

---

**Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190000823**

**Vítima: EDNALDO DA SILVA CAMILO**

**Data do Acidente: 07/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

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

**Senhor(a), EDNALDO DA SILVA CAMILO**

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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190000823

Vítima: EDNALDO DA SILVA CAMILO

Data do Acidente: 07/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDNALDO DA SILVA CAMILO**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDNALDO DA SILVA CAMILO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000020997-1

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:	Nome completo da vítima:
	02599557445	Edinaldo da Silva Carmelo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Edinaldo da Silva Carmelo	02599557445	
Profissão:	Endereço:	Número:
Ag. de limpeza	AR. Redenção	584
Bairro:	Cidade:	Estado:
Ilha do Bispo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58011-400	

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: Caixa Econômica Federal

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

AGÊNCIA: 0729  CONTA: 20997    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 27/12/12  
 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.



603689 0010 45209 3040

EDNALDO DA SILVA CAMILO

0729 001 00020997-1 05/21



débito





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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 09449.01.2018.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09449.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:45 horas do dia 06 de dezembro de 2018, 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 Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Liélia Moraes da Silva, Escrivão de Polícia, matrícula 1557149, ao final assinado, compareceu **Ednaldo da Silva Camilo**, CPF nº 025.995.574-45, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agente de Limpeza, filho(a) de Maria do Socorro da Silva Camilo e Severino Camilo, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 27/06/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Redenção, Nº 584, complemento casa, bairro Ilha do Bispo, tendo como ponto de referência Vizinho Ao Mercadinho União, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98822-0037.


#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Sanhauá, Não Soube Informar, João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/18 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

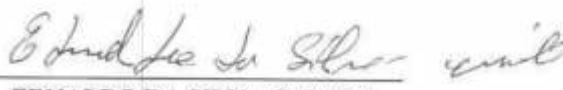
#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que foi vítima de atropelamento ocorrido no local acima citado, tendo sido socorrido pelo SAMU (declaração nº 808/089) e encaminhado para o hospital de TRAUMAS DA CAPITAL onde ficou internado (laudo médico assinado por Dr. José de Almeida Braga, CRM:2329/PB, CID 10:S82.2).

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.

  
**LIÉLIA MORAIS DA SILVA**  
Escrivão de Polícia

João Pessoa/PB, 06 de dezembro de 2018.

  
**EDNALDO DA SILVA CAMILO**  
Noticiante

# 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:
	02599557445	Ednaldo da Silva Carmelo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Ednaldo da Silva Carmelo	02599557445	
Profissão:	Endereço:	Número:
Ag. de limpeza	AR. Redenção	584
Bairro:	Cidade:	Estado:
Ilha do Bispo	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	58011-400	

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: Caixa Econômica Federal

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

AGÊNCIA: 0729  CONTA: 20997    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 27/12/12  
 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.





SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

**CNPJ 08.806.754/0015-401**  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/001, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2154693, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EDNALDO DA SILVA CAMILO** idade 41 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento p/ moto)** no dia 07/08/2018, na Av. Sanhaua, Bairro: Varadouro - João Pessoa - aproximadamente às 17:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREIS nº 1017

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: EDNALDO DA SILVA CAMILO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000020997-1

---

Nr. da Autenticação DEFF36CF8A7E2668





# CAGEPA

Rua Francisco Gomes, 210 - JARDIM JOÃO PESSOA - PB  
CEP 58016-510 - CNPJ 08.123.654/0001-87

TRATAMENTO DE ÁGUA  
INFORME DE MONITORAMENTO

MATRICULA

762423

REFERÊNCIA

OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA-ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DAS GRACAS DE ARAUJO  
AV. REDENÇÃO, 564 - ILHA DO BISPO JOÃO PESSOA - PB  
58011-400

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Serviço	Consumo	Resíduo	Outros	
001 007.030 0315 000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação	Água	Situação	Esgoto
11/05/2004	11/05/2004	11/05/2004	11/05/2004	11/05/2004	11/05/2004	11/05/2004
Anterior e Atual	Anterior e Atual	Anterior e Atual	Anterior e Atual	Anterior e Atual	Anterior e Atual	Anterior e Atual
3866	40	29	29	29	29	29
HIST. CONS./ANOS	FEEL	QUAL. DO	ÁGUA	ANEXO	20	PORT. 05/2017
SET/2018	53	PARA	METROS	EXAT.	ANALIS.	CONFORMES
AGO/2018	48	TURBIDEZ	0	0	0	0
Jul/2018	36	COLOR	0	0	0	0
Jun/2018	36	COL. TERNOT	0	0	0	0
MAI/2018	35	COL. TOTALS	0	0	0	0
ABR/2018	35	DADOS. REFERENCIAIS	A	AGU/2018		
MEDIAN	40					

DATA DA IMPRESSÃO: 17/10/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 11:57:21

CONSUMO TOTAL(R\$)

DESCRICAO  
ACUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE  
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3  
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3  
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3  
ESGOTO  
10 M3 37,91  
10 M3 48,95  
10 M3 64,50  
10 M3 87,60



doi:10.1017/S0022292412001612

Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.

doi:10.1371/journal.pone.0201164.g002

资料来源：根据《中国统计年鉴》、《中国城市统计年鉴》、《中国农村统计年鉴》整理。

第 2 次: 6 月 25 日, 6 月 26 日, 6 月 27 日, 6 月 28 日, 6 月 29 日, 6 月 30 日

2007.06.26 2007.06.26 2007.06.26

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

Call now! 800 Automotive 669-5735

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/02/2018	2074	20/02/2018	2074			30
Demonstrativa						
001	Georgi	Overdose Fatur	Valor Base Calc	40	40,00	0,00
		Valor Total Fatur	CMR 100,00		40,00	0,00
002	Caracterizacão	200.000,00	200.000,00	100,00	100,00	0,00
003	Adm. E. Viagem	4,73	4,73	26	1,00	0,00
004	Adm. E. Amizade	1,70	1,70	26	0,99	0,00
LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS						
005	CONTRIBUIÇÃO LUMINARIA	11,24	11,24	26	0,00	0,00

Media últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
	28/11/2018	R\$ 198,62
Histórico de Consumo (kWh)		

Nov-17	Dec-17	Jan-18	Feb-18	Mar-18	Apr-18	May-18	Jun-18	Jul-18	Aug-18	Sep-18	Oct-18
RESERVED TO FISCO											

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

[illegible]

— Let's go out for a walk.

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
------------	---------------

Received: 12.10.2012, 12:40

Received 14 July 2004; accepted 14 July 2004; first published online 14 July 2004

83640000001-1 95620149300-0 16983562018-7 11400005018-4



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 017.412.630



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

## REFERÊNCIA

DEZ/2018

## APRESENTAÇÃO

19/12/2018

## CONSUMO

222

## VENCIMENTO

27/12/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 196,31

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/12/2018

## VENCIMENTO

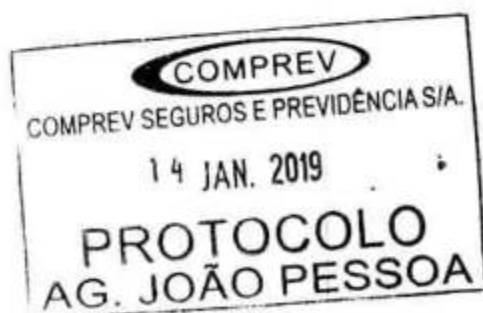
27/12/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 196,31

## MATRÍCULA

1698358-2018-12-2





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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que 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 da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ednaldo da Silva Gamble inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.995.574-45 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez  
Ednaldo da Silva Gamble inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.995.574-45  
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 informado, 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 <u></u>
Bairro <u>Limangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056</u>
Email <u></u>		Telefone comercial (DDD) <u></u>	
		Telefone celular (DDD) <u></u>	



João Pessoa 14 de Janeiro de 2019  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.234.484 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	20/11/2013
NOME	EDNALDO DA SILVA CAMILO
FILIAÇÃO	SEVERINO CAMILO MARIA DO SOCORRO DA SILVA CAMILO
NATURALIDADE	ALAGOA GRANDE-PB
DOC ORDEM	CERT. NASC. Nº2487 - LIV. A 3 - FLS 284 - CARTORIO ALAGOA GRANDE- PB
DATA DE NASCIMENTO	27/03/1977
CPT	025.995.574-45
LEI Nº 7.115 DE 2008	

CARTEIRA DE IDENTIDADE	
Ednaldo da Silva Camilo	
	
L-237	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190000823 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDNALDO DA SILVA CAMILO **Data do acidente:** 07/08/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

**Data da análise:** 20/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464177/18

**Vítima:** EDNALDO DA SILVA CAMILO

**CPF:** 025.995.574-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/08/2018

**Titular do CPF:** EDNALDO DA SILVA CAMILO

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### EDNALDO DA SILVA CAMILO : 025.995.574-45

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: 27/12/2018  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464177/18

**Número do Sinistro:** 3190000823

**Vítima:** EDNALDO DA SILVA CAMILO

**CPF:** 025.995.574-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/08/2018

**Titular do CPF:** EDNALDO DA SILVA CAMILO

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 15/02/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464177/18

**Número do Sinistro:** 3190000823

**Vítima:** EDNALDO DA SILVA CAMILO

**CPF:** 025.995.574-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/08/2018

**Titular do CPF:** EDNALDO DA SILVA  
CAMILO

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

## 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: 14/01/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA