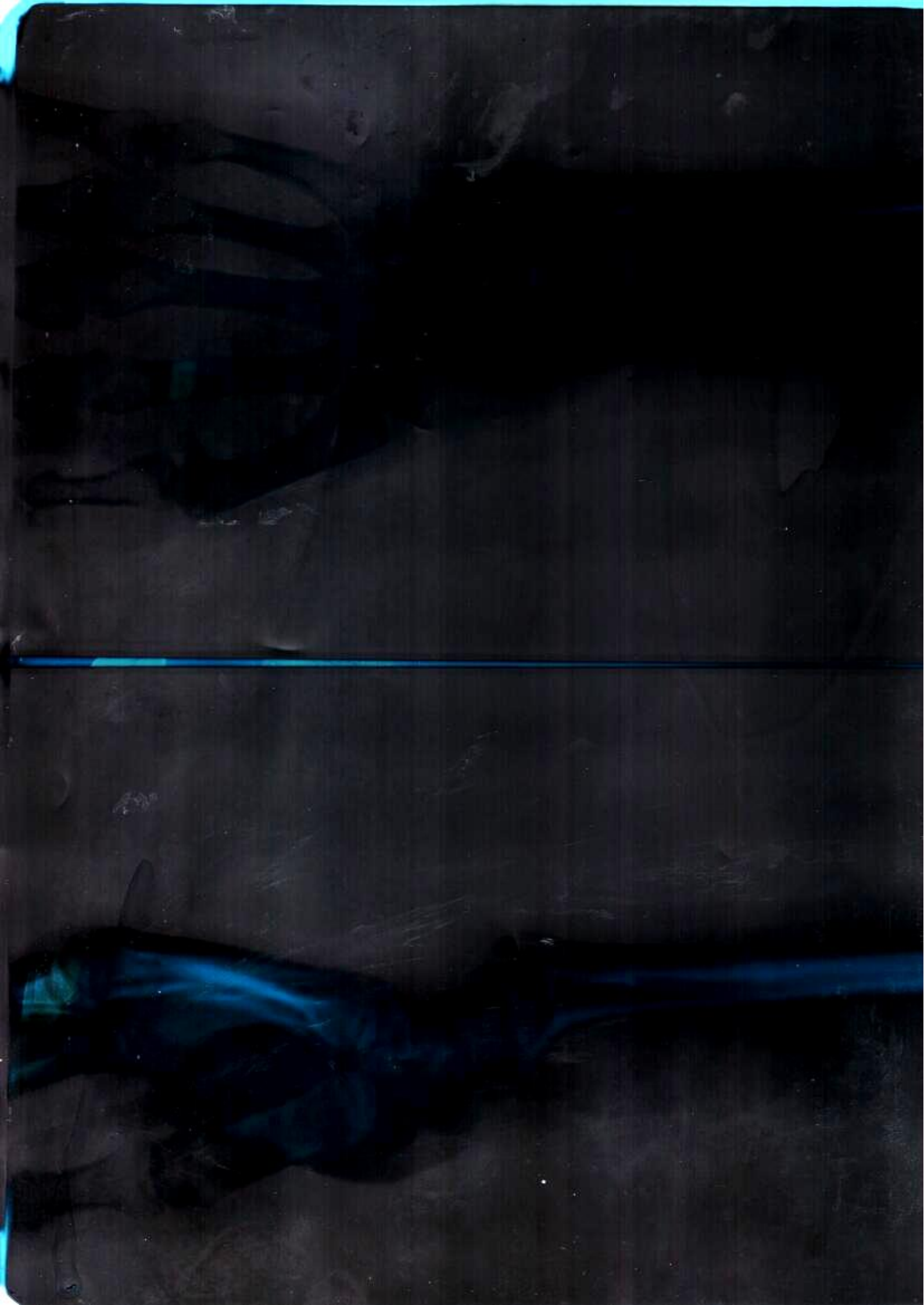
AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o(a) Dr.(a)  
\_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO





# ISOLICITAÇÕES DE EXAMES



Nome: WILSON DA SILVA JR Data de nascimento: 15/08/1967 Idade: 50 Sexo: M ( ) F ( )

Nome da mãe: Lucia Helena da S. Gomes CNS: 70040587 0001 Identidade: 1458 843

Endereço (logradouro, nº, bairro): R. PAVÃO 10 P. JARDIM DE SOUZA, 800534 Município: Curitiba

Motivo da solicitação: Eleito ( ) Urgência ( ) Profissão: Agente de Saúde

| Exames solicitados | Código | Exames solicitados   | Código |
|--------------------|--------|----------------------|--------|
| HEMOGRAMA ( )      |        | PC REUMATÓIDE ( )    |        |
| GLICEMIA ( )       |        | FATOR REUMATÓIDE ( ) |        |
| URÉIA ( )          |        | ÁCIDO ÚRICO ( )      |        |
| CREATININA ( )     |        |                      |        |
| ASLO ( )           |        |                      |        |

Profissional solicitante: Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira  
Data: 15/06/2020  
Autorização: GERENDE E REUMATOLOGIA  
CRM-5221 TEO 1702  
Senha da central de marcação

Unidade solicitante: Código da unidade Unidade prestadora Código

Data e hora da realização do procedimento: Assinatura do usuário: Polegar direito

Assinatura e carimbo do prestador:

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461822

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS (LEI 3043/13 Art. 1º, I, § 1º)



ASSINATURA DO PORTADOR

*Nilo Trigueiro Dantas*



ORIENTAÇÕES



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

KOD  
NILO TRIGUEIRO DANTAS

FILIAÇÃO  
NILVAN ARAÚJO DANTAS  
MARLI LÚCIA TRIGUEIRO DANTAS

NATURALIDADE  
JOÃO PESSOA-PB

RG  
2889925 - SSP/PB

DATA DE NASCIMENTO  
09/08/1983

CPF  
047.951.774-65

DOADOR DE ÓRGÃO E TISSUE  
NÃO

DATA DE EMISSÃO  
01/10/2013

*Odor Bezerra Cavalcanti Sobrinho*  
ODOR BEZERRA CAVALCANTI SOBRINHO  
PRESIDENTE

13220



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número  
690.699.484-00

Nome  
ANTONIO DA SILVA GOMES

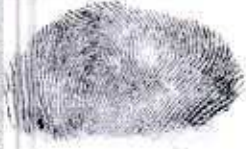
Nascimento  
13/08/1969

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-234

*Antonio da Silva Gomes*  
ASSINATURA DIGITAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
DERA 1.438.843 - 2 VIA DATA DE  
EXPEDIÇÃO 27/01/2010

NOME ANTÔNIO DA SILVA GOMES

FILIAÇÃO MANUEL FERNANDES GOMES  
FRANCISCA ROMUALDA DA SILVA GOMES

NATURALIDADE CUITÉ-PB DATA DE NASCIMENTO 13/08/1969

DOC ORG GÊN. C/ AVERB N.3026 F.14-V L.BAUX-06  
CARTÓRIO CUITÉ-PB

CPF 690.699.484-00

JOÃO PESSOA - PB

*João Pessôa*  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - PB  
PRT -

Nº 5266317791

20031500000507-4

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 1 COD. RENAVAM 190533196 R.T.B.

NOME/ENDEREÇO  
JOSE AGOSTINHO DE OLIVEIRA  
R DO CRUZEIRO 80  
ONA URBANA  
58275000 ITAPOROROCA - PB

CPF/CGC 26234793487 PLACA KFF0054/PB

NOME ANTERIOR  
SEBASTIAO JOSE GENEIRINO

PLACA ANT/UF KFF0054 PE CHASSI 9C2JC1801RRR06206

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TODAY ANO FAB 1994 ANO MOD 1994

CAP/POT/CL 2 P/125 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMINIO

ITAPOROROCA - PB 24/02/2003  
6297 AURELIANO D. LEIA  
COORD. RENAVAM D.R.V. 31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR  
VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT

PB Nº 5266317791

BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME/ENDEREÇO  
JOSE AGOSTINHO DE OLIVEIRA  
R DO CRUZEIRO 80  
ONA URBANA  
58275000 ITAPOROROCA - PB

CPF/CGC 26234793487 PLACA KFF0054 /PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVENIO

PBNº 5266317791

EXERCICIO 2002 DATA EMISSAO 24/02/2003

NOME/ENDEREÇO  
JOSE AGOSTINHO DE OLIVEIRA  
R DO CRUZEIRO 80  
ONA URBANA  
58275000 ITAPOROROCA - PB

VIA 1 CPF/CGC 26234793487 PLACA KFF0054 PB

COD. RENAVAM 190533196 MARCA/MODELO GAS HONDA/CG 125 TODAY

ANO/FAB 1994 CAT. BSE 9 CHASSI 9C2JC1801RRR06206

USE: CATEGORIAS TAXATIVAS 02 OU 04 NAO COBRAM NESTE BILHETE (VIG. OBSERVAÇÃO 4 DO VERSO)

PRÊMIO LIQUID(R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$) JOF (R\$)  
\*\*\*\*\* SEGURO F A B O

TOTAL(R\$) 5266317791

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200392266 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 03 E 06.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 06, DR. RAILTON MARINHO DA COSTA, CRM/PB 3965, 27/02/2020.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

## PROCURAÇÃO

Outorgante: ANTONIO DA SILVA GOMES, brasileiro(a),  
DIVORCIADO, AGRICULTOR, portador(a) do RG nº.  
1438843 expedido por SSP/PB em 27/01/2010 e do CPF nº.  
690.699.484-00, residente na (o)  
RUA DO SISAL, 54, JARDIM PLANALTO  
município de CUITE - PB, CEP 58175-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.  
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº  
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB.  
e-mail: [nilotdantas@hotmail.com](mailto:nilotdantas@hotmail.com) tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)  
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer  
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em  
acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ANTONIO DA SILVA GOMES, ocorrido em  
11 / 12 / 2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo  
de natureza INVALIDEZ a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo  
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de  
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da  
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que  
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento  
do presente mandato.

NOVA FLORESTA PB, 22 de OUTUBRO de 2020.

Antonio da Silva Gomes  
outorgante

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL  
Rua Prof. Felinto Florentino, 60  
Centro - Tel: (83) 3374-1414  
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço (s) (mais) e (s) (s) por autenticidade  
de: Antonio da Silva Gomes

AKQ48533 - 0XOY

Consulte a autenticidade em: <https://seodigital.tpb.jus.br>

Dou fé: Teste (s) (s) da verdade  
Nova Floresta PB 22, outubro, 2020

Adriana da Silva Costa Oliveira

Elisana Clementino Pereira  
Escriturante Substituta

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL  
Rua Prof. Felinto Florentino, 60  
Centro - Tel: (83) 3374-1414  
NOVA FLORESTA - PB

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311509/20

**Vítima:** ANTONIO DA SILVA GOMES

**CPF:** 690.699.484-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/12/2019

**Titular do CPF:** ANTONIO DA SILVA GOMES

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

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

### ANTONIO DA SILVA GOMES : 690.699.484-00

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](http://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: 03/11/2020  
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS  
CPF: 047.951.774-65

NILO TRIGUEIRO DANTAS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/11/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200392266 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/11/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 03 E 06.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 06, DR. RAILTON MARINHO DA COSTA, CRM/PB 3965, 27/02/2020.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200392266

Vítima: ANTONIO DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DA SILVA GOMES

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANTONIO DA SILVA GOMES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 0000051617-9

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](http://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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 51617 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ 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 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,

Picui-PA, 25/10/2020  
Antonio da Silva Gomes

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

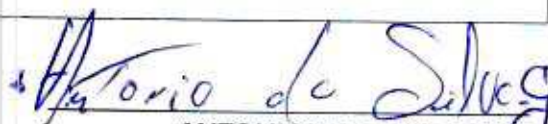
NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

**OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 255/2020**

Aos **22 de outubro de 2020**, nesta cidade de **CUITÉ-PB**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(a) **RODRIGO MONTEIRO DE OLIVEIRA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **ANTONIO MEDEIROS DIAS-EPC matr. 155.109-4**, ao final assinado, ai, por volta das **08:54** horas, compareceu **ANTONIO DA SILVA GOMES**, conhecido(a) por **JOSA**, nacionalidade **BRASILEIRO**, estado civil **UNIÃO ESTÁVEL**, ocupação habitual **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO MÉDIO**, com **51** anos de idade, nascido(a) aos **13/08/1969** em **CUITÉ - PB**, filho(a) de **MANUEL FERNANDES GOMES** e **FRANCISCA ROMUALDA DA SILVA GOMES**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **1.438.843**, expedido pela **SSDS/PB** e C.P.F. de Nº **690.699.484-00**, residindo no seguinte endereço **PRAÇA DO SISAL, 54 - JARDIM PLANALTO**, cidade de **CUITÉ - PB**, telefone: ( ) , celular: **(83) 99672-6143**, a(o) qual, *ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro*, Declarou que:

NO DIA 11/12/2019, POR VOLTA DAS 17H00, PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TODAY, COR VERMELHA, ANO/MODELO 1994, PLACA KFF 0054/PB, CHASSI 9C2JC1801RRR06206, RENAVAL 190533196, LICENCIADA EM NOME DE JOSÉ AGOSTINHO DE OLIVEIRA, PELA BR 104, QUANDO PASSAVA NA ENTRADA DO BAIRRO BELA VISTA ALGUNS CÃES INVADIRAM A PISTA FAZENDO COM QUE O NOTICIANTE COLIDISSE COM ELES; QUE O NOTICIANTE CAIU COM A MOTO, SOFRENDO FRATURAS EM UM DOS BRAÇOS E COSTELAS; QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PICUI/PB, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO. QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS: 1) MARIA FRANCISCA RIBEIRO SOUSA, RG 1.838.626 SSDS/PB, CPF 992.256.974-49, RESIDENTE NA PRAÇA DO SISAL, 54 - JARDIM PLANALTO - CUITÉ/PB; 2) JOSÉ RONALDO DA SILVA GALDINO, RG 3.304.655 SSP/PB, CPF 071.503.394-84, RESIDENTE NA AV. OSVALDO VENANCIO DOS SANTOS, 39 - JARDIM PLANALTO - CUITÉ/PB. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

  
**ANTONIO DA SILVA GOMES**  
Noticiante

  
**ANTONIO MEDEIROS DIAS-EPC matr. 155.109-4**  
Responsável pelo registro

# 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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 51617 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ 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 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,

Picui-PA, 25/10/2020  
Antonio da Silva Gomes

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
5/243868-7

DECLARE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002439867

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00002439887                                                         |                                                                                                                                                       |
|  <p>VALOR DA FATURA</p> <p><b>R\$ 52,39</b></p> |  <p>APRESENTO</p> <p><b>11/11/2020</b></p>                           |
|  <p>REFERÊNCIA</p> <p><b>Out / 2020</b></p>     |  <p>CONSUMO</p> <p><b>61kWh</b></p> <p>1,91 kWh<br/>MÉDIA DIÁRIA</p> |
| INFORMAÇÕES DE CONTATO                                                                                                           |                                                                                                                                                       |

| CC   | Descrição                | Quant | Taxa de<br>Tributação | Valor Base Calc<br>Total (R\$) | Alíq<br>ICMS | Valor Base Calc<br>ICMS (R\$) | Alíq<br>PIS/COFINS | Valor Base Calc<br>PIS/COFINS (R\$) | Valor Total<br>ICMS (R\$) | Valor Total<br>PIS/COFINS (R\$) | Valor Total<br>ICMS + PIS/COFINS (R\$) |
|------|--------------------------|-------|-----------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| 0804 | CONTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS | 0     | 0,788810              | 48,11                          | 48,11        | 25                            | 12,00              | 48,11                               | 0,70                      | 1,67                            |                                        |
| 0807 | CONTRIBUIÇÃO DE IMPOSTO  |       |                       | 4,83                           | 0,00         | 0                             | 0,00               | 0,00                                | 0,00                      | 0,00                            |                                        |
| 0904 | CONTRIBUIÇÃO DE IMPOSTO  |       |                       | 0,36                           | 0,00         | 0                             | 0,00               | 0,00                                | 0,00                      | 0,00                            |                                        |

|       |       |       |       |       |      |      |
|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| TOTAL | 47.10 | 48.11 | 52.02 | 48.11 | 0.32 | 1.49 |
|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|

764c, 119a, 181e, 663a, 1198, 59db, f7f1, 86f7

| HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh) |            | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO                                              |                    |               |
|----------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| Out/19                     | 88         |                                                                    |                    |               |
| Nov/19                     | 82         |                                                                    |                    |               |
| Dez/19                     | 88         |                                                                    |                    |               |
| Jan/20                     | 71         |                                                                    |                    |               |
| Fev/20                     | 57         |                                                                    |                    |               |
| Mar/20                     | 61         |                                                                    |                    |               |
| Abr/20                     | 60         |                                                                    |                    |               |
| Mai/20                     | 66         |                                                                    |                    |               |
| Jun/20                     | 66         |                                                                    |                    |               |
| Jul/20                     | 66         |                                                                    |                    |               |
| Ag/20                      | 66         |                                                                    |                    |               |
| Sep/20                     | 96         |                                                                    |                    |               |
| Out/20                     | 61         |                                                                    |                    |               |
| <b>LEITURAS</b>            |            | <b>Descrição</b>                                                   | <b>Valor (R\$)</b> | <b>%</b>      |
| Anterior 04/09/20          | 14620      | Serviços de Out. do Energisa PB                                    | 14,34              | 25,83         |
| Atual 06/10/20             | 14698      | Consumo de Energia                                                 | 14,69              | 27,83         |
|                            |            | Serviços de Transmissão                                            | 3,66               | 5,04          |
|                            |            | Energia Saneamento                                                 | 2,92               | 5,54          |
|                            |            | Impostos, Dretos e Emissões                                        | 19,44              | 34,96         |
|                            |            | Outros Serviços                                                    | 0,00               | 0,00          |
|                            |            | <b>Total</b>                                                       | <b>62,74</b>       | <b>100,00</b> |
|                            |            | Encargo de uso do Sistema de Distribuição (Ref. 8/2020): R\$ 17,60 |                    |               |
| <b>PRÓXIMA LEITURA</b>     |            |                                                                    |                    |               |
|                            | 03/11/2020 |                                                                    |                    |               |

## (REFERÊNCIA 00/2000 - Conjunto Cule)

| METRA                                                      | MENSAL | APURADO TRIMEST | ANUAL | LIMITEDETENSÃO(MV) |
|------------------------------------------------------------|--------|-----------------|-------|--------------------|
| Horas que o cliente possui energia - DUC                   | 8,56   | 4,16            | 11,10 | 22,21              |
| Vagas que o cliente possui energia - DUC                   | 3,30   | 1,00            | 8,80  | 13,20              |
| Duração da maior interrupção de energia por período - DMIC | 5,20   |                 |       |                    |
| Duração da interrupção por período em um ano - DICA        | 10,20  |                 |       |                    |

- Para preservar sua saúde, a Energia está pronta para atender pelo canal virtual site, App Energia ON e WhatsApp: (81) 99135-5540.

Esta NOTA FISCAL E CONTÁ DE ENERGIA fica disponível para consulta e pagamento a partir de 05/10/2020.

00190 00009 03268 926007 02331 336178 9 84360000005239

FAÇADOR: MARIA FRANCISCA FIBEIRO SOUSA, CPF/CNPJ: 882.256.274-48  
PO DO SISA: 54, J.D.FILANLTO  
C/TE: 18, C/P: 88176000

| Nome do Documento | Nº Documento | Deliberação | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|--------------|-------------|--------------------|------------|
| 000000000         | 000000000    | 11/11/2020  | R\$ 52,39          |            |

Journal of Interpersonal Violence 26(12)