



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CHP: 08.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTENÓGRAFO
MATRÍCULA
6147020
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ABR/2019

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
302.001.260.0102.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A04X036924	17/07/2004	EXT LACE	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA	1563 1574 11 31 27/05/2019					
MIST. CONS./ANO3. LEIT./I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
MAR/2019	10	PARAHETROS	EXIG.	ANALIS.	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	
MÉDIA(N)	10	DADOS REFERENTES A: FEV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 29/04/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 09:47:29	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 m³ - R\$ 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

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CAGEPA	CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:		
ABRIL VERDE: #C4E4D4 ACIDENTE DE TRABALHO.		

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

826300000000 0 42800010002 7 00614702001 7 04201900003 5



PROJETO PROJETO
COMPRE SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
JOÃO 03 JUN. 2019
REV. 2019
JULIO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORMESTÉRIO
IMATRÍCULA

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
		Sócio	Conselho	Morar	Outras	
002.003.260.0102.0000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A04X036924	12/07/2004	EXT LACRADO	IGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 1553 1563 10 31 28/04/2019
 HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 NS.
 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.TERNOT 0 0 0
 OUT/2018 12 COR 16 38 38
 SET/2018 8 COL.TOTAIS 70 70 70
 MÉDIA(m³) 9 DADOS REFERENTES A: JAN/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 29/03/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 10:10:09

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL | UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 m³ 37,91

ESGOTO

ACRESCIMOS(NESSES) ANT. 07/2018 01/2019

1,50

JUROS DE MORA 07/2018-01/2019

2,72

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

VENCIMENTO: 08/04/2019 Total a Pagar:

R\$ 42,18



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1
CAGEPA

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
 *** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NAO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LF3 120007/09

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 - 9063

17 JUN. 2019
COMPREV
SEGURADE PREVIDÊNCIAS
PROTOCOLO
JAO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Círino, 220 - Jaguaripe Jólio Pessoso - PB
CEP: 58.615-520 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

FAÇA CONTATO COM A CACHESA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

6147020

REFERÊNCIA

ABR/2019

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

ABR/2619

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável		
		Básico	Corretivo	Itinerante	Extra			
002.003.260.0102.000	000	1	0	0	0			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto			
A04X036224	12/07/2004	EXT LACR		LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR I ATUA. I CONSUMO (m3)		NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA				
1563	1574	11	31	27/05/2019				
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 2B PORT. 05/2017 NS.								
MAR/2019	10	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. 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		
MEDIACAO	10	DADOS REFERENTES A: FEV/2019						

DATA DA IMPRESSÃO: 29/04/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:47:29

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL. 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 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

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

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

 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
ABRIL VERDE: #C4E6A1

卷之三



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
6147020	ABR/2019	08/05/2019	R\$ 42,60

82630000000 0 42800010002 7 00614702801 7 04201900003 5



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
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 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELÔ CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PRÉVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo Ida Silva, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024-91, da Vítima Mathews Alexandre Teixeira, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.265.064-76, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez, da Vítima Mathews 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	

Local e Data:

João Pessoa - PB 25/04/2019

Assinatura do Declarante

as, 16
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



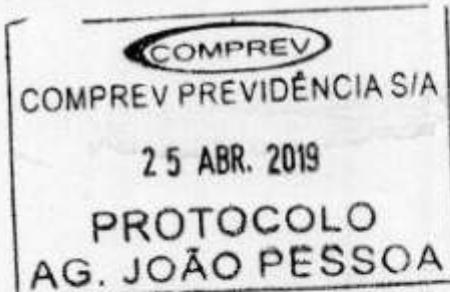
CERTIDÃO

Nº. 0297/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data 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 N - 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
Recepçionista: JUSSARA MANUELA BENTO DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA Num. de vezes atendido: 1
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

Mae: ELENILDA VIEIRA ALEXANDRE

Pai: FRANCISCO JOAQUIM TEIXEIRA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

p.: O MESMO

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

Prox. encia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vitima de violênci por: BR-CASTELO BRANCO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

OBST. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Ques: Principal

COLISAO CARRO/MOTO.AVALIACAO DA GERAL

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

chague mto /com o Anosette fdeve
Tonsiglo & Relevo p/medicad

Alto est-gradeta
Diagnóstico

I Conduta

① Acudisse
② Rx Tonsiglo
③ Octopreta

Prescrição

I Horario da medicacao

① Densive Onsup 750mg 6 10:50 AM
② Tlal 200mg/lust e

Bruno J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 10510

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: _____

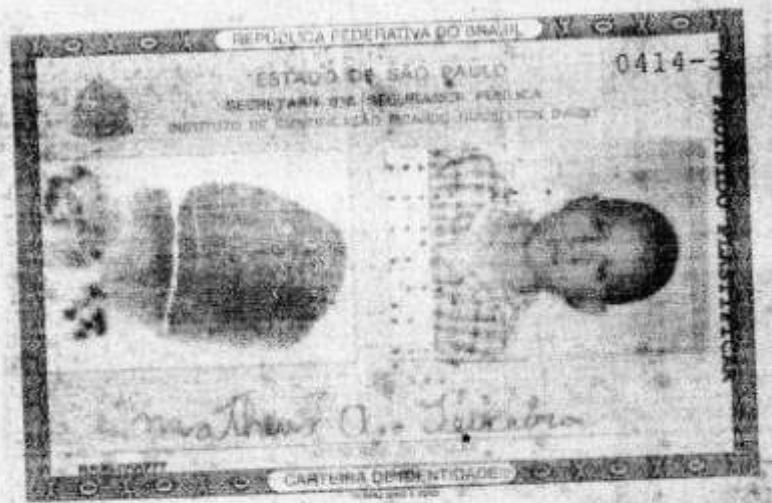
Resultados de Exames Complementares: _____ Rx

Hipóteses Diagnósticas: _____ Rx - Tumoreto + VBC

Conduta: _____ Rx - Tumoreto + VBC

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mathews Alexandre Teixeira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>- Fx de TNZ esq.</i>					
CID					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O nemo</i>					
CID					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>DAFI</i>					
CÓDIGO					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					



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**

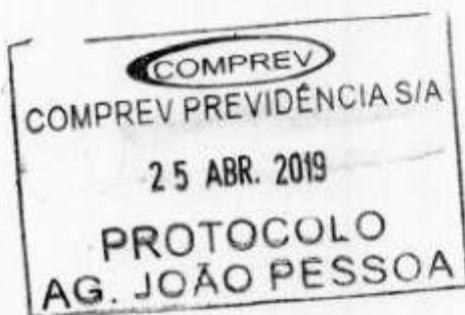
Nome: **MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/11/2014**

Dígito Verificador: **00**

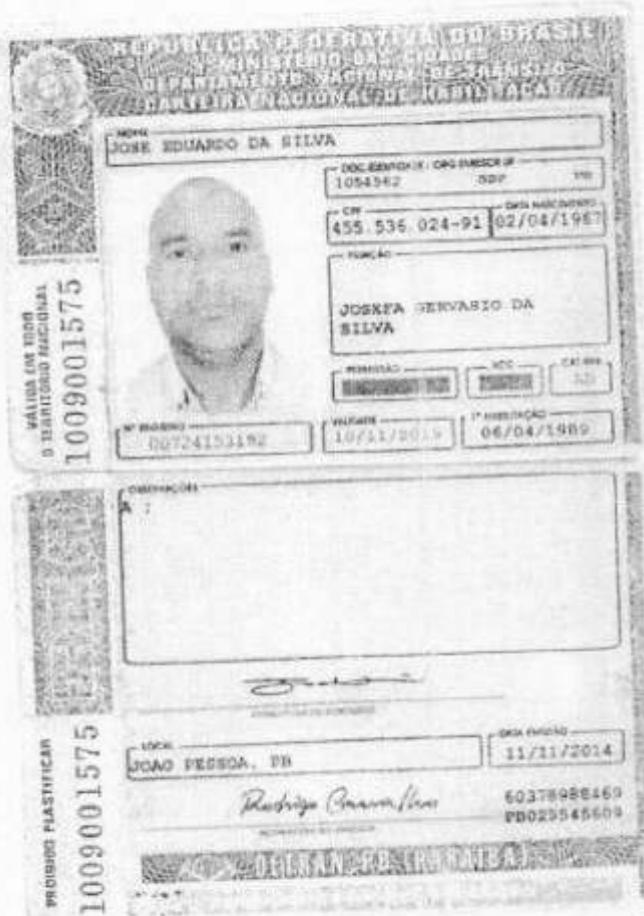


Comprovante emitido às: **15:36:29** do dia **22/04/2019** (hora e data de Brasília).

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



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



1009001575
NRL-B1992-PLA571CZM

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DETRAN - PB		Nº 013814515470	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. REGRAR	30991400004019	PERÍODO
1	0099277863	00/00000000	2018
MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA			
00991400004019			

PB N° 013814515470 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraaldeir.com.br

SAC DPVAT 0800 0022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 24/07/2018

PLACA

OCG 3865 / PB

CPF / CNPJ

OCG 3865 / PB

MARCA / MODELO

HONDA/ CG 125 FAN KS

Nº CHASSI

00992779537

ANO/FAB. / DT. REG.

2013 9

PRÉMIO TARIFÁRIO

VALOR (R\$)

DEBITANTE (R\$)

VALOR (R\$)

**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 tornozele 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
() 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 Morais 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 AO EXAME: PRESENÇA DE DE 02 CICATRIZES EM TORNOZELO DIREITO, COM LIMITE MODERADO DE FLEXÃO
físico: 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 AO EXAME: PRESENÇA DE DE 02 CICATRIZES EM TORNOZELO DIREITO, COM LIMITE MODERADO DE FLEXÃO
físico: 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.

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 atendente, residente e domiciliado à Rua Circular Joaquim Távora nº 91, bairro Imaculada, Bayeux
Município de Bayeux Estado de(o) PI Cep: 58309-1035
portador(a) do RG nº 52.733.005-X SSP/PI e CPF nº 710.265.064-76

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa nº 154, bairro Itambá, Belém
Município de João Pessoa Estado de (o) PB Cep: 58056-384
portador (a) do RG nº 105.456 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 invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

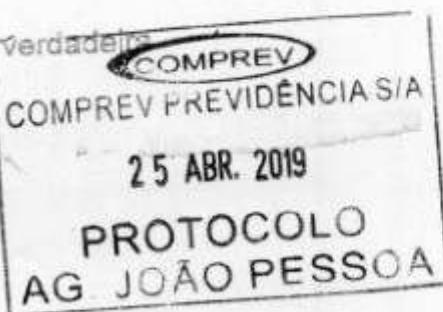
João Pessoa, 15 de abril de 2019.



X Matheus Alexandre Teixeira
Outorgante
CPF Nº 710.265.064-76



Cos.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira
CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE À FIRMA DE MATHEUS ALEXANDRE
TEIXEIRA, [12139], J.Pessoa-PB, 15/04/2019 09:22:10 End
R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepj:R\$1,98, ISS:R\$0,30. Em test da
verdade. Tabelia CELEIDA SÍLVIO PESSOA SILVA. Selo
Digital ALI.57313-3180 Consultar:
<https://selodigital.tjpb.ds.judicializada.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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2018

Titular do CPF: MATHEUS ALEXANDRE TEIXEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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.

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, 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



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, 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



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, 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



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, 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



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, 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.

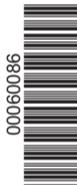
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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. 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



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, 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, retorno 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.

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:

710.265.064-76 Matheus Alexandre Teixeira

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

Nome completo:

Endereço:

CPF: 710.265.064-76

Profissão:

Cidade:

Número: 91 Complemento:

Recuso

Estado:

CEP: 58309-036

Bairro: Imaculada

Cidade: Bayeux

E-mail:

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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 OPCIÃO 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2030

CONTA: 003.2513

(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 o pedido de pagamento 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 60 (sessenta) 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 cuntas da Seguradora Lider para verificação e, caso seja necessária, qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que está autorizada a sua identificação para eventual consulta com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOAO 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
Vivos: Falecidos: Nascerá (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 áqueles 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 25/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus B. Teixeira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

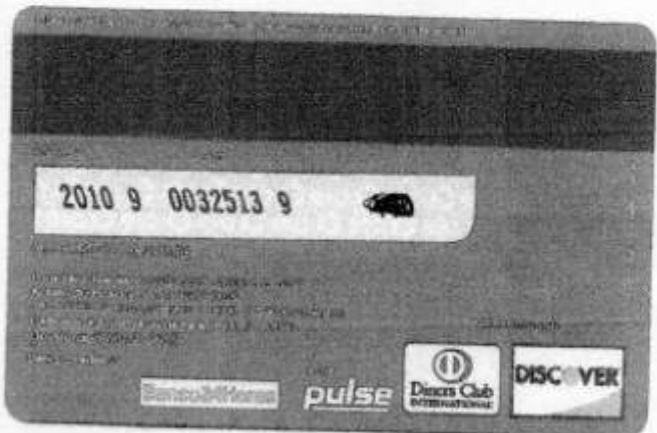
2º | Nome: _____

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.



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

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04084.01.2019.1.00.401

2º DSPC

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 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 Guaruja/SP, nascido(a) em 07/06/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Circular Imaculada, N° 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:

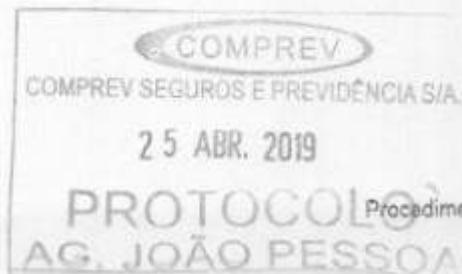
QUE, segundo o notificante no dia 17/10/2018 por volta das 13:40 horas quando transitava, pela BR 230, sentido Manaíra Shopping, em frente ao POSTO PETROBRAS, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS E ano e modelo: 2013/2014, de cor preta de placa: OGG3865/PB CHASSI: 9C2JC4110ER706303 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo seguia normalmente quando o veículo não identificado, que estava à 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 Rosangela Medeiros Escorci 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, expeço 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:

Nome completo da vítima:

710.265.064-76 Matheus Alexandre Teixeira

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

Nome completo:

Endereço:

CPF: 710.265.064-76

Profissão:

Cidade:

Número: 91 Complemento:

Recuso

Estado:

CEP: 58309-036

Bairro: Imaculada

Cidade: Bayeux

E-mail:

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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 OPCIÃO 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:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2030

CONTA: 003.2513

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 o pedido de pagamento 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 60 (sessenta) 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 cuntas da Seguradora Lider para verificação e, caso seja necessária, qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que está autorizada a sua identificação para eventual consulta com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOAO 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
Vivos: Falecidos: Nascitur (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 áqueles 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 25/04/19*
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Matheus B. Teixeira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

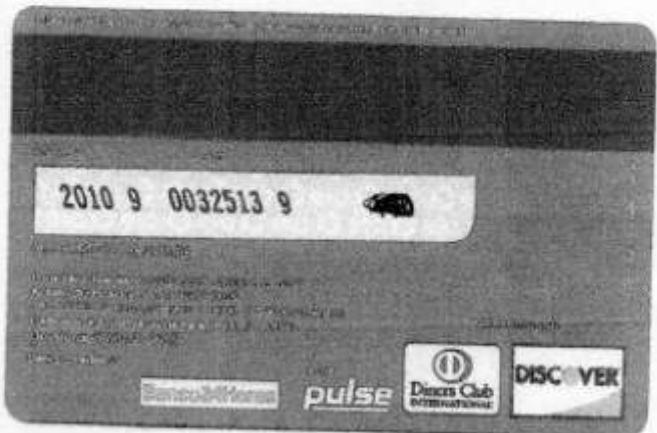
2º | Nome: _____

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.



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

BRADESCO

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

BRADESCO15082019050000000002370201000000032513168750 PAGO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

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				
		Residual	Consumo	Total	Obs				
002.003.260.0102.000	900	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) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA									
1553	1563	10	31	28/04/2019					
HIST. CONS./ANOR. 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									
DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)									
ÁGUA									
RESIDENCIAL UNIDADE(S)									
CONSUMO DE ÁGUA	10 m3		37,91						
ESGOTO									
ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANT. 07/2018 01/2019			1,50						
JUROS DE MORA 07/2018 01/2019			2,77						
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS E IPI 04/17									
VENCIMENTO:	08/04/2019	Total a Pagar:	R\$ 42,18						

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS
25 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. CÂO PESSOA



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

acompanhe como está sendo aplicado seu dinheiro
www.transparencia.pb.gov.br declararão não existir débitos de faturas de 2018 - Lei 12007/09



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

826200000900 6 42180010002 4 00614702001 7 03201920003 2

