

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues de Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.705.364-132, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cléverson Wagner Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.940.974-21

do sinistro de DPVAT cobertura Incidente da Vítima Cléverson Wagner Pereira de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.940.974-21, 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:	<u>Rua Prof. Oswaldo de M. Pereira</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Sala 206/202</u>
Bairro:	<u>Bonsucesso</u>	Cidade:	<u>Jacé Peixoto</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>marcelol Oliveira .adu@gmail.com</u>	CEP:	<u>58033-410</u>	Tel.(DDD):	<u>(031)986344569</u>

Local e Data:

Jacé Peixoto 20/01/2021

  
Assinatura do Declarante



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA
DADOS DE NASCIMENTO	18/02/94
NOME DA MÃE	MARIA ELIZABETH PEREIRA DE OLIVEIRA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.207.477
------------------------	-----------

#### Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO	01/12/19
---------------------	----------

HORA DO ATENDIMENTO	20:14
---------------------	-------

MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
-----------------------	---------------

DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
-----------------	--

CID 10	S 00.9 + T 01.9 + T 07
--------	------------------------

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de queda, conduzido pelos Bombeiros, apresentando ferimento na cabeça com perda da consciência após um ônibus ter derrubado um poste e com a queda de fios, atingiram o paciente que transitava à pé na localidade, queixando-se de dor na cabeça e braço E + ferimento contuso em região occipital + edema e dor em braço E, abrasões em parede abdominal. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX do tórax - AP

RX do braço E - AP e P

USG do abdome total - FAST

### TRATAMENTO:

Sem alteração à TC, USG e aos RX. Realizado atendimento, sutura, medicação e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

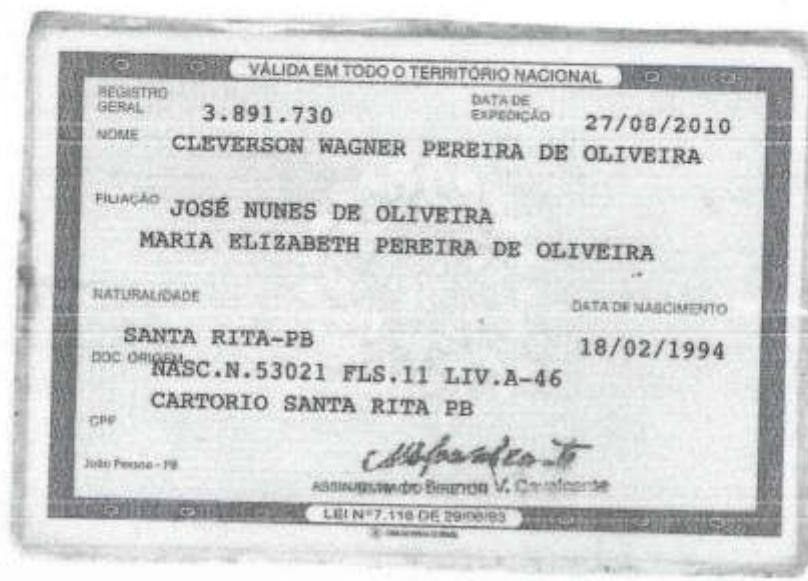
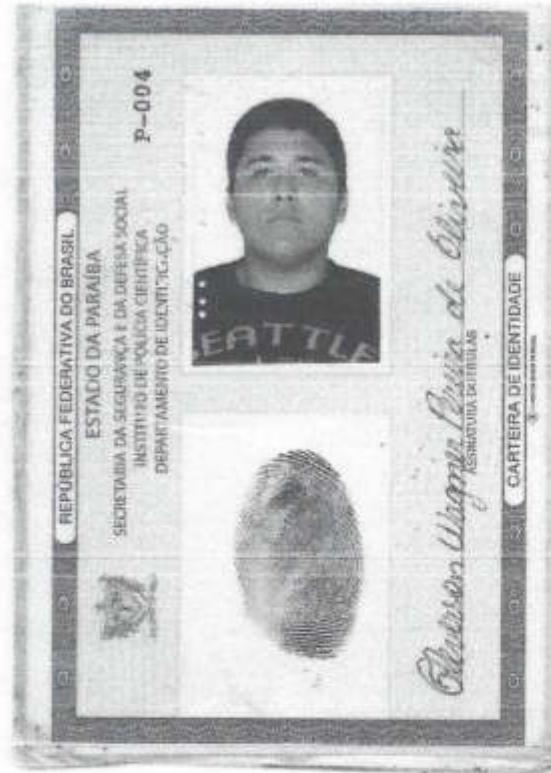
ALTA HOSPITALAR: 02/12/19

DATA DA EMISSÃO: 06/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO  
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





Identificação do paciente						
ID 1462616	Nome CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 18/02/1994	Idade 25 anos 9 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA	Pai JOSE NUNES DE OLIVEIRA					
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Celular 00	Celular 00000000			DDD Telefone		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3891730			Nº Cns 704101621665050		
Local de procedência SANTA RITA				Tipo MUNICÍPIO		
Email	Naturalidade SANTA RITA			UF PB		
CBO/R						
Endereço						
CEP 58301565	Município de residência SANTA RITA		UF PB	Logradouro JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO		
Número SN	Complemento			Bairro POPULAR		
Admissão						
Data e Hora 01/12/2019 20:14:23	Número da pulseira 100007185860			Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica		
Classificação de risco				Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO			Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não		Véio de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte SAMU				Quem transportou		
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	P脉	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasomografia []
Dados clínicos <i>histórico de quadro de moto, quebrou cônjunto de pele que encravado no</i>						
Diagnóstico <i>lombopatia</i>						
Atendido por BRUNO FERNANDES DE MENEZES						CID
						Tempo 49seg

[Imprimir](#)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210143387      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 01/12/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 18/05/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE  
FERIMENTOS MÚLTIPLOS

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequelas

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	2019-12-02 00:34:44,0
Data de nascimento	Sexo	Telefone de Contato	
18/02/1994	Masculino	(83) 986069425	
Mãe		Prontuário	
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO	6700/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		02/12/2019 00:34:55	

## ANAMNESE

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS QUE INFORMAM TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA COM PERDA DA CONSCIÊNCIA APÓS UM ÔNIBUS TER DERRUBADO UM POSTE E COM A QUEDA OS FIOS ATINGIRAM O PACIENTE QUE TRANSITAVA À ESQUERDO. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO, ABRASÕES PARECER DA NCR E ORTOPEDIA.  
(01/12/2019 20:33:37-GILVANDO CARNEIRO LEAL)

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÊ-LO ATINGIDO, PÓS COLISÃO ÔNIBUS-POSTE. HÁ RELATO DE TER SIDO ATINGIDO POR FIO CONDUTOR DE ELETRICIDADE. AO EXAME: - GLASGOW 15 - SEM DÉFICIT MOTOR - AUSÊNCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO - LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA  
(01/12/2019 22:09:49-FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHÃES)

#ORTOPEDIA #QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA #DOR EM BRAÇO ESQ, SEM LIMITAÇÕES DE ADM # AO RX: SEM SINAIS DE FX OU LX #CD:  
TIPOIA + ALTA DA ORTOPEDIA  
(02/12/2019 00:06:50-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES)

FAST NEGATIVO AUSÊNCIA DE PATOLOGIAS ABDOMINAIS JA SUTURA DE LESAO EM COURO CABELUDO ALTA DA NEURO E  
ORTOPEIDA CD: ALTA COM OIRENTACOES DE RETORNO EM CASO DE PIORA ATB E AINES  
(02/12/2019 00:34:55-RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO)

## MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., CONTINUA  
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSIM)  
(OBSERVAÇÕES:: 30 GTS/MIN)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  
RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO  
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

## CID10

M79.6 - Dor em membro  
S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações  
S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

## Conduta

Alta médica

## Alta

Usuário  
RAFAEL DE ARRUDA SOUSA PINTO  
Motivo de Alta

Dr. Rafael de Arruda S. Pinto  
Urologia  
CRM-PB 6700

Data e Hora  
02/12/2019 00:34:44  
Observações:

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Cleverton Wagner Pereira de Oliveira, brasileiro(a), estado civil solteiro(a), profissão zelador, residente e domiciliado à Rua José Bonifácio de Paiva, nº 33, bairro Papelaria, Município de Bayeux, Estado de(o) Paraíba, Cep. 58300-000, portador(a) do Rg nº 13.891.730, SSP/... e CPF nº 107.940.974-81

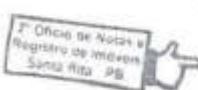
Outorgado: Merivaldo Antônio Rodrigues de Souza, brasileiro(a),  
estado civil Casado, profissão Alferes, residente e domiciliado(a) à  
Rua Prof. Oswaldo de Mendonça nº 860, bairro Buxman,  
Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep.:  
portador (a) do RG nº 21.734 SSP/ DAAP/PE CPF nº. 009.705.364-32

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) ...*Eleverson Wagner Pereira de Oliveira* ocorrido em ..01../18../2019.., conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza Invalidez

Podendo dito(a) procurador(a), 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 mandado.

Santa Rta. 14 de Abril de 2021



Clevenca Wagner Pereira de Oliveira  
**OUTORGANTE**

CPF N° 107.940.974-21

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
18/02/1994	25a 9m 14d	MASCULINO	(83) 986069425
Mãe			Prontuário
MARIA ELIZABETH ÉREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES	9456/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		02/12/2019 00:06:50	

### ANAMNESE

#ORTOPEDIA #QUEDA DE PROPRIA ALTURA #DOR EM BRAÇO ESQ, SEM LIMITAÇÕES DE ADM # AO RX: SEM SINAIS DE FX OU LX #CD: TIPOIA + ALTA DA ORTOPEDIA

### Conduta

Em observação

Dr. Matheus Mozart  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB: 9456  
TEOT: 05/18

Enfermeiro

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES  
(CRM: 9456/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116245/21

**Vítima:** CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVE

**CPF:** 107.940.974-21

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/12/2019

**Titular do CPF:** CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

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

### CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA : 107.940.974-21

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: 11/05/2021  
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA  
CPF: 009.705.364-37

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2021  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	1207477	01/12/2019 20:14:23	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
18/02/1994	Masculino	704101621665050	(63) 986069425
Mãe			Prontuário
MARIA ELIZABETH EREORA DE PÇOVEORA			
Endereço	Bairro	Município	UF
JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN	POPULAR	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ATROPELAMENTO	FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES	5914/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
01/12/2019 20:14:23		01/12/2019 22:09:49	

### ANAMNESE

#TCE# PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA, DEVIDO FRAGMENTO DE UM POSTE TÊ-LO ATINGIDO, PÓS COLISÃO ÔNIBUS-POSTE. HÁ RELATO DE TER SIDO ATINGIDO POR FIO CONDUTOR DE ELETRICIDADE. AO EXAME: - GLASGOW 15 - SEM DÉFICIT MOTOR - AUSÊNCIA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO - LESÃO EXTENSA EM COURO CABELUDO COLEÇÕES INTRACRANIANAS HD: - TCE LEVE CD: - SUTURA REALIZADA EM COURO CABELUDO - ALTA DA NEUROCIRURGIA

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

FRANCISCO NEUTON DE OLIVEIRA MAGALHAES  
(CRM: 5914/PB)

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12

Dr. Neuton Magalhães  
Enfermeiro de plantão em bar  
01/12/2019 20:15:12  
CRM: 5914/PB  
ISSN: 1512-1014  
ISSN: 1512-1014

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210143387**

**Vítima: CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 01/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

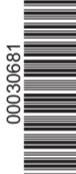
Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 01/12/2019, emitida pelo Dr. MATHEUS MOZART, CRM nº 9456 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente				
<b>CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA</b>				
Data de nascimento	Idade	BAE	Data/Hora Entrada	
18/02/1994	25a 9m 13d	1207477	01/12/2019 20:14:23	
Mãe		Sexo	CNS	
<b>MARIA ELIZABETH EREORA DE PCOVEORA</b>		Masculino	704101621665050	
Endereço		Bairro	Município	
<b>JOÃO FRANCISCO DE ARAÚJO, SN</b>		POPULAR	<b>SANTA RITA</b>	
Acidente	Motivo		Profissional	UF
<b>OUTROS</b>	<b>ATROPELAMENTO</b>		<b>GILVANDO CARNEIRO LEAL</b>	PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
01/12/2019 20:14:23			01/12/2019 20:33:37	2489/PB

## ANAMNESE

PACIENTE CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS QUE INFORMAM TER SIDO VÍTIMA DE QUEDA E FERIMENTO NA CABEÇA COM PERDA DA CONSCIÊNCIA APÓS UM ÔNIBUS TER DERRUBADO UM POSTE E COM A QUEDA OS FIOS ATINGIRAM O PACIENTE QUE TRANSITAVA À PÉ NA LOCALIDADE. ENCONTRA-SE DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO, QUEIXANDO-SE DE DOR NA CABEÇA E BRAÇO ESQUERDO. APRESENTA FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO. ABRASÕES EM PAREDE ABDOMINAL. TÓRAX E ABDÔMEN: NDN. MOBILIDADE DO MSD E MMII PRESERVADA. CONDUTA: EXS. COMPLEMENTARES + PARECER DA NCR E ORTOPEDIA.

## MEDICACÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., CONTINUA  
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSM)  
(OBSERVAÇÕES:: 30 GTS/MIN)  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 10 ML DE AD)  
EXAME DE IMAGEM

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO  
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

M79.6 - Dor em membro  
S01.8 - Ferimento na cabeça, de outras localizações

## Conducta

### Em observação

## Enfermeiro

~~GILVANDO CARNEIRO LEAL  
(: 2489/PB)~~

Boletim registrado por: BRUNO FERNANDES DE MENEZES em 01/12/2019 20:15:12

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 107.940.974-21 4 - Nome completo da vítima: *Elerson Wagner Pereira de Oliveira*

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

5 - Nome completo: *Elerson Wagner Pereira de Oliveira* 6 - CPF: \_\_\_\_\_

7 - Profissão: *Estudante* 8 - Endereço: *Rua José Francisco de Souza* 9 - Número: *33* 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: *Populor* 12 - Cidade: *Baixio* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58.300-000*

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): *(031) 986161655*

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: *4915* CONTA: *2435*  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve filhos? nasceu? teve Irmãos?

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *João Pessoa 05.04.2021*  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Elerson Wagner Pereira de Oliveira*

43 - Assinatura do Procurador (se houver) *Julia*



**Parecer Médico**

<b>Nome</b> CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	<b>Idade</b> 25A 9M 13D	<b>Prontuário</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1207477	<b>Data de Entrada</b> 01/12/2019 20:14:23	<b>Data Internação</b> 18min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Permanência na Unidade</b> Permanência no Leito
		<b>Clínica</b> CIRURGIA GERAL
<b>Parecer médico</b>		
<b>Especialidade</b> ORTOPEDIA	<b>Profissional</b>	
<b>Motivo da solicitação</b> CONTUSÃO, EDEMA E DOR EM BRAÇO ESQUERDO	<b>Data da Solicitação:</b> 01/12/2019 20:32:54	
<b>Parecer</b>	<b>Data de Resposta:</b>	

Parecer médico:

Leito

DATA:

DATA:

*Filvando Carneiro Leal*  
Cirurgia Geral - CRM 2489



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00174.01.2021.1.05.006**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00174.01.2021.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:40 horas do dia 15 de abril de 2021, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz Carlos Monteiro Guedes, matrícula 755796, e lavrado por AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO, Agente Operacional de Polícia Civil, matrícula 1880934, ao final assinado, compareceu **Cleverson Wagner Pereira de Oliveira**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Maria Elizabete Pereira de Oliveira e Jose Nunes de Oliveira, nascido(a) em 18/02/1994 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) R. João Francisco de Araujo, Nº 33, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Ginasio Renatão, na cidade de Santa Rita/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: R. João Francisco de Araujo, nº 33, Ginasio Renatão, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/04/21 09:42h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 01/12/2019 POR VOLTA DAS 07.30min DA MANHÃ, UM VEÍCULO ÔNIBUS DA EMPRESA SONHO DOURADO DE PREFIXO 0612, PLACA LKZ-2600 SANTA RITA -PB, MOTORISTA - JOSE MANOEL MARCELINO, TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DE SUA RESIDÊNCIA E BATEU EM UBS FIOS DE UM POSTE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA, QUE ESSES FIOS BATERAM NO DECLARANTE O ARRASTANDO POR VOLTA DE 40 Á 50 METROS DE DISTÂNCIA LHE CAUSANDO VÁRIAS LESÕES, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA HUMBERTO LUCENA ONDE CHEGOU EM ESTADO GRAVÍSSIMO. QUE O DECLARANTE TEM POSSE DE LAUDO MÉDICO Nº 1.207.477, ONDE FOI SOLICITADO PELO DR. EWERTON NORONHA CRM 2516/PB VÁRIOS EXAMES. TENDO O DECLARANTE DUAS TESTEMUNHAS DO FATO OCORRIDO, SEJAM; MARCELO DOS RAMOS NASCIMENTO, RESIDENTE A RUA JOÃO FRANCISCO DE ARAUJO Nº10, E JOÃO JOSE DE SOUZA, RESIDENTE A RUA PARÁ Nº 333 NESTA CIDADE.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Santa Rita/PB, 15 de abril de 2021.

AURELIO BUSTORFF FEODRIPPE BELTRÃO  
Agente Operacional de Polícia Civil



*Cleverson Wagner Pereira de Oliveira*  
CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA  
Noticiante



Parecer Médico

<b>Nome</b> CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA	<b>Idade</b> 25A 9M 13D	<b>Prontuário</b>
<b>Boletim de Atendimento</b> 1207477	<b>Data de Entrada</b> 01/12/2019 20:14:23	<b>Data Internação</b> 18min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Clinica</b> CIRURGIA GERAL
<b>Parecer médico</b>	<b>Permanência na Unidade</b>	
<b>Especialidade</b> NEURO CIRURGIA	<b>Permanência no Leito</b>	
<b>Motivo da solicitação</b> FERIMENTO EM COURO CABELUDO + TCE COM PERDA DA CONSCIÊNCIA	<b>Profissional</b>	
<b>Parecer</b>	<b>Data da Solicitação:</b> 01/12/2019 20:32:13 <b>Data de Resposta:</b>	

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 107.940.974-21 4 - Nome completo da vítima: *Elerson Wagner Pereira de Oliveira*

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

5 - Nome completo: *Elerson Wagner Pereira de Oliveira* 6 - CPF: \_\_\_\_\_

7 - Profissão: *Estudante* 8 - Endereço: *Rua José Francisco de Souza* 9 - Número: *33* 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: *Populor* 12 - Cidade: *Baixio* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58.300-000*

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): *(031) 986161655*

**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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: *4915* CONTA: *2435*  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos): \_\_\_\_\_

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve filhos? nasceu? teve Irmãos?

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

*João Pessoa 05.04.2021*  
*Elerson Wagner Pereira de Oliveira*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

Itaú Banco Itaú S.A.

341-7

34191.98118 71179.000006 08139.686805 8 85910000005000

Local de pagamento

Pagável em qualquer agência bancária

Beneficiário JACINTO SILVEIRA COSTA - 30.233.369/0001-05 | Boleto Fácil - 21.018.182/0001-06

Vencimento

15/04/2021

Agência/Código Beneficiário

0655/46480-8

Data Doc.	Número Doc.	Especie Doc.	Acabre	Data Processamento	Nosso Número
15/06/2020			N	15/06/2020	198/11711790-8
Uso do Banco	Carteira 198	Espécie Moeda R\$	Quant. Moeda	(X) Valor	(+) Valor Documento 50,00

Instruções de responsabilidade do BENEFICIÁRIO. Qualquer dúvida sobre este boleto contate o beneficiário

Após vencimento não cobrar juros

Após vencimento não cobrar multa

de 15/03/2021 até 14/04/2021

Não receber pagamento em cheque - Pagamento processado por BoletoBancario.com

Pagador

1683 - CLEVERSON WAGNER PEREIRA DE OLIVEIRA 107.940.974-21

Rua João Francisco de Araújo 33, 33 - Popular - Cidade: Santa Rita, CEP: 58301-565, UF: Estado da Paraíba

Sacador/ Avalista: 30.233.369/0001-05 - JACINTO SILVEIRA COSTA

FICHA DE COMPENSAÇÃO  
— Autenticação Mecânica —





## Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Bernini, 1376,  
Ed. 2200 Bemba  
Cidade Monções  
CEP: 04571-030 - São Paulo - SP  
CNPJ: 02.558.157/0001-02  
Insc Est: 100083949112  
http://www.vivo.com.br

Nome: MARCELO LUCENA ADVOGADOS  
Endereço: RUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 880 AN 1 SL 204 BRISAMAR -58033-410 -  
JOAO PESSOA / PB  
Código do cliente: 8999 9408 4351 DV: 0  
Mês de referência: Abril/2021  
Número da fatura: 1260404267-0 Tipo de cliente: Não residencial  
Número do telefone: 8330245995/8330349675  
Data de emissão: 03/04/2021  
Estado de instalação: Paraíba

21/04/2021  
461,78

### Descrição da sua fatura

RESUMO		VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais		
Internet + Serviços Digitais e Técnicos		148,50
VIVO Fibra 300 Mega Empresas (238)		
<b>Serviços</b>		
Outros Serviços	20,00	
Serviços Solução TI	275,98	
<b>Telefone + Serviços Digitais e Técnicos</b>		
Serviços Digitais		
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Principal (238)	6,22	
Ilimitado Brasil Empresas - Mensalidade Adicional (238)	6,67	
<b>Total</b>	<b>457,37</b>	
<b>Ligações</b>		
Ligações Locais Excedentes	0,00	
Ligações Locais para Celular (VCI)	0,00	
Ligações Nacionais de Longa Distância para Celular (VC2/VC3)	0,00	
<b>Total</b>	<b>0,00</b>	
<b>Serviços Eventuais</b>		
Resarcimento por interrupção do serviço de internet	-0,05	
Encargos (Juros/Multa)	4,46	
<b>Total</b>	<b>4,41</b>	
<b>TOTAL GERAL A PAGAR</b>		<b>461,78</b>

### Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg  
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação	Fevereiro	Marco	Abri
Minutos Locais Utilizados	11:00	41:30	85:30
Lig Nac Longa Distância	0	154	0
Lig Locais Celular (VCI)	29:00	32:30	58:48
Lig Nac LDN VC2/VC3	0	0	206

**Vivo Valoriza**  
Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Para informações detalhadas da sua conta  
acesse o aplicativo Meu Vivo. O detalhamento  
também está disponível em  
[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo) e pode ser solicitado  
impresso, de forma permanente ou não. Caso  
ainda tenha dúvidas, ligue para nossa Central de  
Relacionamento no 103 15. Pessoas com  
necessidades especiais de fala/audição: 142.

### Mensagem para você

Para atender a legislação do seu estado, queremos que  
saiba que se você tiver uma conta dos serviços Vivo com  
uma cobrança de multa de fidelidade de algum serviço que  
você cancelou, a data do vencimento dessa conta será  
adiada enquanto durar a situação de pandemia/calamidade  
pública em sua região. Fique de olho! Os e-mails que a  
Vivo utiliza para enviar a Conta Digital são sempre  
terminados em "@vivo.com.br". Tenha cuidado com outros  
remetentes, pois eles podem apresentar riscos.

Ser transparente é uma das nossas prioridades, por isso informamos que não existem débitos pendentes no seu contrato dos serviços Vivo Empresas, no período de 01/2020 a 12/2020. Esse comunicado é exclusivo para este contrato, não inclui quitações de parcelamentos de contas, serviços prestados e não faturados, débitos discutidos judicial e administrativamente, de cobranças de serviços de outras operadoras que ocorreram na sua conta Vivo, entre outras que não estejam mencionadas na Lei 12.007/2009.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º de Resolução Anatel nº 426/2005; para SCM artigo 40º da Resolução Anatel nº 614/2013; e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e [www.anatel.gov.br](http://www.anatel.gov.br). Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em maio para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(147) PJ BL / 123 / Vivo Fibra 300 Mega Empresas (238) PA130 Ilimitado Locais Empresas PA140 Ilimitados Longa Distância Empresas

Desconto Ativa

Autorização Mecânica

Nome do Cliente <b>MARCELO LUCENA ADVOGADOS</b>	Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.			
Código do cliente 8999 9408 4351	Código para Cadastramento de Débito Automático 899994064351-0	Número da Fatura 1260404267-0	Data de Vencimento 21/04/2021	Valor a Pagar (R\$) 461,78

84680000004 0 61780082089 7 99940843511 6 26040426799 9

