



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

6147020

REFERÊNCIA

ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LUZIA SENHORA DAS MERCES  
RUA CIRCULAR IMACULADA, 91 - IMACULADA BAYKUX PB  
58309-035

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
002.003.260.0101.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A04X036924	12/07/2004	EXT LACE	LIGADO	POTENCIAL


ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA	
1563	1574	11	31	27/05/2019	
HIST. CONS./ANOS. LEIT./ QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.					
MAR/2019	10	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
FEV/2019	9	TURBIDEZ	0	0	0
JAN/2019	10	CLORO	0	0	0
DEZ/2018	9	COL. TERMOT	0	0	0
NOV/2018	10	COR	0	0	0
OUT/2018	12	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: FEV/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 29/04/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:47:29

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3	4,89
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,96 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/05/2019 Total a Pagar: R\$ 42,80

 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:  
ABRIL VERDE: #C-EGADEACIDENTEDETRABALHO.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6147020	ABR/2019	08/05/2019	R\$ 42,80

82630000000 0 42800010002 7 00614702001 7 04201900003 5



PROJECÇÃO  
JOÃO PESSOA  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
03 JUN 2019  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
2019

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.054/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME SEU NÚMERO

MATRÍCULA

6147020

REFERÊNCIA

MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LUZIA SENHORA DAS MERCES  
RUA CIRCULAR IMACULADA, 91 - IMACULADA BAYEUX PB  
58309-035

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
			Residencial	Comercial	Industrial	Outros		
002.003.260.0102.000		000	1	0	0	0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto			
A04X036924	12/07/2004	EXT LACR. LIGADO	POTENCIAL					
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NÚM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA								
1553	1563	10	31		28/04/2019			
MIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.								
FEV/2019		9	PARAMETROS EXIG.		ANALIS.	CONFORMES		
JAN/2019		10	TURBIDEZ		70	70		
DEZ/2018		9	CLORO		70	70		
NOV/2018		10	COL. TERNOT		0	0		
OUT/2018		12	COR		16	38		
SET/2018		8	COL. TOTAIS		70	70		
MÉDIA(M)		9	DADOS REFERENTES A: JAN/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 29/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:10:09

DESCRIÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

37,91

ESGOTO

ACRESCIM(S) MES(ES) ANT. 07/2018 01/2019

1,50

JUROS DE MORA 07/2018 01/2019

2,77

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS (ETC) 01/2019

VENCIMENTO:

08/04/2019

Total a Pagar:

R\$ 42,18



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

\*\*\* ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO \*\*\*

\*\*\* WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR \*\*\* DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITO  
DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6147020	MAR/2019	08/04/2019	R\$ 42,18

82620000000 6 42180010002 4 00614702001 7 03201920003 2



Tel: (83) 999 07-90.63

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
17 JUN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6147020

REFERÊNCIA

ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LUZIA SENHORA DAS MERCEDES

RUA CIRCULAR IMACULADA, 91 - IMACULADA BAYKUX PB  
58309-035

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
002.003.260.0101.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A04X016924	12/07/2004	KKT LACR LIGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
1563	1574	11	31	27/05/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT./QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
MAR/2019	10	PARÂMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
FEV/2019	9	TURBIDEZ	0	0
JAN/2019	10	CLORO	0	0
DEZ/2018	9	COL.TERMOT	0	0
NOV/2018	10	COR	0	0
OUT/2018	12	COL.TOTAIS	0	0
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A: FEV/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 29/04/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:47:29

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	1 M3	4,89
ESGOTO		

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,96 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/05/2019 Total a Pagar: R\$ 42,80



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

ABRIL VERDE: #C-LEGADA ACIDENTE DE TRABALHO.



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6147020	ABR/2019	08/05/2019	R\$ 42,80

82630000000 0 42800010002 7 00614702001 7 04201900003 5



(83) 98663 - 4900

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

### **REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)**

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA

  
**Ana Pina**  
Coordenadora de Relacionamento  
com Canais de Atendimento

## Orientação para movimentação do processo de sinistro

### **REGULADORA e ANALISE DE SINISTRO LIDER (Técnico)**

Procedimento necessário para a continuação do fluxo de análise deste sinistro que teve seu cadastro inicial realizado pelo ponto de atendimento que está descrito no histórico do SISDPVAT e para o qual não temos acesso aos documentos. Portanto, a Reguladora deverá solicitar os documentos necessários para regulação do sinistro detalhando a informação no histórico do SISDPVAT. Importante avaliar a decisão de regulação ou de análise de sinistro mais apropriada.

Atenciosamente,

ANA PINA

  
**Ana Pina**  
Coordenadora de Relacionamento  
com Canais de Atendimento





# 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 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>1</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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Matheus Alexandre Teixeira inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.265.064/76  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Matheus Alexandre Teixeira  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.265.064/76, 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 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: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____		CEP: <u>58056-384</u>
		Tel. (DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 25/04/2019

Assinatura do Declarante

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

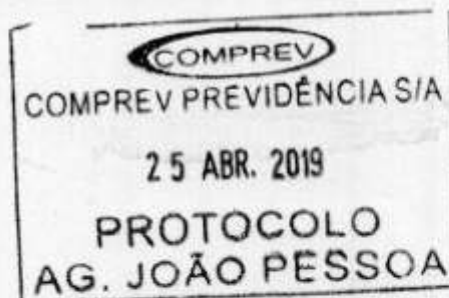
## CERTIDÃO

Nº. 0297/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº173449 e prontuário nº2018.10.002523 pertencente **MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA** que foi atendido dia 17/10/2018 às 14H40min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos de tornozelo direito. Submetido a tratamento cirúrgico.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.



João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883



PREFEITURA M - AL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOS - R MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE F. AL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 173449 Atd: Nao Regulado  
Data: 17/10/2018  
Hora: 14:40:33  
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO DE  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.10.002523

CNS: 206573699200008 Sexo: M IDENTIDADE: 52711005X Fone: 981639635

Natural: GUARUJA/SP Data Nasc.: 07/06/1999 Id: 19 ano(s)

End.: R-CIRCULAR IMACULADA, OPROFISSAO-ATENDENTE DE LANCHONETE

Bairro: IMACULADA Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai: FRANCISCO JOAQUIM TEIXEIRA

Mae: ELENILDA VIEIRA ALEXANDRE

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Op.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: CARRO+MOTO 9CONDUTOR) HA 02HS

Vitima de violencia por: BR-CASTELO BRANCO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Abd: O2%:

Queixos Principais

COLISAO CARRO/MOTO.AVALIACAO DA GERAL

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Choque motor / com Amarelo Edema

Tornozelo e pé direito inchados

~~Alto em geral~~

Diagnostico

Trauma

Prescrição

① Depressão Ortop  
② T1000 200mg 1x/dia

Conduta

① Analgesia  
② R. Tornozelo  
③ Octopate

Horario da medicacao

10:50 10:50

Bruno J. B. Gonçalves  
MÉDICO  
CRM - PB 10510

*[Handwritten signature]*



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_





**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **710.265.064-76**

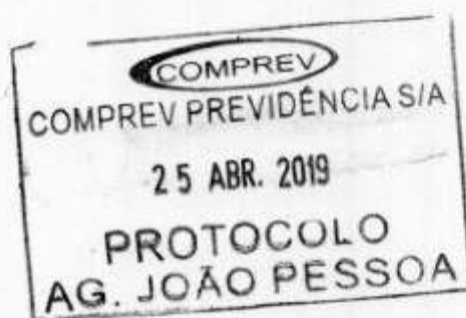
Nome: **MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

Data de Nascimento: **07/06/1999**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/11/2014**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **15:36:29** do dia **22/04/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A36D.7D01.06C9.A41B**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica.asp).



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CATEGORIA NACIONAL 1009001575

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / C.R.G. / INSC. R. 1054342

CPF 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1987

FUNÇÃO JOSKEA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO 1009001575

VALIDADE 10/11/2014

1ª EMISSÃO 06/04/1989

1009001575

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 11/11/2014

60378988460  
 PD025545609

**COMPREV**  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 25 ABR. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190293165**

Nome do(a) Examinado(a): **MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Circular Imaculada da Conceição, 91 - Imaculada - Bayeux - PB - CEP 58309-035**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SP** ] **52711005-X**

Data e local do acidente: [ **17/10/2018** ] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [ **12/08/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**Fratura de tornozelo direito**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**ACIDENTE EM 17-10-2018 AO EXAME :PRESENÇA DE DE 02 CICATRIZES DE TNZ DIREITO ,COM LIMITE DE 50% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**REALIZOU OSTEOSÍNTESE E RECEBEU ALTA FEZ FISIOTERAPIA**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**LIMITAÇÃO MOTORA**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TNZ DIREITO

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190293165 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA **Data do acidente:** 17/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tornozelo direito

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: PRESENÇA DE 02 CICATRIZES EM TORNOZELO DIREITO, COM LIMITE MODERADO DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE EM 17-10-2018  
REALIZOU OSTEOSÍNTESE E RECEBEU ALTA  
FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190293165 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA **Data do acidente:** 17/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tornozelo direito

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: PRESENÇA DE 02 CICATRIZES EM TORNOZELO DIREITO, COM LIMITE MODERADO DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE EM 17-10-2018  
REALIZOU OSTEOSSÍNTESE E RECEBEU ALTA  
FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190293165 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA **Data do acidente:** 17/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P4  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190293165 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA **Data do acidente:** 17/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Matheus Alexandre Teixeira, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão alimento, residente e domiciliado à Rua Circular Imaculada nº 97, bairro Imaculada, Município de Bayeux, Estado de(o) PB, Cep: 58309-035, portador(a) do Rg nº 52.733.005-X, SSP/SP e CPF nº 710.265.064-16.

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Manoel Sabino, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 105.4562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-97.

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) Matheus Alexandre Teixeira, ocorrido em 17/10/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvalidez.

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 mandato.

João Pessoa, 15 de abril de 2019.



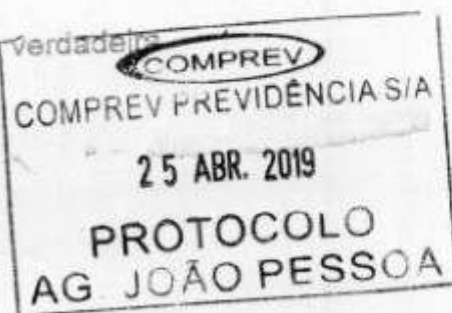
Matheus A. Teixeira  
Outorgante  
CPF Nº 710.265.064-16



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

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço por Autenticidade a firma de MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA, [121339], J. Pessoa-PB, 15/04/2019 09:22:10 Emol R\$9,91 Farpens:R\$0,29 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA R\$10,00 FÉREIRA SILVA. Selo Digital AIL57313-3180 Consulte em <https://selodigital.tjpb.rs.br/oricceleida.com.br>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140409/19

**Número do Sinistro:** 3190293165

**Vítima:** MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

**CPF:** 710.265.064-76

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 17/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MATHEUS ALEXANDRE  
TEIXEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA : 710.265.064-76**

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](http://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.

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140409/19

**Número do Sinistro:** 3190293165

**Vítima:** MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

**CPF:** 710.265.064-76

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 17/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MATHEUS ALEXANDRE  
TEIXEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA : 710.265.064-76**

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](http://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.

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140409/19

Número do Sinistro: 3190293165

Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

CPF: 710.265.064-76

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE  
TEIXEIRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA : 710.265.064-76**

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](http://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: 07/05/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2019  
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-0140409/19

Número do Sinistro: 3190293165

Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

CPF: 710.265.064-76

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE  
TEIXEIRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA : 710.265.064-76**

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](http://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: 03/06/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019  
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-0140409/19

Número do Sinistro: 3190293165

Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

CPF: 710.265.064-76

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE  
TEIXEIRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA : 710.265.064-76**

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](http://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: 11/07/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019  
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-0140409/19

Número do Sinistro: 3190293165

Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

CPF: 710.265.064-76

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE  
TEIXEIRA

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA : 710.265.064-76**

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](http://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: 17/06/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019  
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-0140409/19

**Vítima:** MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

**CPF:** 710.265.064-76

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 17/10/2018

**Titular do CPF:** MATHEUS ALEXANDRE  
TEIXEIRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

### MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA : 710.265.064-76

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](http://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: 25/04/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140409/19

**Número do Sinistro:** 3190293165

**Vítima:** MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

**CPF:** 710.265.064-76

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 17/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MATHEUS ALEXANDRE  
TEIXEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA : 710.265.064-76**

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](http://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.

---

**Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190293165**

**Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

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





---

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190293165**

**Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

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

Comprovante de residência 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



---

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190293165**

**Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190293165**

**Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

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

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



---

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190293165**

**Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

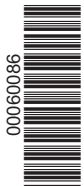
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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](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, 31 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190293165**

**Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

**Data do Acidente: 17/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190293165

Vítima: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Data do Acidente: 17/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002010-9

Conta: 000000032513-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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: 710.265.064-76 Nome completo da vítima: Matheus Alexandre Teixeira  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SIJSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Matheus Alexandre Teixeira CPF: 710.265.064-76  
Profissão: Recuso Endereço: Rua Circular Imaculada Número: 91 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Imaculada Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58309-035  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

## 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 o fim 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 30 (trinta) 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa reconhecimento de culpa e futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA SIA**  
**25 ABR 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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 289 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 25/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

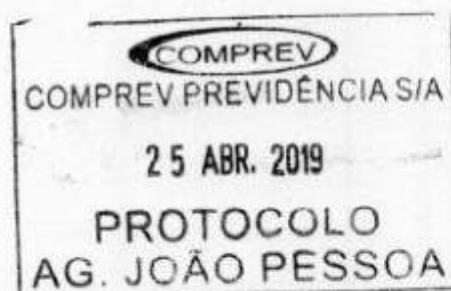
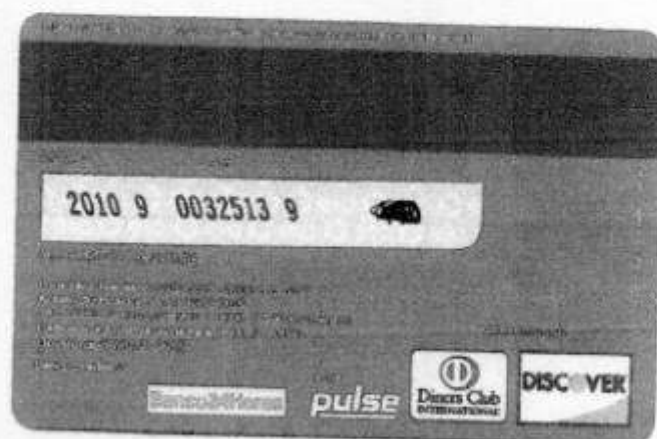
Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 04084.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04084.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:48 horas do dia 15 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Matheus Alexandre Teixeira, CPF nº 710.265.064-76, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Atendente, filho(a) de Elenilda Vieira Alexandre e Francisco Joaquim Teixeira, natural de Guarujá/SP, nascido(a) em 07/06/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Circular Imaculada, Nº 91, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Próximo Ao Instituto Santa Mônica, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98678-0455.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Br 230, Posto Petrobras, João Pessoa/PB, bairro Castelo Branco; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 17/10/18 13:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

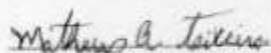
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

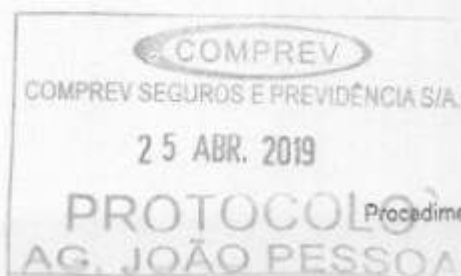
QUE, segundo o notificante no dia 17/10/2018 por volta das 13:40 horas quando transitava, pela BR 230, sentido Manairá Shopping; em frente ao POSTO PETROBRAS; com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS E ano e modelo: 2013/2014, de cor preta de placa: OGG3865/PB CHASSI: 9C2JC4110ER706303 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo seguia normalmente quando o veículo não identificado, que estava a sua frente, freou abruptamente sem sinalizar vindo o notificante a colidir na traseira do veículo, que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar, Que foi socorrido pela viatura do SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Senador Tarcísio Buriti conforme Certidão nº 0297/2019 assinada pela médica Rosângela Medeiros Escorel Almeida CRM/PB 3883, onde foi submetido a avaliação médica que evidenciou FRATURA DE OSSOS DE TORNOZELO DIREITO.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de abril de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

  
MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA  
Noticiante



Procedimento Policial: 04084.01.2019.1.00.401



# 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: 710.265.064-76 Nome completo da vítima: Matheus Alexandre Teixeira  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SIJSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Matheus Alexandre Teixeira CPF: 710.265.064-76  
Profissão: Recuso Endereço: Rua Circular Imaculada Número: 91 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Imaculada Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58309-035  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2010 9

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 0032513 9

(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.

## 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 o pedido 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 30 (trinta) 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 ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa reconhecimento de culpa e futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA SIA**  
**25 ABR 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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 289 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 25/04/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

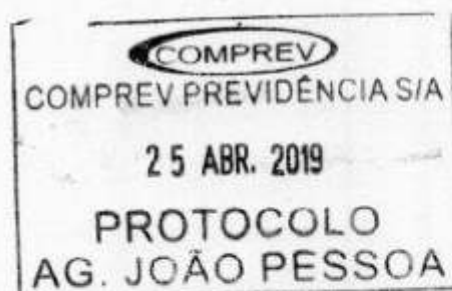
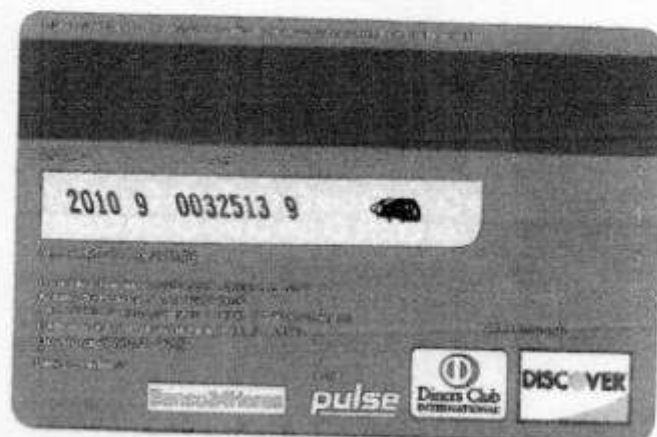
2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.





BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

BANCO:        237

AGÊNCIA:    02010-9

CONTA:        000000032513-9

---

---

Nr. Autenticação

BRABESCO1508201905000000000023702010000000032513168750    PAGO

83690000001-6 95220149000-4 8993562019-9 07900000001-2



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.054/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME NÚMERO  
MATRÍCULA

6147020

REFERÊNCIA

MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LUZIA SENHORA DAS MERCEDES  
RUA CIRCULAR IMACULADA, 91 - IMACULADA BAYEUX PB  
58.309-035

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
002.003.260.0102.0000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A04X036924	12/07/2004	ENT LACR LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1553	1563	10	31	28/04/2019		
HIST. CONS./ANDR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
FEV/2019	9	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
JAN/2019	10	TURBIDEZ		70	70	70
DEZ/2018	9	CLORO		70	70	70
NOV/2018	10	COL.TERMOT		0	0	0
OUT/2018	12	COR		16	38	38
SET/2018	8	COL.TOTAIS		70	70	70
MEDIA(M)	9	DADOS REFERENTES A: JAN/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 29/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:10:09

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA

10 M3 37,91

ESGOTO

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 07/2018 01/2019

1,50

JUROS DE MORA 07/2018 01/2019

2,77

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
25 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS (R\$ 1,17)

VENCIMENTO:

08/04/2019

Total a Pagar:

R\$ 42,18



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

\*\*\* ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO \*\*\*

\*\*\* WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR \*\*\* DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITO  
DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6147020	MAR/2019	08/04/2019	R\$ 42,18

82620000000 6 42180010002 4 00614702001 7 03201920003 2

