

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020440

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190020440

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190020440

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	071.966.484-55	Alessandra Sancelia da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Alessandra Sancelia da Silva		CPF:	071.966.484-55
Profissão:	Gari	Endereço:	Rua Silvano S Ferreira	
Bairro:	Faculmca	Cidade:	Conde	Estado: PB
E-mail:			CEP:	58322-000
			Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

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

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: João Pessoa, PB 08/10/2019
Nome: Alessandra Sancelia da Silva
CPF: 071.966.484-55

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome: 08 JAN. 2019

CPF: _____

PROTÓCOLO

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01575.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01575.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:53 horas do dia 17 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Alessandra Sanclecia da Silva**, CPF nº 071.966.484-55, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Gari, filho(a) de Maria Salete da Silva e Não Declarada, natural de Recife/PE, nascido(a) em 29/09/1991 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Silvano Soares Ferreira, Nº 363, complemento JACUMÃ, bairro Centro, tendo como ponto de referência Perto da Barraca de Zé Rosa, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98710-6734.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do Japonês, Jacumã, Perto do Restaurante Japonês, Conde/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/04/18 22:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRANSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR YBR125 K, PRETA, 2010/2010, PLACA NQD7539/PB, CHASSI 9C6KE1220A0143865, registrada em nome de RICARDO GOMES DA SILVA, quando perdeu o controle ao passar por uma lombada vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0892/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 25.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que foi socorrida por uma ambulância do Conde e levada para o Pronto Atendimento Jarbas Maribondo sendo transferida no dia seguinte para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

João Pessoa/PB, 17 de agosto de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	071.966.484-55	Alessandra Sancelia da Silva		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Alessandra Sancelia da Silva		CPF:	071.966.484-55
Profissão:	Gari	Endereço:	Rua Silvano S Ferreira	
Bairro:	Faculmca	Cidade:	Conde	Estado: PB
E-mail:			CEP:	58322-000
			Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

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

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 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

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: João Pessoa, PB 08/10/2019
Nome: Alessandra Sancelia da Silva
CPF: 071.966.484-55

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome: 08 JAN. 2019

CPF: _____

PROTÓCOLO

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-38 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 120087 Atd: Nao Regul
Data: 15/04/2018
Hora: 01:47:06
Receptionista: DANIELE CAVALCANTE R
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.04.002109

CNS: 708207113353647 Sexo: F IDENTIDADE: 3297200 Fone: 987106734

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/09/1991 Id: 26 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 0

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF :PB

Pai: ND

Mae: MARIA SALETE DA SILVA

Ficha
Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987106734 / IDENTIDADE: 3297200

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO PROX A RESD

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito

Observacao

CORTE CONTUSO E TRAUMA EM TORNOZELO COM
SUSPEITA DE FRATURA E LESAO DE TENDAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Trava o pé com fcc e pode passar
de 24h no colo
desconhece lesão fratura / lesão no futuro*

Diagnostico

Conduta

- Susto simples

Prescricao

Horario da COMPREV

*PR 10000
PR 01000
PR 01000
PR 01000*

*Daniel B. Cavalcante
Cirurgia e Traumatologia
CRM-PB 9248*

08 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Círio, 225 - Jaguaripe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
10806709

REFERÊNCIA

OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SALETE DA SILVA
RUA SILVANO S FERREIRA, 363 - JACUMA I CONDE PB
58322-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Basculante	Central	Industrial	Elétrica	
016.001.105.0080.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y09S033881	17/02/2009	EXT LACRADO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	1 MM DE DIAS	1 PROXIMA LEITURA		
684	617	13	29	18/11/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017 HS.			
SET/2018	21	TURBIDEZ	0	0	0	
AGO/2018	3	9	CLORO	0	0	
JUL/2018	3	9	COL. TERMOT	0	0	
JUN/2018	3		COR	0	0	
MAI/2018	4		COL. TOTAIS	0	0	
ABR/2018	1					
MÉDIA(M ³)	5					
				DADOS REFERENTES A: AGO/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 19/10/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:47:24

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

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS LEI 12.743/12

VENCIMENTO:	01/11/2018	Total a Pagar:	R\$ 52,58
-------------	------------	----------------	-----------

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
10806709	OUT/2018	01/11/2018	R\$ 52,58

826000000000 8 52580010016 2 01080670901 9 10201890003 9

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

energisa

Ed. para ETS. Automática. 000193061

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7
Canal de contato:

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
28/11/2018 **R\$ 198,62**

8 (23) 44 (22) 14 (10) 221 (223) 167 (200) 190 (191) 208 (208) Nov/17 Dec/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Jun/18 Jul/18 Aug/18 Sep/18 Oct/18

ATENÇÃO Faturas em atraso

Letters to the Editors

Autônoma 12-6 - 222-450
Motorizada 1695158-20-11-14 28/11/2018 R\$ 198,62 A

83640000001-1 98620149000-0 16983582018-7 11400005019-4

A standard linear barcode is located at the bottom of the page, spanning most of the width. It is used for document tracking and identification.

11. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 11)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

08 JAN. 2019

► PROJECTS

■ PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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, bem como respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta e fechada, resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, regular e fiscalizar as relações administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu joão Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alessandra Sancilio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.966.484-55, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, Alessandra Sancilio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.966.484-55, determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprovatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
Rua Agente Fiscal	joão Costa Duarte	151	Sala 06
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Mangabeira	joão Pessoa	Paraíba	58056-354
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

joão Pessoa, 08 de Janeiro de 2019
Local e Data **COMPREV**
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
Assinatura do Declarante
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOTA DE ARREMATAÇÃO



Nº 1439

C&D Intermediação e Agenciamento em Negócios
CNPJ: 19.269.396/0001-03
Leiloeiro Oficial: Cleber Melo . Matr: 007
Endereço: Rua das Mangueiras, 182A. Intermares –
Cabo Frio-PB
Fone: (83) 3045-9205
Email contato@leiloespb.com.br

Leilão: DETRAN

Data: 12/06/2015

Nome/Empresa: RICARDO GOMES DA SILVA

CNPJ/CPF: 013415764-85

LE / RG: 2103541 SSP/PB

Endereço: RUA CAPITÃO IZAO LOPES LORDES, 222 – CENTRO – CABO FRIOS – PB
CEP:58080-090

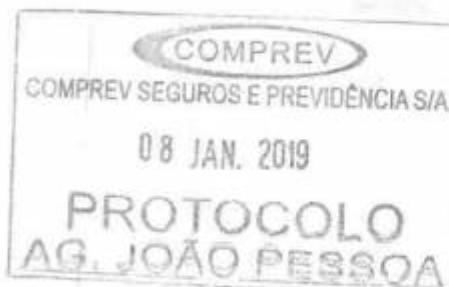
Email:

Fone: (83) 98864-2079

Lote	Descrição	Valor (R\$)	ICMS (R\$)
95	01 Motocicleta YAMAHA/FACTOR YBR125 K, Ano/modelo: 2010/2010, Combustível: GASOLINA, Cor: Preta. Placa: NQD7539. Chassi : 9C6KE1220A0143865 Renavam : 252107993	R\$ 1.600,00	R\$ 16,00

Comissão: R\$ 80,00

Total: R\$ 1.696,00



Eu, Alessandra Sancelia da Silva,
CPF: 071.966.484-55, ID 3-297-200, residente
narua Silvano Soares Fernandes, 363 - Jacumé
solteira.

Declaro para os devidos fins que esta
dirigindo a umto Yattnha / factor YBR K,
com - Preto , ano 2010, placa NQ D7539 / PB
chassis QC6KF 122010143865 , registrada em
meu nome de Ricardo Gomes da Silva, que não
o conheço e não tenho como localizá-lo, pes-
quisei a residência através de verificação.
Por este motivo não tenho como localizá-lo
não sei o onde o mesmo reside e não tenho
como localizá-lo.

Venho por meio deste solicitar que se fa-
marcade a minha perda médica a segu-
dora diária mediante o documento local an-
exado ao processo.

João Pessoa, 04-01-19.

ALESSANDRA SANCelia VA Silva

COMPREV PREVIDÊNCIA S/N
04 FEV. 2019
PROTOCOLO
10. JUÃO PESSO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020440 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO
TRAUMA CORTO CONTUSO DE CALCÂNEO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LIMPEZA E ENXERTO DE PELE) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190020440 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO
TRAUMA CORTO CONTUSO DE CALCÂNEO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO, LIMPEZA E ENXERTO DE PELE) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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.

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

PROCURAÇÃO

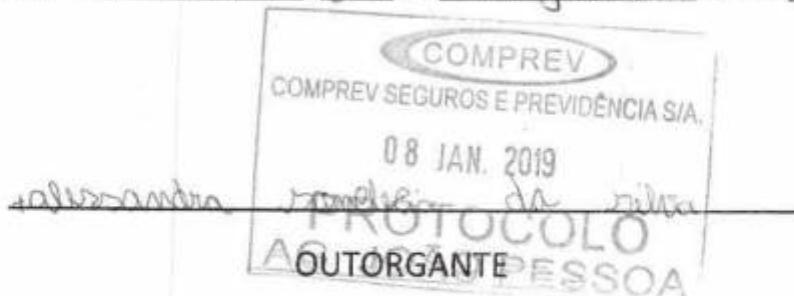
OUTORGANTE:

Alessandrina Sancilio da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Gari, CI RG nº 3.297.200,
CPF/MF nº 071.966.484-55 residente e domiciliado(a) à Rua
Silviano S. Ferreira, 363
Cidade de Bombe, Estado
Paraíba, CEP: 58322-000, telefone
98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG
sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte,
157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 17 de agosto de 2018.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008396/19

Número do Sinistro: 3190020440

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

CPF: 071.966.484-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2018

Titular do CPF: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008396/19

Vítima: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

CPF: 071.966.484-55

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2018

Titular do CPF: ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ALESSANDRA SANCLECIA DA SILVA : 071.966.484-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/01/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA