

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2015

Carta nº: 7735432

A/C: FELIPE ASLEY TABAIANA

Sinistro: 3150773333  
Vitima: FELIPE ASLEY TABAIANA  
Data Acidente: 20/08/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/09/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

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 MBM 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2016

Carta nº 8761874

a/c: FELIPE ASLEY TABAIANA

Sinistro: 3150773333  
Vitima: FELIPE ASLEY TABAIANA  
Data Acidente: 20/08/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS


 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

## SINISTRO

Número do Sinistro: 3150773333

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: FELIPE ASLEY TABAIANA

Data do  
Acidente: 20/08/2014

CPF: 706.556.124-08

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FELIPE ASLEY TABAIANA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Dedaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

## DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - FELIPE ASLEY TABAIANA</b>			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 12.500,00. 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.

## Portador da documentação entregue

## Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 02/09/2015

Nome: FELIPE ASLEY TABAIANA

CPF:

Data: 02/09/2015 14:50

Nome: TATIANA IZABELA CORA FREITAS

CPF: 129.924.107-60

FELIPE ASLEY TABAIANA

TATIANA IZABELA CORA FREITAS



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL  
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro — CEP. 58.010-170 — Fone. (83) 3218-5334



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2665/2015

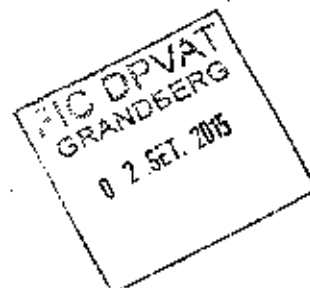
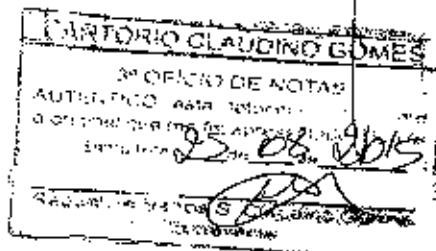
Aos treze dias do mês de agosto do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 07:45h, compareceu o (a) Senhor (a): FELIPE ASLEY TABAIANA, brasileiro, natural de Santa Rita/PB, solteiro, com 19 anos de idade, Lavador de Carros, Alfabetizado, filho de Severina Maria Tabaiana, RG. 4.255.741-SSP/PB, residente na Rua Dr. Pedrosa, nº 04, centro, Santa Rita/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 20/08/14, por volta das 00:10h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, cor amarela, ano 2012/2013, de placa OGG-5228/PB, chassi nº 9C2KC1680DR302321, de sua propriedade, na ocasião que o condutor desta trafegava pela Rua Nossa Senhora do Rosário, Bairro Popular, na cidade de Santa Rita/PB, após atingir um veículo, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer ferimentos superficiais, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 13 de agosto de 2015.

Felipe Asley Tabaiana  
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.882-8

Escrivão



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, FELIPE ASLEY TABAIANA, portador da carteira de identidade nº 4255747 e inscrito no CPF nº 766.556.124-08, residente e domiciliado na LOTEAMENTO NILE S/N CENTRO, Cidade SANTA RITA, Estado PE, 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
- (X) 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.

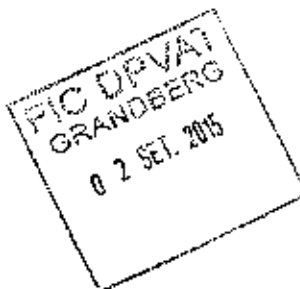
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

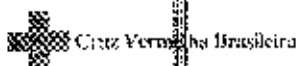
Felipe Asley Tabaiana

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

JOÃO PLESON 25. agosto 2015

Local e data





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

**Boletim de Atendimento Emergencial: 776335**

**Identificação do paciente**

Id	Nome	Sexo	
775239	FELIPE ASLEY TABAIANA	Masculino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
19/07/1998	18 anos 10 meses 29 dias	SOLTEIRO(A)	EVANGELICA
Mãe		Pai	
SEVERINA MARIA TABAIANA		NAO DECLARADO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco)	
FUNDAMENTAL INCOMPLETO		- MAE	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
63	88858473		
tipo documento	Número documento	Nº Cns	
RG (IDENTIDADE)	4255741	700008093141906	
Local de procedência		Tipo	UF
SANTA RITA		MUNICIPIO	PB
Email	Naturalidade	CBO/R	
NAO INFORMADO	SANTA RITA		

**Endereço**

CEP	Município de residência	UF	Legadoiro
56301180	SANTA RITA	PB	Nossa Senhora do Rosário
Número	Complemento	Bairro	
4		Popular	

**Admissão**

Data e Hora Previsão	Número da pulseira	Convênio
20/08/2014 00:45:16	2758572	SUS
Especialidade	Clinica	
TRAUMATOLOGISTA	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
VERMELHA	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento	Detalha do acidente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	VEICULO X MOTO

**Indicadores e Transporte**

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Sim
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA	NAO SE APLICA		

**Sinais Vitais**

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

**Exames complementares**

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por						Tempo
ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS						04min 39seg

Imprimir



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: FELIPE ASLEY TABAIANA  
DATA DE NASCIMENTO: 19/07/96  
NOME DA MÃE: SEVERINA MARIA TABAIANA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º: 776.335  
PRONTUÁRIO N.º: XXXXXXXXXXXXXXXX  
DATA DO ATENDIMENTO: 20/08/14  
HORA DO ATENDIMENTO: 00:45  
MOTIVO DO ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO  
DIAGNÓSTICO(S): FERIMENTOS SUPERFICIAIS  
CID-10: V29 + T 01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, PROCEDENTE DE SANTA RITA, NEGANDO USO DE CAPACETE (SIC), ENCAMINHADO POR UPA DE CABEDELO. ACIDENTE OCORRIDO ÀS 03 HORAS, L.O.T.E. APRESENTANDO FERIMENTO CORTANTE EM MENTO + DOR E LUXAÇÃO DE QUIRODÁCTILO DIREITO + DOR EM TORNOZELO DIREITO. GLASGOW 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE MÃO DIREITA  
RX DE TORNOZELO

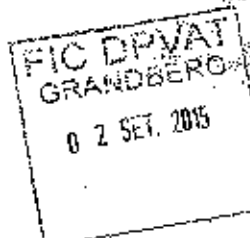
### TRATAMENTO:

PACIENTE AVALIADO POR CIR. GERAL + EXAMES RADIOLÓGICOS.

ALTA HOSPITALAR: 20/08/2014  
DATA DA EMISSÃO: 29/06/2015

Dr. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



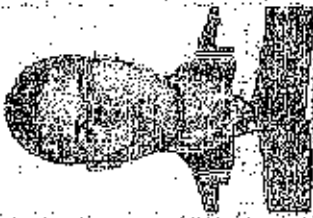

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

REGISTRO GERAL	4.255.741	DATA DE EXPEDICÃO	07/06/2014
NOME	FELIPE ASLEY TABATANA		
FILIAÇÃO	SEVERINA MARTA TABATANA		
NATURALIDADE	SANTA RITA-PB	DATA DE NASCIMENTO	19/07/1996
DOO ORIGEM	NASC. N. 2598 FLS. 100 LIV. A04		
	CARTÓRIO SANTA RITA-PB		
CPF	706.556.124-08		

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

CARTÃO DE IDENTIDADE

*Felipe Asley Tabatana*

2-124

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

FIC DEPVAT  
GRANDBERG  
02 SET. 2015

REPUBLICA DE DOMINICA  
MINISTERIO DE INTERIORES  
SECRETARIA DE INMIGRACION

FORMA DE REGISTRO  
NOMBRE: JUAN CARLOS RODRIGUEZ  
C.I.: 000000000000000000 2014

FECHA DE EMISION: 2014  
LUGAR DE EMISION: DOMINICA  
TIPO DE VISA: TOURIST  
VALIDEZ: 06/06/2014

PAIS DE ORIGEN: DOMINICA  
PAIS DE DESTINO: DOMINICA  
FECHA DE ENTRADA: 2014  
FECHA DE SALIDA: 2014

TIPO DE VISA: TOURIST  
VALIDEZ: 06/06/2014  
LUGAR DE EMISION: DOMINICA  
LUGAR DE DESTINO: DOMINICA

FECHA DE EMISION: 2014  
LUGAR DE EMISION: DOMINICA  
LUGAR DE DESTINO: DOMINICA  
VALIDEZ: 06/06/2014

FECHA DE EMISION: 2014  
LUGAR DE EMISION: DOMINICA  
LUGAR DE DESTINO: DOMINICA  
VALIDEZ: 06/06/2014

REPUBLICA DE DOMINICA  
MINISTERIO DE INTERIORES  
SECRETARIA DE INMIGRACION

FORMA DE REGISTRO  
NOMBRE: JUAN CARLOS RODRIGUEZ  
C.I.: 000000000000000000 2014

FECHA DE EMISION: 2014  
LUGAR DE EMISION: DOMINICA  
TIPO DE VISA: TOURIST  
VALIDEZ: 06/06/2014

PAIS DE ORIGEN: DOMINICA  
PAIS DE DESTINO: DOMINICA  
FECHA DE ENTRADA: 2014  
FECHA DE SALIDA: 2014

TIPO DE VISA: TOURIST  
VALIDEZ: 06/06/2014  
LUGAR DE EMISION: DOMINICA  
LUGAR DE DESTINO: DOMINICA

FECHA DE EMISION: 2014  
LUGAR DE EMISION: DOMINICA  
LUGAR DE DESTINO: DOMINICA  
VALIDEZ: 06/06/2014

FECHA DE EMISION: 2014  
LUGAR DE EMISION: DOMINICA  
LUGAR DE DESTINO: DOMINICA  
VALIDEZ: 06/06/2014

FIC DPVAT  
GRANDBERG  
02 SET. 2015

Nº do Sinistro

Seguro Obrigatório Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos

Nº do Protocolo

INVALIDEZ PERMANENTE

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 20/08/14

Vítima

FELIPE ASLEY TABAÍAMA

CPF 706 556 124 08

Seguradora

## QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome FELIPE ASLEY TABAÍAMA

☐ Vítima ☐ Representante Legal

Endereço para Correspondência LOC. LOTEAMENTO NILE

nº S/N Complemento

Bairro

CENTRO

Cidade SANTA RITA

UF PB

CEP 58919000

Telefone para contato

83 99903.9999

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha com ☐ para documentação faltante

## TIPO DE DOCUMENTO

## DOCUMENTOS BÁSICOS

DUT

- ☒ Registro da Ocorrência expedido pela autoridade policial
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☒ CPF da vítima
- ☒ Comprovante de residência da vítima
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo) - Depósito

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

## DOCUMENTOS DA VÍTIMA

BAM

- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☒ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

## REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciar o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 25/08/15

Nome Felipe Asley Tabaíama

Identidade 4255741

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida sem conferência

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

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, **FELIPE ASLEY TABAÍAMA**  
 PORTADOR(A) DO RG Nº **4255.741** EXPEDIDO POR **SSDS 1ºº** EM **07/06/2014**  
 CPF **006556114-08** / CNPJ **00000000-0000-00**, PROFISSÃO **---**  
 E RENDA MENSAL DE R\$ **800,00** (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **FELIPE ASLEY TABAÍAMA** AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade 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](http://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/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO **104** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **1944** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **124356-3**

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.

JOAC PEREN, 25 de Agosto de 2015

LOCAL E DATA

x Felipe Asley Tabaíama

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE DEPOSITO

24/08/2015 HORA: 15:08:10  
DATA EFETIVAÇÃO: 24/08  
CONVENIO: 000587869  
OPERADOR: 001

AGENCIA: 1914  
CONTA: 015.00124356-3  
NOME: FELIPE ASLEY TABAIANA

VALOR: 0000

COD. OPERAÇÃO: 145537571

DISQUE CAIXA - 0800 726  
0101 OUVIDO:  
RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2452

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FELIPE ASLEY TABAIA

RG nº 4255741, data de expedição 07/06/2014,  
Órgão SSPPB, CPF nº 706556124-08, 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  
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

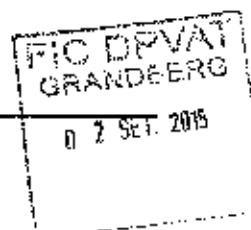
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	LOTEAMENTO MKL
Número	S/N
Aptº / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	SANTA RITA
Estado	PB
CEP	58919-000
Telefone de contato	83 99903 9999
E-mail	99639.8400 / 3222.8577

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA PB, 25/08/2015.

Felipe Asley Tabaia

Assinatura do Declarante



Perícia João Pessoa PB

MARIA DORETH TABAIANA DE CARVALHO  
LOC LOT NCE, S/N - CENTRO  
SANTA RITA/PB CEP: 59319000 (4G: 1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MODERNO  
Roteiro: 10 - R - 720 - 3030  
Médio: 10008580008

Referência: Ago/2015  
Emissão: 18/08/2015

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B 263, Km 25 - Canto Verde - Jd. São Pessoa/PB - CEP 59071-600  
CNPJ 08.056.153/0001-40 Insc. Est. 16.016.829-0  
Nota Fiscal/Código de Energia Básica: 000741544  
Código para o Cliente Autônomo: 000560194-0

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

0810.5335.22ca 4002.9818 ad42.1111.8444

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 16/165/984-7

Ago / 2015

Canal de contato

Apresentação

18/08/2015

Data prevista da  
próxima leitura

18/09/2015

CPE / CNPJ / RANI

42447005/000

Cálculo de consumo

**Faturas em atraso**

Data	Valor
23/07/2015	104,02
25/08/2015	122,09

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/07/15	4155	16/08/15	4283	
			1	138
				33

**Demonstrativo**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	128	0,97350	82,87
Adc. B Vermeha			7,56
<b>IMPOSTOS E ENCARGOS</b>			
PI			1,08
DOFINS			4,80
CONTRIB. SERV. LIMP. PÚBLICA			2,10
ICMS (Base de Cálculo R\$ 62,43) Alíquota 27,00%			24,41

Histórico de Consumo  
(kWh)

Jul/15	187
Jun/15	174
Mai/15	223
Abr/15	180
Mar/15	190
Fev/15	112
Jan/15	185
Dez/14	204
Nov/14	261
Out/14	238
Set/14	276
Ago/14	316

Média dos últimos meses  
270 kWh

**VENCIMENTO**  
25/08/2015

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 92,53

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
DEMONSTRAÇÃO	6,00	0,00	NOMINAL 220
DE TRIMESTRAL	12,00		
DE ANUAL	54,12		
DE VENCIMENTO	5,70	0,00	CONTRATADA 231
DE TRIMESTRAL	7,36		UNITE INFERIOR 231
DE ANUAL	14,70		UNITE SUPERIOR 231
CMC	5,54	0,00	
SICR	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	29,08	20,80
Consumo Energia	78,88	31,32
Serviço de Aterramento	2,00	2,18
Encargos Setoriais	6,28	6,72
Impostos Diretos e Lucrativos	32,67	35,20
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>82,89</b>	<b>100,00</b>

Valor de consumo do Usado Sistema de Distribuição:  
R\$ 82,89 (R\$ 82,53)

**ATENÇÃO**

PARA ACOMPANHAR O SEU CONSUMO E A QUALIDADE DO SERVIÇO, A ENERGISA PARÁIBA OFERECE O SISTEMA DE MONITORAMENTO DE CONSUMO E QUALIDADE DE ENERGIA (MOCQE). Este sistema permite que o cliente acompanhe em tempo real o consumo de energia e a qualidade do serviço prestado. Para mais informações, consulte o site da ENERGISA PARÁIBA ou ligue para o 0800 083 0196.

REC DPVAT  
GRANBERG  
02 SET. 2015

PARAIBA

Roteiro: 10 - R - 720 - 3030  
Médio: 10008580008

**VENCIMENTO**  
25/08/2015

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 92,53

83690000000-8 92530054000-0 16519642015-3 0800080019-0



