

Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2016

Carta nº: 9706611

A/C: DAVI GONCALVES SARMENTO

Sinistro: 3160552645 ASL-1057110/16
Vitima: DAVI GONCALVES SARMENTO
Data Acidente: 29/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

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 COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2016

Carta nº: 9728145

A/C: DAVI GONCALVES SARMENTO

Sinistro: 3160552645 ASL-1057110/16
Vitima: DAVI GONCALVES SARMENTO
Data Acidente: 29/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/09/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2016

Carta nº: 9908116

A/C: DAVI GONCALVES SARMENTO

Sinistro: 3160552645 ASL-1057110/16
Vitima: DAVI GONCALVES SARMENTO
Data Acidente: 29/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/03/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2017

Carta nº 10852944

a/c: DAVI GONCALVES SARMENTO

Sinistro: 3160552645 ASL-1057110/16
Vítima: DAVI GONCALVES SARMENTO
Data Acidente: 29/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, João Gonçalves Sampaio
PORTADOR(A) DO RG Nº 2863967 EXPEDIDO POR CP II PB EM 14/01/15 E
CPF 056004554-10 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO relaxador
E RENDA MENSAL DE R\$ 1000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o meu me, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO-PRESTADAS:

(*) A Circular Sussep 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 Lotéricas 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.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21416-0

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

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

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.

DOCUMENTO 1 "T1%"



Sousa PB 25 de Julho de 2016
LOCAL E DATA

João Gonçalves Sampaio
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.



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB

19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB

2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA/PB - GABINETE TITULAR

PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 565/2016

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO - LESÃO**Local Fato:** SOUSA/PB Data do fato: 29/03/2016 hora: 11:30

Notificante: DAVI GONÇALVES SARMENTO, alcunha "DAVI",
Nacionalidade: brasileira, natural de: LASTRO/PB, idade: 31 anos,
nascido em 21/03/1985, cor/raça: *****, Estado Civil: Solteiro,
Profissão: COORDENADOR DE VIGILANCIA SANITARIA, Escolaridade:
alfabetizado, documento: CPF: 056124554-10, filiação: JOAO NESTOR
SARMENTO e de SONIA MARIA GONÇALVES SARMENTO, endereço: *****
SITIO JARDIM, 16, LASTRO/PB, referência: EM FRENTE A CAIXA D'ÁGUA.
Tel/Cel: (83) 98114-6037;

HISTORICO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que no dia hora citados conduzia uma moto HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO/MOD 2014/2014, COR VERMELHA, PLACA QFF 1088/PB, CHASSI 9C2KC1680ER584076 em nome da Prefeitura Municipal do Lastro, quando ao transitar na via publica nesta cidade, um homem conduzindo uma moto Bros, invadiu a preferencial e colidiu com o comunicante que veio ao solo; Que o outro condutor fugiu do local sem prestar socorro a vitima; Que o proprio comunicante foi buscar atendimento no hospital regional desta cidade não foi atendido por ter muita gente; Que voltou no outro dia aonde foi atendido; Que devido ao acidente, segundo o comunicante, sofreu fratura no pé. Nada mais a consignar.

Sousa/PB, 22 de JUNHO de 2016. Às 14:45 horas.

[Assinatura]
[Assinatura]

☒ Notificante☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

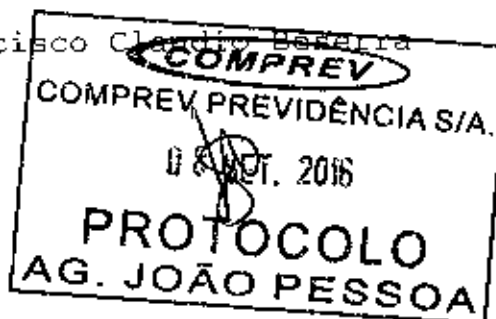
Cicera Alves

Matrícula: 168.611-9

POLÍCIA DISTRITO

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Francisco Claudio Barreira

DOCUMENTO 1 *T196*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Davi Gonçalves Sarmiento, portador da carteira de identidade nº 286 3268 e inscrito no CPF/MF sob o nº 056.324.554-10, residente e domiciliado na Sítio Jardim, S/N, Cidade João Pessoa, Estado PB, 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%*

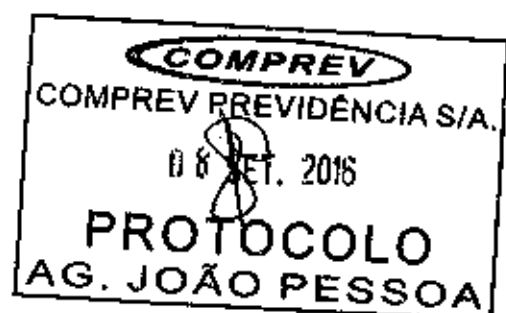


Davi Gonçalves Sarmiento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João-PB, 23/06/2016

Local e data



Ato Declaratório

Sala de Atendimento 05

MATERIAS - MEDICAMENTOS - OUTROS

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL: 1600030272

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSE FAÇUNDO DE LIRA - S/N -
CEP: 284453-7
MUNICÍPIO: ESTADO: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

NOME: DAM GONÇALVES SARMENTO
SEXO: M DN: EADE: 21/03/1985 - 31 A.O.M. 9 D
MÃE: SONIA MARIA GONÇALVES SARMENTO
NATURALIDADE: RAÇA/COR: PARD
CNS: 207044187080007 CPF: DOCUMENTO: SUPLENATURAL
ENDEREÇO: PRACA - DA MATRIZ - CENTRO
COMPLEMENTO: CONTATO: ESTADO: PARAIBA
MUNICÍPIO: LASTRO CEP: 58.820-000 REGISTRO: POR: Josc. Fabio
CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 250840 DATA: 30/03/2016 18:57:12

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Ata médica de
Atendimento

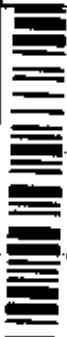
Arquiteto

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

R

Julius

DOCUMENTO 2 12%



CARÁTER DO ATENDIMENTO

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

PROCEDIMENTO: DESCRIÇÃO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

14.04.2016

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DIAGNÓSTICO

CD - 10

ENCAMINHAMENTO

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CEO

Thiullhreen

amb fac

ASSINATURAS DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES

CNS

CBQ

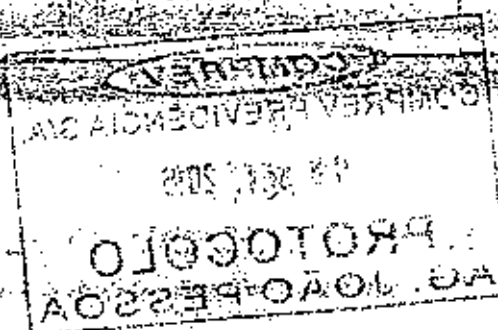
CRM

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU PULGAR DIREITO

ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO



DR. OZAÊNER ALVES DOS SANTOS**MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO
GRANDE DO NORTE-UERN****MÉDICO PERITO DO MUNICIPIO DE BREJO DO CRUZ/PB**

Paciente, DAVI GONÇALVES SARMENTO, brasileiro, solteiro, 31anos, coordenador de vigilância sanitária, vítima de colisão entre duas motos, no dia 30/03/2016, no centro da cidade de Sousa-PB.

O mesmo foi socorrido ao Hospital Regional de Sousa-PB, sendo constatado pelo médico plantonista, trauma contundente em pé direito (MID).

O periciando afastou-se de suas atividades laborativas pelo período de 60 dias, em razão da gravidade dos ferimentos, bem como da necessidade de repouso relativo e tratamento clínico com analgesia e fisioterapia motora para recuperar os movimentos do pé direito (MID).

Ao exame médico-pericial, foi constatada sequela oriunda de fratura no calcâneo direito, com diminuição significativa de amplitude articular, com perda de força motora e marcha claudicante.

Logo, concluímos que o acidente traz como consequência, a redução da capacidade laborativa do mesmo, em razão da fratura no calcâneo direito, com diminuição significativa de amplitude articular, com perda de força motora e marcha claudicante, havendo prejuízo atualmente em virtude da dificuldade na realização de suas atividades rotineiras, repercutindo de sobremaneira no orçamento e sustento de sua família.

Sousa-PB, 24 de Agosto de 2016.

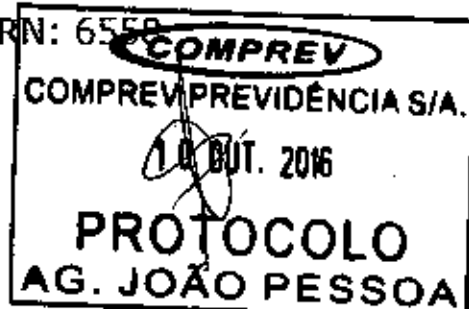
Dr. Ozaêner A. Santos
Médico
CRM: 7682-PB 6558-RN

DOCUMENTO 1 "T196"



DR. OZAÊNER ALVES DOS SANTOS

CRM/PB: 7682-CRM/RN: 6558





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Davi Gonçalves SarmientoRG nº 2863267 data de expedição 31/03/14 Órgão CNH/PB

CPF nº 056.324.554-10, 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>Sítio Jardim</u>
Número	<u>51N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Criar Rural</u>
Cidade	<u>Dois</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58820000</u>
Telefone de Contato	<u>(083) 883-8397/9939-4308/9344-6560</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa - PB, 23/06/2016

Assinatura do Declarante:



ADOLINSETO BARBENTO
S/N JARDIM, S/N. ARIARURAL
LAURO / PB CEP: 58000-000

CLASS/SUBCL: RESIDENCIAL / BOMBA D'ÁGUA MONOFÁSICO
Fórmula: 13 - 195 - 820 - 880
Nº medidor: 00006212314
Emissão: 22/02/2016

ENERGISA PÁGODA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rm 230, Km 21 - Grupo Pedreira - João Pessoa/PB - CEP: 56071-691
CNPJ: 08.065.182/0001-40 - Ins. Est: 13.015.823-4

Modelo: 1000/013 21"
Código para Diálogo Automático: 0000706817

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

Conta referente a

UE (Unidade Consumidora): 6/379566-3

Fev/2016

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE concedida pela Lei nº 10.438, de 26 de maio de 2002
- Redução de valor da bandeira vermelha para o patamar 1, R\$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/07/2015

22/02/2016

Data prevista da próxima leitura

22/03/2016

CPF/CNPJ/RANI

350428968-1
Ins. Est.



Histórico de Consumo (kWh)

JAN/16	82
DEZ/15	108
NOV/15	116
OUT/15	105
SETE/15	112
AGO/15	99
JUL/15	75
JUN/15	80
MAY/15	88
ABR/15	87
MAR/15	78
FEV/15	63

Média dos últimos meses
p/ kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/01/16	8104	22/02/16	8211	

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 20kWh BR	30	0,14453	4,33
Consumo - 31 a 100kWh BR	70	0,24784	17,35
Consumo - 101 a 270kWh BR	2	0,37181	2,80
Adc. e Vermelho			2,02
Subtotal			27,15
KWh			18,90
PIS			0,95
COFINS			4,47

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

JUROS DE MOROSIDADE	0,70
MULTA	0,35
COMP. INDICADOR FIC TRIMESTRAL 12/2015	-0,08
COMPENS. INDICADOR FIC ANUAL 12/2015	-0,17
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2016	-0,01
Divulgação Suavizada	-22,15

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
KWh	29,72	27,00	18,90
PIS	73,72	1,3000	0,95
COFINS	73,72	6,0000	4,47

VENCIMENTO 29/02/2016

TOTAL A PAGAR R\$ 51,22

6ab0 a0eb 351d 7abc 9e45 f1e4 6f91 8741

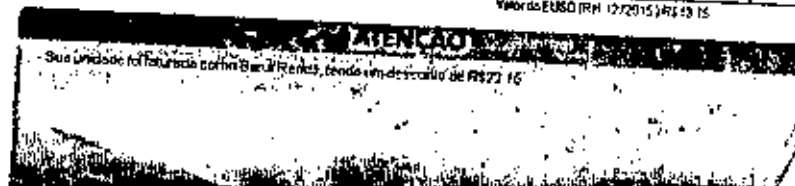
Indicadores de Qualidade 12/2015 - Setor

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,70	2,74	
DIC TRIMESTRAL	15,32		
DIC ANUAL	33,85		
FIC MENSAL	3,80	5,00	
FIC TRIMESTRAL	7,72		
FIC ANUAL	15,43		
DIC	9,33		
DICR	12,72	2,30	

Discriminação	(R\$)	(%)
Serviços de Des. de Energia	18,18	21,84
Consumo de Energia	25,88	34,61
Serviço de Transmissão	1,28	1,89
Encargos Saneamento	5,12	8,04
Impostos Diretos e Encargos	28,32	35,18
Outros Serviços	0,04	0,05
Total	74,81	100,00

Valor do EUSO (R\$) 12/2015: R\$ 15

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
08 SET. 2016
PROTOCOLO
AS JOÃO PESSOA



POLYMER LETTERS

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
08 SET. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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 Jonas Ademir Nunes Pinheiro portador(a) do

RG nº 200109700600X, expedido por CNHCE, em

03/10/13, CPF/CNPJ nº 973.419.833-53,

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

Gonçalves Sarmento do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

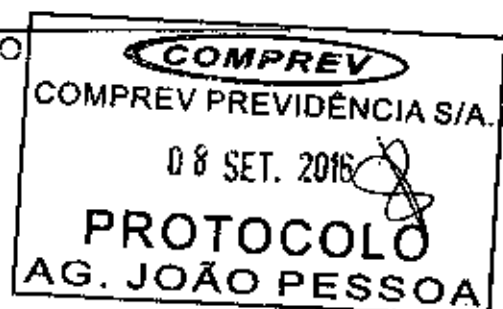
da vítima Laure Gonçalves Sarmento, e conforme

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

Profissão: procurador Renda Mensal: R\$ recurso

Documentos comprobatórios: não possui

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Pereira de Santana (Secretário de Saúde)

RG nº 3254689 data de expedição 30/07/04 Órgão SSP

Portador do CPF nº 073 721 844-44, com domicílio na cidade de Bastros, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Dantas Barreto - centro

nº —, 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 Dani Gonçalves Sarmento, cujo o condutor era Dani Gonçalves Sarmento.

Veículo: Honda CG 150 FAN ESDI

Modelo: 2014

Ano: 2014

Placa: AFE 10881PB

Chassi: 9C2KC1680GR584076

Data do Acidente: 29/03/16

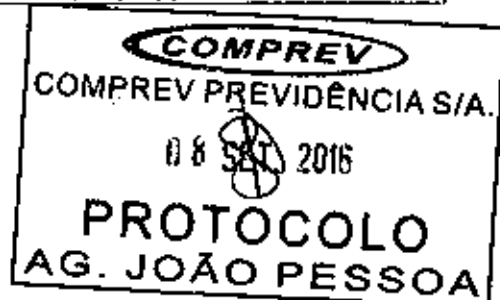
Local e Data: Ipatinga - PB 05/07/16

Francisco Pereira de Santana

Assinatura do Declarante

Dani Gonçalves Sarmento

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LASTRO

Rua Carlos Manoel Gonçalves de Azevedo, 9 - Centro

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:

Francisco Bezerra de Santana

Onde: Lastro/PB - 05/07/2016

Notário: Fabiana Bezerra Sarmiento Neves

Selo Digital ACW08485-7QYO

Acesse o site <https://salodigital.lpb.jus.br>



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LASTRO

Rua Carlos Manoel Gonçalves de Azevedo, 9 - Centro

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:

David Gonçalves Sarmiento

Onde: Lastro/PB - 05/07/2016

Notário: Fabiana Bezerra Sarmiento Neves

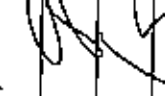
Selo Digital ACW08484-UGAQ

Acesse o site <https://salodigital.lpb.jus.br>



CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Fabiana Bezerra Sarmiento Neves
TASQUA
LASTRO-PARAIBA



ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL: 1600030272		 1600030272	
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N - CEP: CNES: 250453-7 (CNPJ) MUNICÍPIO: ESTADO: PARAIBA UF: 25			
DADOS DO PACIENTE NOME: DAMI GONÇALVES SARMENTO PRONTUÁRIO: 00019565 SEXO: M DN - IDADE: 21/03/1995 - 31 A O M 9 D RAÇA / COR: PARD MÃE: SONIA MARIA GONÇALVES SARMENTO OCCUPAÇÃO: NATURALIDADE: SISPRENATAL: CNS: 207044187090007 CPE: DOCUMENTO: ENDEREÇO: PRACA - DA MATRIZ -- CENTRO CONTATO: COMPLEMENTO: CEP: 58.820-000 ESTADO: PARAIBA MUNICÍPIO: LASTRO DATA: 30/03/2016 18:57:42 REGISTRADO POR: Jose.fabio CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 250840			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) Dr. Carlos de Melo Médico Mestre (SIC)			
COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 8 SET. 2016 PROTÓCOLO LAUDO PESSOA			

Guia de Atendimento 05		MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS	
01 - ELETIVO		CARÁTER DO ATENDIMENTO	
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 EMENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS	
PROCEDIMENTO		DIAGNÓSTICO	
PRESCRIÇÃO		ENCAMINHAMENTO	
APLICADA		RESIDÊNCIA	
INTERNAÇÃO		OUTRO HOSPITAL	
ÓBITO		OUTROS	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO			
ASSINATURAS(S) DOS PROFISSIONAL(S) ASSISTENTE(S) - CARIMBO			
CNS		CBO	
CRM		OU FOLEGAR DIRETO	
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL			
ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO			

DOCUMENTO 6 - 16%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

DAVZ GONCALVES, SARGENTO

RG 2863267 SEP FB

CPF 056.124.534-29 Data Nascimento 21/03/1985

Nome JOAO NESTOR SARGENTO

Nome MARIA GONCALVES SARGENTO

RG 05681790143

Validade 05/06/2017

Proteção 02/01/2013

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 894032590

PROTEÇÃO PLASTIFICADA 894032590

Nome MARIA GONCALVES SARGENTO

RG 05681790143

Validade 05/06/2017

Proteção 02/01/2013

Nome MARIA GONCALVES SARGENTO

RG 05681790143

Validade 05/06/2017

Proteção 02/01/2013

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
08 SET. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 7 *T7%*



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - DETRAN N° 011120117008

245833216180

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

2014000019670-A

2014000000000

PREFEITURA MUNICIPAL DO CASTRO

R. PEDRO ABRANTES DE FREITAS, 116

CENTRO

58820000-CASTRO-PR

50899991600015

08/10/2016

RECOMENDADA

NOVA

90C2K1680BR574076

AS/MOTOCICLETA/AO/APLCA

ALC07CASOL

MARCA/MODELO

HONDA/CG150-FAV-ESB1

ANO FAB

2014

2014

CATEGORIA

CEC1A7

GRANDEZAS INATC

VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N° MOTOR: K016881504016

LOCAL

CASTRO-PR

08/10/2016

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A.
08 SET. 2016
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

AGUADO PESSOA
PROTOCOLO
05 SET 1988
COMPREA PREVIDENCIA SIA
COMPREA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: David Gonçalves Sarmiento
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 2863267
 CPF: 056.124.554-10
 Profissão: Coordenador
 Endereço: Sítio Jardim, Sr. Arca Rural, Lote 10/PB

OUTORGADO:

Nome: Carlos Ademir Uera Pinheiro
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 2001097006008
 CPF: 973.414.833-53
 Profissão: Empreendedor
 Endereço: Rua José Fagundes de Lira, 76, Sala 01, qd. Pto, Sausa/PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante 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, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar, podendo subestabelecer 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

para

a

David Gonçalves Sarmiento

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

08 SET. 2016

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Leandro - PB 05/07/16
 Local e data
David Gonçalves Sarmiento
 Assinatura do Outorgante



CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E NOTAS
Fabiana Bezerra Sarmiento Neves
 TABELIA
 LASTRO-PARAIBA

APROVADO
 10/10/2019
 10/10/2019