



Número: **0800078-09.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30310 071	01/05/2020 10:49	<u>2716408_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE CLÁUDIO FERREIRA DOS SANTOS,
RG nº 3268307, data de expedição 09/09/04,
Órgão SSPI PB, portador do CPF nº 07173297478, com
domicílio na cidade de São José de Princesa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Silvio Santos, Rosá, nº 511,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Joé Lúzio Ferreira dos Santos, cujo o condutor era
Joé Lúzio Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA INXR 150 B300 ES
Ano: 2013/2013
Placa: 0X25607/PB
Chassi: 9C2KDO550DR230515
Data do Acidente: 13/10/2018
Local e Data: São José de Princesa/PB, 14 de janeiro de 2019.

Joé Cláudio Ferreira dos Santos

Assinatura do Declarante

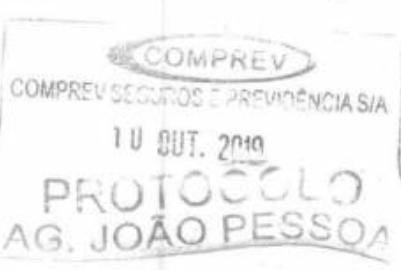
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua do Comércio, nº - Centro - São José de Princesa/PB - Fone: (83) 3491-1009

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE CLÁUDIO FERREIRA DOS SANTOS
Dou fé. São José de Princesa/PB - 14/01/2019
Escrevente: Katarina Ferreira Cordeiro Lopes Morais
Selo Digital: AHW03583-75D1
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.pjus.br>
Emol R\$ 9,91 FARPEM R\$ 0,29 MP R\$ 0,18 FEPJ R\$ 1,98

Consulte Autenticidade em: www.tjpj.pjus.br/selodigital

JOSE CLAUDIO
Ferreira C. Lopes Morais
ESCREVENTE



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

S10702

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 17/12/2018

Cod. Prof: 84	Profissional: JOSE BATISTA DA SILVA	Senha: Senha
Pront. - Paciente: 30434 - JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS		Pront. Local:
Data Nasc.: 27/09/1992	Idade Pac.: 26 Anos, 2 Meses e 20 Dias.	RG: 3900589
Endereço: SITIO - SANTA ROSA		Nº: S/N
Bairro: ZONA RURAL		Município: SAO JOSE DE PRINCESA
Nome da Mãe: ELIETE NOGUEIRA DOS SANTOS		Cartão SUS: 702100710890096
Data e Hora da Recepção: 17/12/2018 18:41	Nº da Ficha: 94409	Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

Data: 17/12/2018 18:4

COREN370840

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA
Profissional da Pré-Consulta: 100 - ROSINES MEDEIROS FREITAS

P.A.: ____ X ____ mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg

Informações da Pré-Consulta:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE MANAIRA COM CORTE CONTUSO E DOR EM JOELHO DIREITO, APÓS QUEDA C MOTO.

Medicamentos em Uso:

FEITO DIPIRONA NO SAMU.

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

17/12/2018 18:55:51 JOSE BATISTA DA SILVA

- Informações Da Alta:

ALTA COM ORIENTAÇÕES

paciente com muito dor profunda
localizada em joelho direito, ju
elgente e med. dura.
assafex + bufaix + enxata c/lan
elenco de banho.

• Buflafex 1200.000 - Myfex
• Ufotabix 25



EMÍLIA ÉRICA

FIASCHONATO DE NOTAS DE REGISTRO DE MÓVIL
Emilia Erica Alves Freitas - Isolada Interna
Autentico e presta a cópia, reprodução fiel da original
apresentado. Em testemunho da verdade,
Princesa Isabel-PB 27/12/2018 18:55:51
Emilia Erica Alves Freitas - Isolada Interna
(2018-007684) EMERGENCIAL, PRÉ-CHAMADA 6,22 FEVEREIRO 2018
SELO DIGITAL: 40009538-QM0
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Assinatura do Paciente/Responsável

JOSE BATISTA DA SILVA C.R.M.: 2045 - PB



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE PRINCESA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 01.612.684/0001-45
RECEITUÁRIO MÉDICO

Sr.(a) José Bezerra F. dos Santos

Atestado

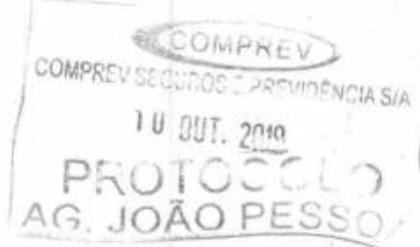
Atesto para os devidos fins,
que o Sr. acima citado
representa competência de
mecânico e impossibilitado
de realizar suas atividades
laborativas, após acidente
de trânsito, por um período
de 60 dias. (Resente deu).

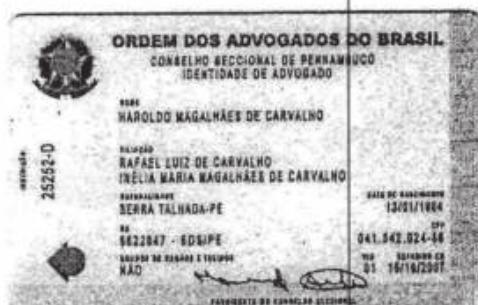
São José de Princesa-PB 08/01/2019

Agente de S.S.P. 20324
CRM-PB 20324
MEDICO FORM 37

"Não tome remédio sem o conhecimento do médico"







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE
00432226112
DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM PRT 20180000466809-6
1 0059614069-0 00/00000000 2018
JOSE CLAUDIO FERREIRA DOS SANTOS
NOME
07173297478 PLACA OX05607/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0550DR230515
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
MARA/ MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013
CAP / POT / CIL 2 P/149 / CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA
COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS 00/00/0000 1^o
P FAIXA IPVA V PARCELAMENTO / COTAS 2^o
V ***** 0 3^o
A *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 25/06/2018
OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DÓMINIO
0
SAO JOSE DE PRINGESA-PR 25/06/2018
42005 15911

DENATRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013931294012 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO-
2018 25/06/2018
VIA CPF / CNPJ PLACA
1 07173297478 OX05607/PB
RENAVAM MARCA / MODELO
00596140690 HONDA/NXR150 BROS ES
ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013
Nº CHASSI 9 9C2KD0550DR230515
PRÉMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DEENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PAGO PELO SEGURO (R\$)
***** SEGURADO PAGO
S COTA UNICA PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
PARCELADO 25/06/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.348.606/0001-04

15911-1152509-20180625

032-2007

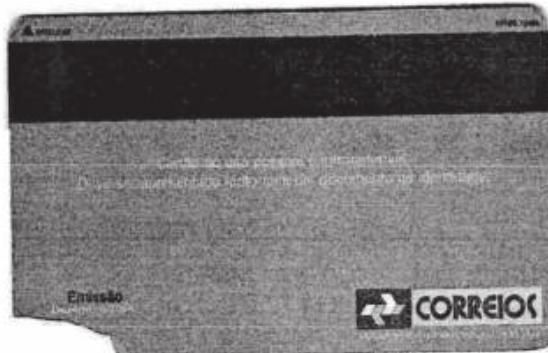
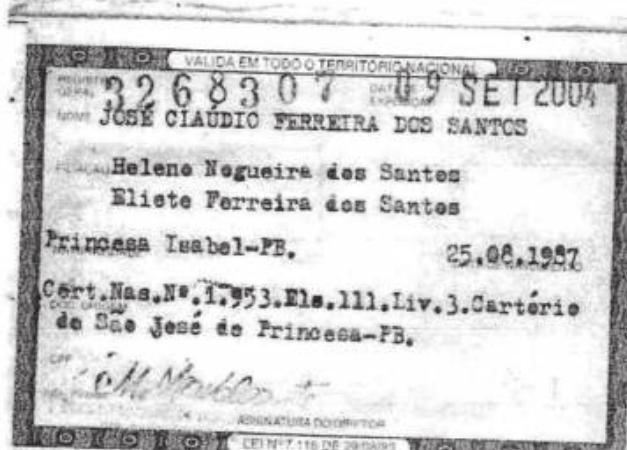


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:49:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110495511600000029124558>

Número do documento: 20050110495511600000029124558

Num. 30310071 - Pág. 6



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683171 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto-contuso em joelho direito

Descrição do exame físico: Edema em joelho direito (2/4+) que acarreta discreta limitação da flexão

Resultados terapêuticos: Paciente vítima de acidente de moto no dia 17/12/2018, cursando com ferimento corto-contuso em joelho direito, além de escoriações em tornozelo ipsilateral.

Paciente submetido a tratamento para cuidados dos ferimentos, recebendo alta após observação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Monteiro.

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683171 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto-contuso em joelho direito

Descrição do exame físico: Edema em joelho direito (2/4+) que acarreta discreta limitação da flexão

Resultados terapêuticos: Paciente vítima de acidente de moto no dia 17/12/2018, cursando com ferimento corto-contuso em joelho direito, além de escoriações em tornozelo ipsilateral.

Paciente submetido a tratamento para cuidados dos ferimentos, recebendo alta após observação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Monteiro.

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683171 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO E PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ PAG 2. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190683171 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO E PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ PAG 2. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: JOSÉ LAZARO FERREIRA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3.900.589 - 2ª Via SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 701.486.704-07, residente e domiciliado no Sítio Santa Rosa, s/n, Zona Rural, São José de Princesa/PB, CEP: 58.758-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: JOSÉ LAZARO FERREIRA DOS SANTOS.

São José de Princesa/PB, 14 de Janeiro de 2019.

José Lazaro Ferreira dos Santos
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua do Comércio, s/nº - Centro - São José de Princesa/PB - Fone: (87) 3491-1009

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSÉ LAZARO FERREIRA DOS SANTOS
Dou fé. São José de Princesa/PB - 14/01/2019
Escrevente: Katarina Ferreira Cordeiro Lopes Moraes
Selo Digital: AHW03584-QRFH
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 FAR PEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 FEPJ R\$ 1,98

Consulte Autenticidade em: www.tjpb.jus.br/selodigital

*Katarina Ferreira Cordeiro Lopes Moraes
Escrevente*

REC. COMPREV
COMPREV - TURMA E ASSISTÊNCIA/A
10.01.2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437924/19

Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 701.486.704-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/12/2018

Titular do CPF: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS : 701.486.704-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190683171** 3 - CPF da vítima: **701.486.704-07** 4 - Nome completo da vítima: **João Boázaro Ferreira dos Santos**

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

5 - Nome completo: **João Boázaro Ferreira dos Santos** 6 - CPF: **701.486.704-07**
 7 - Profissão: **agricultor** 8 - Endereço: **Rua Santa Rosa** 9 - Número: **515** 10 - Complemento: **QD01 LT 10**
 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **São José de Princesa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.750-000**
 15 - E-mail: **lmc.advocacia@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(84) 3846-1036**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: **19 - Profissão do Representante Legal:**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caja Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil (001)**

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **26.261** 7

(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **São José de Princesa/PB, 14 de Fevereiro de 2020.**

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante) **João Boázaro Ferreira dos Santos**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





LoMais

AGÊNCIA

Pos:00074167 LT:353 Doc:109 Over:74167
11-02-20 21:15:05

COBAN:074167 LOJA:0001 PUV:000001
BANCO DO BRASIL
11/02/2020 AUTO-ATENDIMENTO 11.15.05
273574167

EXTRATO CONTA CORRENTE P-CONFERENCE

AGÊNCIA: 0007-2 CONTA: 26.261-7
CLIENTE: JOSE L. FERREIRA SANTOS

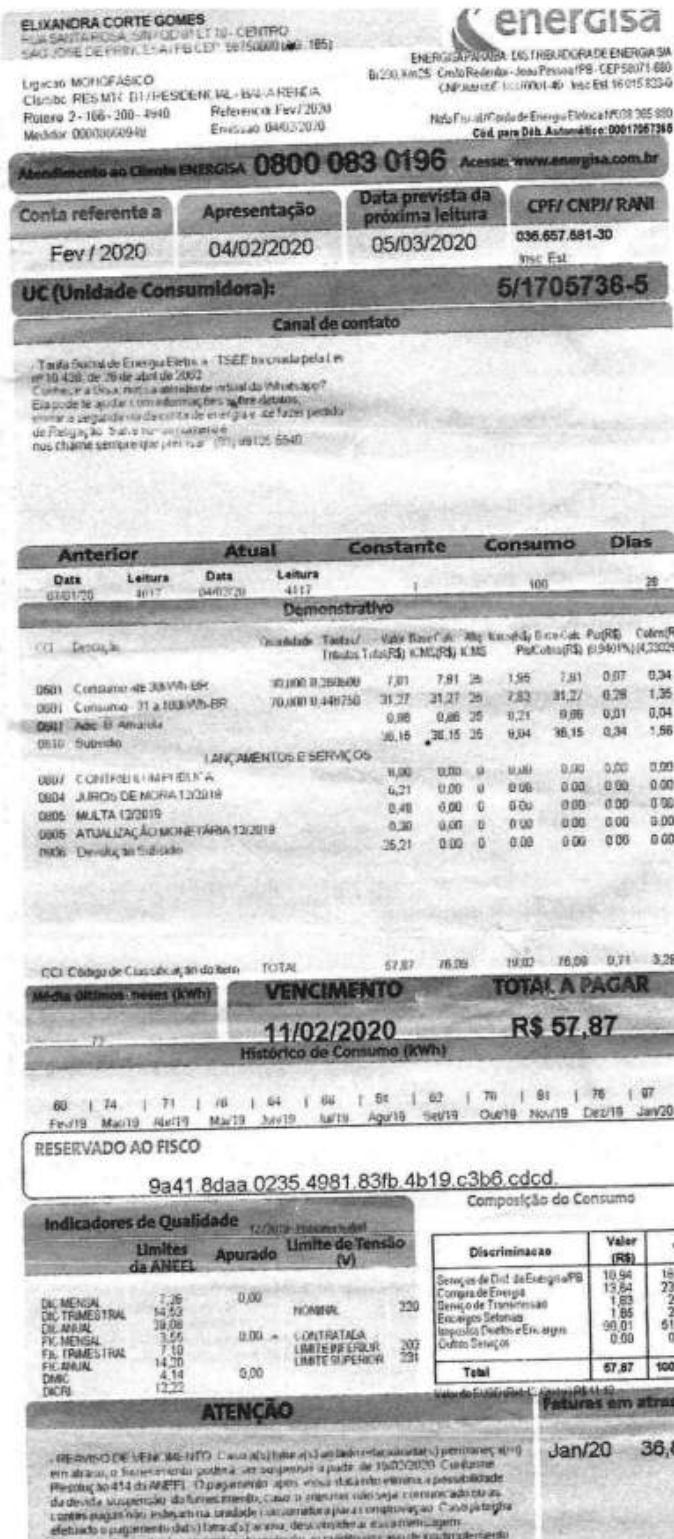
DATA	BAL. HISTÓRICO	V A L. J. R.
10/01	Saldo Ante	0,00C
10/02	CLUBE BB	19,00D
10/02	ESTACION DE	19,95C
11/02	S A I D O	0,00C

Saldo	0,00C
Juros *	0,00
Data de Débito de Juros	02-03-2020
10F *	0,00
Data de Débito de IUF	02-03-2020
(*)Apurados de acordo com o somatório	
dos saldo devedores diários no mês	
anterior ao débito.	
CREDITO BB-MELHOR OFERTA	321,00C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:49:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110495511600000029124558>
Número do documento: 20050110495511600000029124558

Num. 30310071 - Pág. 15





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190683171

Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

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, contados 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

Carta nº 15216260

Pag. 00809/00810 - carta_01 - INVALIDEZ



00020405



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:49:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110495511600000029124558>
Número do documento: 20050110495511600000029124558

Num. 30310071 - Pág. 17



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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190683171 **Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 17/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00459/00460 - carta_02 - INVALIDEZ



00070230

Carta nº 15231515



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:49:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110495511600000029124558>
Número do documento: 20050110495511600000029124558

Num. 30310071 - Pág. 18



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, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190683171 **Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 17/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Pag. 00183/00184 - carta_25 - INVALIDEZ



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, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190683171 **Vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 17/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000000867-2

Conta: 0000026261-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01317/01318 - carta_15R - INVALIDEZ



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



1 - Escolla(s) Nível(s) de coberturas		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° doório ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - (CIRCULAR SUSP N° 615/2012)					
5 - Nome completo: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS		6 - CPF: 101.486.704-07			
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: Sítio SANTA ROSA	9 - Número: 59		10 - Complemento: QD 01 LT 10	
11 - Bairro: ZONA RURAL /Certejo	12 - Cidade: SPº JOSE DE PRINCIPE	13 - Estado: PB		14 - CEP: 58458-000	
15 - E-mail: hom...adunacaw@gmail.com					16 - Tel.(DDD):
não sou o representante legal (pai, tutor e curador) para vítima/beneficiário menor entre 0 a 15 anos ou incapaz com curador					
17 - Nome completo do Representante Legal:					
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).					
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOS)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (conta para economia simples. Ausculto entre opções) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancos) Nome do Banco: Brazil		
AGÊNCIA: 0167 CONTA: 25 786 9		(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.					
22 - 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 invalidade permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):					
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendimento ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo
24 - Data da óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(s):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou marido/maracap?	<input type="checkbox"/> Sim
Vivos:	<input type="checkbox"/> Não	Palécidos:	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve imóveis?	<input type="checkbox"/> Sim
				32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	<input type="checkbox"/> Sim
				33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
					<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando vivo, ainda, de que quaisquer outras pessoas que derem causa à morte da vítima poderão gerar a exigência de reembolso do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					
34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido				
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____				
37 - (2º) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____				
40 - Local e Data:	Assinatura da testemunha				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)					
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)				
FPS.001 V002/2019					



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I DÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte ocorrência policial nº 10/2019, LIVRO nº 03/2018, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Delegada, DARCINAURA ALVES DE ASSIS.

DATA: 08 de janeiro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 15h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: JOSÉ LAZARO FERREIRA DOS SANTOS
Estado civil: UNIÃO ESTÁVEL RG: 3.900.589 SSPB/PB CPF: 701.486.704-07
Sexo: MASCULINO Nascimento: 27.09.1992 Idade: 26 anos
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB
Profissão: Agricultor Alfabetizado: Sim
Filiação: Heleno Nogueira dos Santos e Eliete Nogueira dos Santos
Endereço: Fazenda de Santa Rosa, zona rural de São José de Princesa/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 17.12.2018, por volta das 17h00min, encontrava-me trafegando pela PB que liga Manaira a Santa Cruz da Baixas Verdes/PE, quando nas imediações do Sítio Boqueirão, perdi o controle da motocicleta que conduzia e sofri um acidente; QUE a motocicleta que conduzia é de PLACA OXO 9607/PR, CHASSI 972K70550TR230515, MARCA/MOD. HONDA/NXR150 BRAS E8, ANO 2013, VERMELHA, em nome de José Cláudio Ferreira dos Santos; QUE fui socorrido pelo SAMU de Manaira e levado para a UPA - Unidade de Pronto Atendimento de Princesa Isabel/PB.

O referido é verdade. Deu fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificador Suelio Moreira Torres dos Santos

COMPRESSECUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 OUT. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

16.01.2019
RECEBIDO/EGENTE

DELEGACIA DE POLÍCIA
CIVIL
Princesa Isabel-PB

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2361.



1 - Escolla(s) Nível(s) de coberturas: <input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
2 - N° doório ou ASL: <input type="text"/> 3 - CPF da vítima: <input type="text"/> 4 - Nome completo da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - (CIRCULAR SUSP N° 615/2012)	
5 - Nome completo: <input checked="" type="checkbox"/> JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS	
7 - Profissão: <input checked="" type="checkbox"/> AGRICULTOR 8 - Endereço: <input type="text"/> Sítio SANTA ROSA	
11 - Bairro: <input type="text"/> ZONA RURAL /Centro 12 - Cidade: <input type="text"/> SPO JOSÉ DE PRINCIPE	
13 - Estado: <input type="text"/> PB 14 - CEP: <input type="text"/> 58458-000	
15 - E-mail: <input type="text"/> hmc_adm@uol.com.br	
16 - Número no REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR	
17 - Nome completo do Representante Legal:	
18 - CPF do Representante Legal:	
19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).	
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOS)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (conta para economia aberta. Ausculto entre opções) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (343) <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancos) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) Nome do Banco: <input type="text"/> Brail	
AGENCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 25 786	
AGENCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 0167 2	
(Informar o dígito de endereço) (Informar o dígito de endereço) (Informar o dígito de endereço)	
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.	
22 - 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 invalidade permanente, uma vez que <input checked="" type="checkbox"/> (selecionar uma das opções): <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendimento ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data da óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:	
26 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 30 - Vítima deixou marido/maracap? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando vivo, ainda, de que quaisquer outras pessoas que derem causa à morte da vítima poderão gerar a exigência de reembolso do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	
34	
35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	
37 - (**) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	
40 - Local e Data, <input type="text"/> 14/08/19, 01 de outubro de 2019	
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <input checked="" type="checkbox"/> JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 MANAÍRA-PB
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB 15

SAMU
192

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DN:

039

SUS:

702 10 07 10890095

DATA:	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE:	IDADE	SEXO
17.10.2018	030	JOSÉ LAZÍRIO FERREIRA	54 ANOS	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
BR - MANAÍRA - ST. CARLOS - BZENGIHAI		SITIO	DRO YR	
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO		<input type="checkbox"/> OUTRO.		

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABALAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

DOENÇAS PRÉ EXISTENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCIA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTOCONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

EXAME INICIAL

A	Via aérea	<input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Edema de Gote			
B	Respiração	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Insuficiência Resp Aguda <input type="checkbox"/> Parada Ventilatória <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Ausculta Normal <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Ríticos <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo			
C	Circulação	<input type="checkbox"/> Pulso Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Parada Cardíaco Respiratória <input type="checkbox"/> Pele Normal <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico			
D	Neuroológico	Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Agitação
		Espongiácea	Consciente	10/10	<input type="checkbox"/> Coma
		Avis	1/10	Consciente	<input type="checkbox"/> Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Miosis <input type="checkbox"/> Midriase
		Avis	1/10	Paroxiss. hipofisiadas	<input type="checkbox"/> Foto reagente <input type="checkbox"/> Não reagente
		Facial	1/10	Paroxiss. hipofisiadas	<input type="checkbox"/> Déficit Sensitivo: <input type="checkbox"/> à Direita <input type="checkbox"/> à Esquerda
		GLASGOW	10	Normal	<input type="checkbox"/> Convulsão
TOTAL	10	Normal	<input type="checkbox"/> Otorragia		

E.C.G.: Normal Coronária Alt Rítmo Alt Condução Não realizado

SINAIS VITais

P.A.: 100 x 80 mmHg FC: 85 FR: ____ TEMP: ____ °C GLICEMIA: ____ mg/dl Saturação O2: 99%

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO AMEAÇA ESPONTÂNEO PROVOCADO METRORRAGIA PARTO A TERMO
 PRÉ TERMO PÓS TERMO TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____ DUM: _____

CARTÓRIO REG. CIVIL E TABELIONATO
Rua José Rosas, 21, Centro, Manaíra - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me

exibido. Dou fe. (Art. 425-III do CPC).

Manaíra/PB - 27/12/2018

Selo Digital AHV69313/H265

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Enol R\$2,37 Farpar R\$0,28 MP R\$0,04 Fepj R\$0,40

Matéia Inez Duarte
Oficiala do Registro Civil
CPF 551876764-15



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES

5544 + medicação com + mobilização em pessoas rigidas

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (História)

paciente vítima de acidente automobilístico, realizado A.B, C, D, E, medido com, aplicado curativos, encaminhado a UPA.

PROCEDIMENTOS

- DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO / OROTRAGUEL CÂMULA CROFARÍNGEA CRICOTREIDOSTOMIA RESPIRADOR
 - VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL – “AMBU”) INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
 - DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO PUNÇÃO/VENOSA SONDA GÁSTRICA S.VESICAL
 - SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL / TALAS/TRAÇÃO OROTRAGUEL / OUTROS

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELÉMÉDICINA)

DESTINO DO PACIENTE / UNIDADE DE ATENDIMENTO / UPA

RESPONSÁVEL RECEBIMENTO: **Medico CRM/PR 2844**

FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE

- APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES

OUTRO: _____

ENCAMINHAMENTO

- LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NAME: _____ PG. _____

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(A): Breno FERNAZ

MAT: 2017-2018-2019-2020

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: VAMSA - Linha

COHEN: 118611-8 MAT:



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: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LAZARO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000000026261-7

Nr. da Autenticação 04092FA97229BE84



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:49:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110495511600000029124558>
Número do documento: 20050110495511600000029124558

Num. 30310071 - Pág. 26

ELIXANDRA CORTE GOMES
FUA SANTA ROSA, S/N/ QD 01 LT 10-CENTRO
SAO JOSE DE PRINCIPE/ PB CEP 58730000 (AD. 165)



Ligeira MONOFÁSICO
Clt/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAZA REVDA
Fltura: 2-162-203-4546 Referencia: Get/2319
Medidor: 00003680449 Emissao: 05/02/2019

ENERGISA PARCERIA TRIL DOA DE ENERGIA S/A
B/230, Km 25, Dist. Redinha - Jk de Pernambuco / PB - CEP 56017-000
CNPJ 03.000.002/0001-40 - Ins. Est. 16.015.523-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 200 575.788
Cód. para Dts. Automáticos: 00617987368

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANU
Set / 2019	05/09/2019	07/10/2019	036.667.981-30

UC (Unidade Consumidora):

5/1705736-5

Canal de contato

Terifa Social de Energia Elétrica - TSEE (elaborada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002).
A tarifa social é CUSTO-VENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: www.gov.br/energiasociabrasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Datas 01/09/19	Lectura 3625	Data 05/09/19	Lectura 3627	1
Demonstrativo				
CCI - Descrição Quantidade (kWh) Valor Base Cac. Adm. Unidade Base Cac. Faz/BR Custo Total Taxas Taxa(RB) ICMS(RB) ICMS Faz/Debito(RB) Ajuste(RB) (R\$) (R\$) (R\$)				
E001 Consumo at 30kWh-BR	20.000 0,2004920	8,01	0,00	0 0,00 8,01 0,05 0,27
E001 Consumo - I 1 a 100kWh-BR	32.202 0,349720	10,98	0,00	0 0,00 10,98 0,11 0,50
E001 Adc. B. Vermelha	1,24	0,00	0 0,00 1,24 0,01 0,06	
E010 Subsídio	19,98	0,00	0 0,00 19,98 0,22 0,81	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
E007 CONTRIBUÍVEL PIBUCA	4,50	0,00	0 0,00 4,50 0,00 0,00	
E004 JUROS DE MORA 07/2019	0,21	0,00	0 0,00 0,21 0,03 0,00	
E005 MULTA 07/2019	0,46	0,00	0 0,00 0,46 0,00 0,00	
E005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2019	0,06	0,00	0 0,00 0,06 0,00 0,00	
E006 Devolução Fazenda	-18,78	0,00	0 0,00 0,00 0,06 0,00	

CC - Código de Classificação do Item TOTAL: 24,96 0,00 0,00 99,12 0,97 1,34
* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 0,169380 0,100000 0,324830

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
60	12/09/2019	R\$ 24,56
Histórico de Consumo (kWh)		
32 84 81 55 40 80 74 71 78 84 68 54	Dez/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19	

RESERVADO AO FUSCO		5c7c.ec2b.0e5b.fb44.cc7f.a3dd.7480.87e2.
--------------------	--	--

Indicadores de Qualidade		7/2019 - Primeira base	Qualidade do Consumo
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminadas
2,75	0,00	NOMINAL	Valor (%)
5,57 QADESTRAL	15,53	220	%
5,57 ANUAL	29,06	220	25,84
5,57 MENSAL	3,86	0,00	86,61
5,57 TRIMESTRAL	7,10	CONTRATADA	3,93
5,57 ANUAL	14,20	LIMITE INFERIOR	3,87
5,57	4,14	LIMITE SUPERIOR	29,85
5,57	0,00	220	0,00
5,57	12,21		Total
			24,56 100,00
Valor de R\$0,00 (Ref. 7/2019, R\$ 6,25)			

ATENÇÃO
- PRAZO DE VENCIMENTO: Caso não se realize o pagamento da fatura no prazo estabelecido, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 20/09/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento até essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não restituam a unidade consumidora para comprovada. Caso já tenha sido feito o pagamento da fatura, o fornecedor não poderá realizar essa suspensão. Faz-se ressaltar que o fornecedor não poderá cobrar multa ou juros de atraso.
- Sua unidade faz parte da tarifa Baixa Renda, tem 6 um desconto de R\$19,70 (dezesseis reais e dezenove centavos) R\$19,70-Rfs ANEEL ref. 2.516-Area Tarifada 4,40% Média

COMPREV
SEGURADO PREVIDENCIAS/A

10 OUT. 2019
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSOA



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.110/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.001/9146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50160-065
MATRIZ CNPJ: 33.000.110/0001-79

PÁG.: 1/5

FIXO



CTC RECIFE PE PLS

HAROLDÓ MAGALHÃES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO - PE



7213512800 09457 00000001625 30 05/09/19

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura

OI FIXO	R\$ 69,20
OI FIXO	69,20
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL	
PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL	
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31	
SERVIÇOS DIGITAIS	
+ EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS	R\$ 38,94
LIGAÇÕES FIXO-FIXO	17,54
LIGAÇÕES FIXO-NOVEL	14,00
SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORA E DE TERCEIROS	1,92
OUTROS VALORES	5,48

3
COMPREV
COMPREV
SEGURAS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI
Confira sua minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.110/0014-93 - INSC. ESTADUAL:
181.001.001/9146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50160-065
MATRIZ CNPJ: 33.000.110/0001-79

HAROLDÓ MAGALHÃES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 06/2019 LOCAL 4952 DV 3

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

Confira sua minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

www.oi.com.br/MinhaOI



FATURA N.: 1200113357603
VENCIMENTO: 15/09/2019
VALOR A PAGAR R\$ 108,14
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:49:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110495511600000029124558>
Número do documento: 20050110495511600000029124558

Num. 30310071 - Pág. 28

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.110/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.001/9146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50160-065
MATRIZ CNPJ: 33.000.110/0001-79

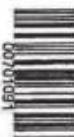
PÁG.: 1/5

FIXO



CTC RECIFE PE PLS

HAROLDÓ MAGALHÃES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVEMBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO - PE



7213512800 09457 00000001625 30 05/09/19

Referência

AGOSTO /2019

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2019

Total a pagar

R\$ 108,14

Resumo da sua fatura

OI FIXO	R\$ 69,20
OI FIXO	69,20
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL	
PACOTE DE MINUTOS FIXO-NOVEL LOCAL	
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTÂNCIA COM 31	
SERVIÇOS DIGITAIS	
+ EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS	R\$ 38,94
LIGAÇÕES FIXO-FIXO	17,54
LIGAÇÕES FIXO-NOVEL	14,00
SERVIÇOS OUTRAS PRESTADORA E DE TERCEIROS	1,92
OUTROS VALORES	5,48

3
COMPREV
COMPREV
SEGURAS E PREVIDÊNCIA S/A
10 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

www.oi.com.br/MinhaOI
Confira sua minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.110/0014-93 - INSC. ESTADUAL:
181.001.001/9146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 158 - RECIFE - PE CEP: 50160-065
MATRIZ CNPJ: 33.000.110/0001-79

HAROLDÓ MAGALHÃES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3
CONTA 06/2019 LOCAL 4952 DV 3

CÓDIGO MINHA OI
091201460307

Confira sua minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

www.oi.com.br/MinhaOI



FATURA N.: 1200113357603
VENCIMENTO: 15/09/2019
VALOR A PAGAR R\$ 108,14
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 091201460307



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/05/2020 10:49:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050110495511600000029124558>
Número do documento: 20050110495511600000029124558

Num. 30310071 - Pág. 29



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 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 pelo 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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Heulio Moreira de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542 024 156, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Moreira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 701 486 704 07, do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima João Moreira dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 701 486 704 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 15 de novembro</u>	Número	<u>124</u>	Complemento			
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Timóteo</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>56.870-000</u>
Email	<u>heulio.moreira@outlook.com.br</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>(87) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)			

Timóteo/PE, 08 de outubro
Local e Data

de 2019

Assinatura do Declarante

**COMPROVANTE DE
COMPRA/SEGURO DE PREVIDÊNCIA
10 JUN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

DLDRL.001 V001/2017

