

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA S

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000052000-0

Nr. da Autenticação 3853F76C22170071



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta nº: 9881078

A/C: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3160619991 ASL-1106052/16
Vitima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FIDEL FEITOSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta nº: 9898167

A/C: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3160619991 ASL-1106052/16
Vítima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FIDEL FEITOSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2016

Carta nº: 10087310

A/C: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3160619991 ASL-1106052/16
Vítima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FIDEL FEITOSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000052000-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160619991 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA BAZILIO VALE nº 00 - FRANCISCO LINS - NAZAREZINHO/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4071349 - SSP**
Data local do exame: **11/11/2016 CAJAZEIRAS/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Traumatismo corto contundente com perda de tecido na região plantar do pé esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

Periciando sequelado de traumatismo corto contundente com perda de tecido na região plantar do pé esquerdo, tratado com limpeza cirúrgica e sutura, curativo compressivo do mesmo e uso de antibioterapia. Paciente teve alta definitiva em 09/2016

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresentando edema residual no pé esquerdo. Presença de diminuição da força muscular do pé esquerdo.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

PÉ ESQUERDO

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIVE FECHAMENTO DO EXAMINADOR CONSIDERANDO DANO FUNCIONAL DO PÉ. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAJAZEIRAS, 11/11/2016

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:10035/PB


Dr. Jose Gerardo Vale Matos
MÉDICO CREMEC 3216
CRM PB 10035

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



SEGURO DPVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Imacilina Thaymar Rodrigues da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 4071540 EXPEDIDO POR ESP/AB EM 00 / 07 / 2016 E
CPF 1113222369-215 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Imacilina Thaymar Rodrigues da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

Marcos Aurelio Vidal

10 OUT. 2016

**CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 108 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000520000

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

06 de Setembro de 2016
LOCAL E DATA

Imacilina Thaymar R. de Souza da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	EVANDRO CASSIANO FERREIRA
Conta origem:	0558 / 013 / 00032302-7
Conta destino:	0558 / 013 / 00052000-0

Nome destinatário:	INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SO
Valor:	342.500

Data de débito:	06/09/2016
Data/hora da operação:	06/09/2016 10:34:35

Código da operação:	00196735
Chave de segurança:	QTNXTHE59AUV20J9

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

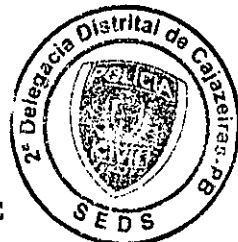
Marcos Aurelio Vidal

10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 712 /2016



Natureza da ocorrência: **SINISTRO DE TRANSITO**

Data do fato: **28/05/2016 - horário: 12:Hs, APROXIMADAMENTE**

Notificante: **INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA**, RG 4071349-SSP-PB e CPF- 113.222.364-45, brasileiro(a), natural de Sousa-PB, solteiro(A), ESTUDANTE, filho(a) de: INACIO JOSE DA SILVA E ARICELIA RODRIGUES DE SOUSA, Rua: BASILIA VALE, S/N , FRANCISCO LINS, NARAZEINHO - PB.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **DELEGADO PLANTONISTA**

Vítima: **O NOTIFICANTE**

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que no dia e hora acima descrito a notificante afirma que estava conduzindo uma MOTO HONDA CG 150 TITAN KS, ANO/MOD. 2008, CHASSI: 9C2KC08108R318359, PLACA MOD-4634/PB, COR CINZA, LICENCIADA EM NOME DE: JOSE ANDRE EUFRASIO. Que afirma o notificante que trafegava do sitio Poço Redondo, em sentido a Cidade de Nazarezinho, quando ao chegar nas proximidades do Cemitério, surgiu uma moto não identificada, que invadiu sua contramão, vindo a colidir lateralmente em sua moto, que devido ao forte impacto a mesma perdeu o controle, vindo a cair ao solo, sofrendo forte trauma em PE E, além de escoriações pelo corpo, sendo socorrida por terceiros ate o Hospital Regional da cidade de Sousa, onde recebeu os devidos cuidados medico. **QUE EM VIRTUDE DESTES FATOS VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT. SEGUINDO DETERMINAÇÃO DA PORTARIA DE Nº. 352/2013 DGERAL/SEDS - PB. Onde determina que os boletins de ocorrência sejam registrados em qualquer delegacia deste estado. Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal pela declaração que deu origem a este registro, ficando ciente das penas cominadas no art. Nº 299 do CPB. Nada a mais a consignar.**

DOCUMENTO 1 *T1%*



Cajazeiras, 23 de Agosto de 2016

Inacelia Thaynar Rodrigues de Sousa da Silva



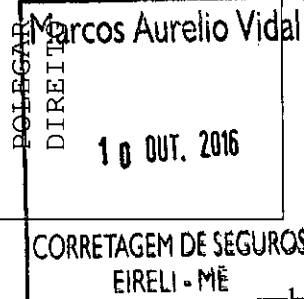
Notificante



Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Elisângela M. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155719-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LAACÉLIA THAYNAR R. DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 4.071.549 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.222.364-45 residente e domiciliado na RUA BASÍLIO VALE, S/N, FRANCISCO LINS Cidade NAZARETINHO Estado PAREMIBA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3%*

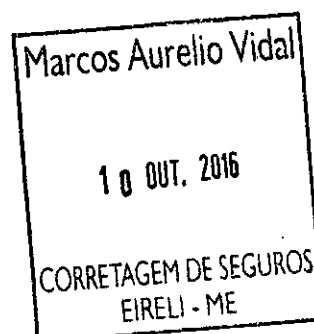


Xrosilvia Thaynar R. dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sousa PB 08/08/2016

Local e data





SUS

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 600043581



1600043581

Ato Laboratório

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

CARÂTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS. TIPOS, DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

CID - 10

ENCAMINHAMENTO

- ☐ MEDICAÇÃO
☐ PRESCRITA
☐ APLICADA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ ÓBITO
☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONALIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

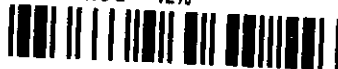
ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

DOCUMENTO 2 *T2%*



10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, INACELIA FAYANAR RODRIGUES DES. DA SILVA,

RG nº 4.071.549, data de expedição 20/07/12, Órgão SSP/PR

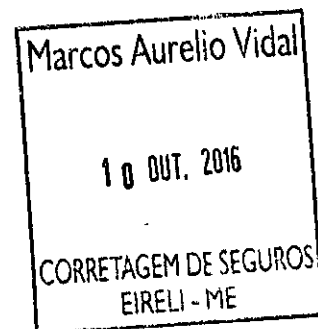
CPF nº 113.222.364-45, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA BAZILIO VALE</u>
Número	<u>SN</u>
Apto / Complemento	<u>- P - X - P - P</u>
Bairro	<u>FRANCISCO LINS</u>
Cidade	<u>NAZAREZINHO</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58817-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99180-9410</u>
E-mail	<u>- P - X - P - P</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUCA PR 08/08/2016

Assinatura do Declarante: X. Inacelia Faynar N. de Sampaio da Silva



AURICELIA RODRIGUES DE SOUSA
RUA BAZILIO VALE, S/N - FRANCISCO LINS
NAZAREZINHO / PB CEP: 56817000 (AG: 177)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO 8/230, kWh - Cota Reducao: João Pessoa / PB - CEP 53071-080
Potencia: 5 - 191 - 805 - 5840 Referencia: Mai / 2018 CNPJ 01651-3/0001-40 Insc. Est: 16.015.823-0
MP medidor: 00008093178 Emissao: 10/05/2018

EMPRESA PARAPARA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica / F000 305 568
Codigo para Débito Automático: 0000033420

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

UE (Unidade Consumidora) 5/3862-0

Mai / 2016

Canal de contato

- Tarefa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Apresentação

10/05/2016

Data prevista da
próxima leitura

09/06/2016

CNPJ / CNPJ / RANI

72739219420

Insc. Est:

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 05/05/2016 PAGAS.
OBRIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/04/16	11891	10/05/16	12126	32

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14481	4,33
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,24734	17,35
Consumo - 101 a 220kWh-BR	120	0,37191	44,62
Consumo acima de 220kWh-BR	15	0,41374	6,19
Subsidio			25,77
ICMS			38,46
PIS			1,02
COFINS			4,70

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

COMPENSAÇÃO POR INDICADOR- FIC 03/2016	-1,73
Devolução Subsidio	-25,77

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr/16	189
Mar/16	189
Fev/16	181
Jan/16	158
Dez/15	155
Nov/15	150
Out/15	222
Set/15	211
Ago/15	211
Jul/15	180
Jun/15	207
Mai/15	187

Média dos últimos meses
188 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	142,44	27,00	38,46
PIS	142,44	0,7183	1,02
COFINS	142,44	3,3032	4,70

VENCIMENTO

17/05/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 114,94

f1d5.132c.9bc2.2c47.a4d6.2e18.1204.4ecc.

Indicadores de Qualidade 3/2016 - São Gonçalo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,10	8,12
DIC TRIMESTRAL	18,11	
DIC ANUAL	32,23	
FIC MENSAL	3,70	
FIC TRIMESTRAL	7,35	
FIC ANUAL	14,70	
DICQ	4,48	
DICR	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	38,31	25,48
Compra de Energia	47,59	33,41
Serviço de Transmissão	2,85	2,00
Encargos Setoriais	11,51	8,08
Impostos Diretos e Encargos	14,18	10,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	142,44	100,00

Valor do EUSD (Ref 3.2016) R\$ 23,7

ATENÇÃO

Sua unidade foi fabricada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 25,77

Marcos Aurelio Vidal

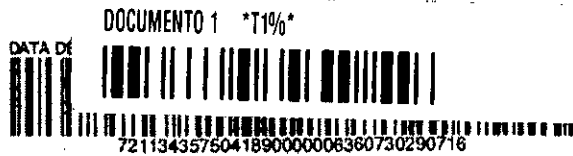
10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



CTC RECIFE PE JPA PL11
FIDEL FEITOSA
R SINFONIA NAZARE 58
ESTREITO
58800-788 SOUSA PB

Atendimento Claro - Lique 1052.
Auto-Atendimento - Lique *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro



Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99108 1939	de 20/06/2016 a 19/07/2016	12/08/2016	R\$ 48,36

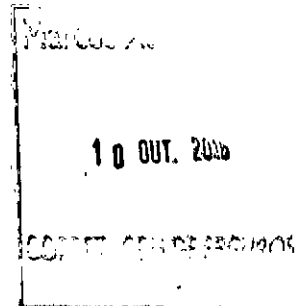
Valor pago na última conta: R\$ 96,81

Veja aqui o que está sendo cobrado

Débitos Anteriores - Ref 07/2016	R\$	1,08
Total de Débitos	R\$	1,08
Individuais		
Assinatura Controle	R\$	46,90
Juros e Multa	R\$	0,38
Total do Mês	R\$	47,28

Total a Pagar	R\$	48,36
----------------------	------------	--------------

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.



Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores.
Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FIST e FUNTEL (1% a 0,5% do valor dos serviços) não repassadas aos preços. Central de Atendimento da Anatel: 1311 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do Banco



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

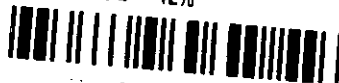
Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
FIDEL FEITOSA	143802137	20/06/16 a 19/07/16	R\$ 48,36	12/08/16
Claro NE DDD 81 a 89				

84810000000-8 | 48360221201-2 | 60812143802-7 | 13704628122-9



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu [assinatura], portador(a) do

RG nº 438196119, expedido por SSP/SP, em

18/10/2016, CPF/CNPJ nº 074248554-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) INACELIA

ADRYNAR R. DE S. DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima INACELIA ADRYNAR R. DE S. DA SILVA e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: NÃO POSSUI Renda Mensal: R\$ NÃO POSSUI

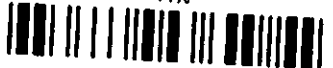
Documentos comprobatórios: RECUSAR

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

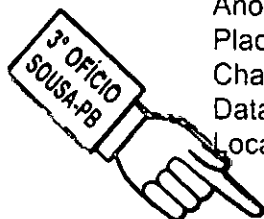
Marcos Aurelio Vidal

10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE ANDRÉ EUFRASIORG nº 3.608.695, data de expedição 02/12/2007Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 091.028.184-00, com domicílio na cidade de NAZAREZINHO, no Estado de PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA PROJETADA, nº SIN,complemento ---, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima INACELIA THAYNAR R. DE S. DA SILVA cujo o condutor eraINACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA.Veículo: FIAT / CB 150 Titan ESModelo: 2008Ano: 2008Placa: MOO 4634Chassi: 9C2K C08108 R318359Data do Acidente: 28/05/16Local e Data: SOUSA - PB 03/08/2016

Jose Andre Eufrazio
Assinatura do Declarante

Inacelia Thaynar R. de Sousa da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



JOSÉ NEVES MOREIRA
Serviço Notarial e Registral

Titular: Bel. Plínio Henrique Rodrigues Neves
Rua Sargento Edílio de Carvalho, 04 - Centro - Sousa - PB
CEP 58200-330 - Fone: (83) 3521-2970



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....

JOSE ANDRÉ EUFRASIO.....

.....

Em test.da verdade. Sousa-PB 03/08/2016 08:52:46

Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião

[2016-009410]EMOL:R\$ 18,49 FARPEN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25

SELO DIGITAL: ADS69014-SRJ6

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

Plínio Henrique Rodrigues Neves
TABELIÃO E OFICIAL

Marcos Aurelio Vidal

10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



SUS

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL600043581



1600043581

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N -
CEP: CNEC: 250453-7 CNPJ: ESTADO: PARAIBA UF: 25
MUNICÍPIO:

DADOS DO PACIENTE

NOME: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA PRONT: 00026055
SEXO: F DN - IDADE: 27/02/1996 - 20 A 3 M 1 D RAÇA / COR: PARDA
MÃE: AURILEIA RODRIGUES DE SOUSA OCUPAÇÃO
NATURALIDADE: SOUSA - PB SISPRENATAL:
CNS: 703401586137900 CPF: 113.222.364-45 DOCUMENTO: Identidade - 4701549
ENDEREÇO: DISTRITO - BAISILIO VALE - ZONA URBANA
COMPLEMENTO: CONTATO:
MUNICÍPIO: NAZAREZINHO CEP: 58.817-000 ESTADO: PARAIBA
CÓDIGO DO MUNICÍPIO 251000 DATA: 28/05/2016 12:26:06 REGISTRADO POR: maria.jose

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Leucos ultra de
medicamento
con febre
febre

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

Medicamento

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS, TIPOS, DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

Acidente de trabalho

DIAGNÓSTICO

CID - 10

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ PRESCRITA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ RESIDÊNCIA
☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ APLICADA
☐ ÓBITO
☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO

08/05/2016
Carimbo do profissional

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO

Marcos Aurelio Vidal

10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DOCUMENTO 5 *T5%*



DOCUMENTO 3 *T3%*

República Federativa do Brasil
Conselho Federal de Engenharia e Agronomia
Carteira de Identidade Profissional

Registro Nacional
160315046-3

Nome
FIDEL FEITOSA

Filiação
JOSE ORIGUVALDO BATISTA FEITOSA

Assinatura Profissional
FIDEL FEITOSA

C.R.R.
074.240.554-41

Documento de Identidade
438156119 887/SP

Tipo de Registro
B-

Matrícula Profissional
09/04/1968

UF
SP

Estado de Registro
SP

Cidade de Registro
SP

Ass. Presidente
SP

Registro no CREA
2714/07

Título Profissional
Técnico em Automação

Ass. do Profissional
Fidel Feitos

Marcos Aurelio Vidal

10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PB Nº 012507092515 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	03/05/2016
CPF / CNPJ	PLACA
09102818400	MOD4634
RENAVAM	MARCA / MODELO
00117049336	HONDA / CG 150 TITAN KS
ANO FAB	Nº CHASSI
2008	02CKC08108R318359
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$)	DESVAT (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)
PAGAMENTO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO
CUSTO DO SEGURO (R\$)	TOTAL A SEGUIR PELA SEGURO (R\$)
DATA DE QUITAÇÃO	

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradorafides.com.br

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB		Nº 012507092515	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD RENAVAM	RA/T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00117049336		2016
NOME			
JOSE ANDRE EUTRASIO			
CPF / CNPJ		PLACA	
09102018400		MOD4634	
PLACANT / UF		CHASSI	
NOVO / PB		9C2KCC001083310359	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLE / NAO APPLIC		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. / ANO MOD.	
HONDA / CG 150 TITAN KS		2008 / 2008	
CAT / POT / OIL		COR PREDOMINANTE	
2 F / 149 / CJ		CINZA	
COTA ÚNICA		VENC / COTAS	
1º IPVA PAGO EM 24/03/2016		1º *****	
FAIXA IPVA		2º *****	
*****		3º *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
*****		*****	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
SEGURO		P A G O 19/04/2016	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL		DATA	
NAZARETHINHO - PB		03/05/2016	

204381

9-24-1957 5:40 PM 15.407
Wash. Serv. 165213

Marcos Aurelio Vidal

10 OCT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160619991 **Cidade:** Nazarezinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 28/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

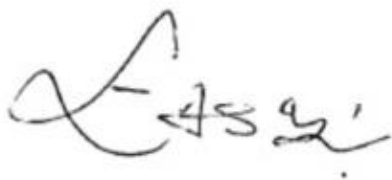
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160619991 **Cidade:** Nazarezinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 28/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo corto contundente com perda de tecido na região plantar do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Apresentando edema residual no pé esquerdo. Presença de diminuição da força muscular do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciando sequelado de traumatismo corto contundente com perda de tecido na região plantar do pé esquerdo, tratado com limpeza cirúrgica e sutura, curativo compressivo do mesmo e uso de antibioterapia. Paciente teve alta definitiva em 09/2016

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/11/2016

Conduta mantida:

Observações: MANTIVE FECHAMENTO DO EXAMINADOR CONSIDERANDO DANO FUNCIONAL DO PÉ.

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

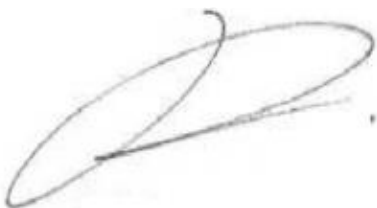
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

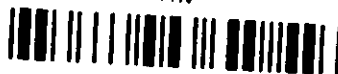
Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



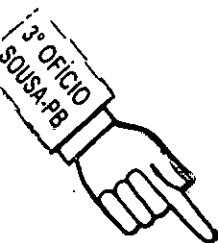


PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE; INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA,
BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTOR, COM 20 ANOS DE IDADE, PORTADOR
(A) DO RG-4.071.549-SSP-PB E CPF: 113.222.364-45, RESIDENTE E DOMICILIADA
NA RUA BAZILIO VALE, S/N, BAIRRO: FRANCISCO LINS, CEP 58.817-000,
NAZAREZINHO – PB.

OUTORGADO: FIDEL FEITOSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ESTUDANTE, RG-
438196119-SSP/SP E CPF- 074.248.554-41, RESIDENTE DOMICILIADO NA RUA
SINFRONIO NAZARÉ, S/ Nº, BAIRRO SÃO JOSÉ, CEP. 58.800-000 SOUSA-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante
procurador e 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 pedido de indenização do
Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes
para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de
Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento
de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer
documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar
todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual
figura como vitima: **INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA.**



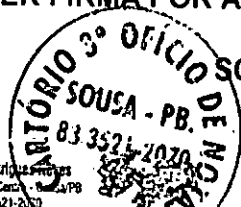
Inacelia Thaynar R. de Sousa da Silva

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

JOSÉ NEVES MOREIRA Titular: Bel. Plínio Henrique Rodrigues Neves
Serviço Notarial e Registral Rua Sargento Edson de Carvalho, 04 - Centro - Sousa - PB
CEP 58800-330 - Fone: (83) 3521-2070

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s de:.....
INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA.....
Em test.da verdade. Sousa-PB 06/06/2016 11:07:53
Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião
[2016-006912]EMOL:R\$ 28,49 FARPEN:R\$ 0,25 FEP:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25
SELO DIGITAL: ADK93879-3365
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Plínio Henrique Rodrigues Neves
TABELIÃO E OFICIAL



SOUSA-PB, 06 DE JUNHO 2016

Marcos Aurelio Vidal

10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME