



Número: **0800502-81.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **21/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.780,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31439 215	10/06/2020 12:24	2725499_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082401

Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

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

Carta nº 15548088

Pag. 00345/00346 - carta_01 - INVALIDEZ

00030173





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 Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200082401

Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Data do Acidente: 18/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 35%

% Invalidez Permanente DPVAT: (35% de 70%) 24,50%

Valor a indenizar: 24,50% x 13.500,00 = R\$ 3.307,50

Recebedor: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000032748-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

763.247.377-72 FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA 6 - CPF: 763.247.377-72

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO SÃO JOAQUIM 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SÃO BENTINHO 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.857-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 999746322

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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 32748-6 AGÊNCIA: CONTA:

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 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 Lider 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 (a 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 Lider 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: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY CPF: 059.842.774-09

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMBAL-PB, 18.02.2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/01/2019



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
19ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 110/2020

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: **18/09/2019** – pelas 09:300 horas

Local do ocorrido: **BR 230, São Bentinho -PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **18.02.2020 – as 09:22 Horas**

COMUNICANTE: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA- CPF 763.247.377-72/ RG 20.871.430 //SSP-SP, brasileiro, casado, natural de Pombal-PB, aposentado, nascido em 18/06/1953, filho de João Inacio de Almeida e de Severina Nestor de Almeida, residente no Sítio São Joaquim, zona Rural de São Bentinho -PB, Tel: 83 9 99540869//

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES / 2008/2008 – COR VERMELHA – PLACA **MOQ 2715/PB** / CHASSI: 9C2KD03308R078486, licenciada em nome de Maria Erivanias de Oliveira; Que trafegava na BR 230 em sentido São Bentinho, quando um animal (cachorro) atravessou na frente e ao desviar o animal, o condutor perdeu o controle da motocicleta e veio a cair da mesma; Que do acidente o comunicante teve fratura no braço direito, inclusive ficando com nervo comprometido, sem movimentar um dos dedos da mão direita; Que foi socorrido por terceiros para o Hospital de Pombal-PB, onde foi atendido e liberado no mesmo dia; Que tem conhecimento do fato a pessoa de GENI BALBINO DE SOUSA ALMEIDA, RG 2.582.393, residente no Sítio São Joaquim, zona Rural de São Bentinho -PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 18 de FEVEREIRO de 2020.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE:

Francisco Nestor de Almeida

Testemunha:

Geni Balbino de Sousa Almeida

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda
Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

763.247.377-72 FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

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

5 - Nome completo: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA 6 - CPF: 763.247.377-72
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO SÃO JOAQUIM 9 - Número: 10 - Complemento: SIN
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: SÃO BENTINHO 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.857-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 999746322

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: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 32748-6 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 Lider 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 (a 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 Lider 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 - Assinatura legível da vítima ou representante legal

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: AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR
CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY
CPF: 059.842.774-09

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMBAL-PB, 18.02.2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/01/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:24:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012243352700000030157835

Número do documento: 20061012243352700000030157835

Num. 31439215 - Pág. 6

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: 09/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000032748-6

Nr. da Autenticação 5E8B344495D045FB



GENI BALBINO DE SOUSA ALMEIDA
SIT SAO JOAQUIM, S/N - AREA RURAL
SAO BERNARDO/PB CEP: 68851000/PAO 2277

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Soc: PUR MTC B7 / RURAL - AGRICULTURA RURAL
Roteiro: 12-228-238-1800 Referência: Set/2019
Medidor: 00008077526 Emissão: 19/09/2019



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R: 230, Km 25 - Córrego Redondo - João Pessoa/PB - CEP: 50711-680
CNPJ: 09.096.103/0001-40 - Insc. Est: 16.016.820-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N° 1.438.707
Cód. para Des. Automático: 00013904149

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	19/09/2019	24/10/2019	873.090.174-04 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1390414-9**

Canal de contato
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em:
saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/08/18	13088	19/09/19	12211	1	113	30
Demonstrativo						
Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Impostos (R\$)	Base Calc. (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS	Potência (R\$)	Consumo (R\$)
0601	Consumo em kWh	113,000	0,435280	49,19	0,00	0,00
0601	Adi. B. Vermelha			4,78	0,00	0,00
0610	Subsídio			16,79	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			3,00	0,00	0,00
0604	J. APROV. DE MORA 09/2018			0,05	0,00	0,00
0605	MULTA 09/2019			1,08	0,00	0,00
0606	Extinção Subsídio			-15,86	0,00	0,00

CCY Código de Classificação do item: TOTAL 59,04 0,00 0,00 70,76 0,70 9,23
Tarifa de Tributos: 0,411170

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 26/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 59,04**

Histórico de Consumo (kWh)											
179	178	177	176	175	174	173	172	171	170	169	168
Sep18	Out18	Nov18	Dez18	Jan19	Fev19	Mar19	Abr19	Mai19	Jun19	Jul19	Ago19

RESERVADO AO FISCAL
4bc9 319c 944b c029 4cee 37c3 fe15 cd03

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL				Serviço de Dist. de Energia	18,60	31,51
DI TRIMESTRAL	22,51		NOMINAL	Consumo de Energia	30,74	52,09
DI ANUAL	46,02			Serviço de Transmissão	2,77	4,69
FI MENSAL	7,87	0,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	7,80	13,21
FI TRIMESTRAL	15,34		CONTRATADA	Impostos e Direitos e Encargos	9,07	15,36
FI ANUAL	30,68		CONTRATADA	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	6,18	0,00	CONTRATADA			
DI CI	16,60		CONTRATADA			
				Total	59,04	100,00

Subvenção DEC 03 891113 R\$ 15,00
Ajuste Tarifário - Vigência 26/08/19 - Res. ANEEL nº 2 596 - Alta Tensão - 4,40% Médio
Ajuste Tarifário - Vigência 26/08/19 - Res. ANEEL nº 2 596 - Baixa Tensão - 4,29% Médio
- Leitura confirmada
Isento ICMS

Faturas em atraso





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 225 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISENT. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO

POMBAL

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CNPJ/CNPJ: 032.XXX.XXX-XX	VENCIMENTO 23/01/2020
-------------------------	-----------------------------------	------------------------------	--------------------------

INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-	FATURA 01/2020
-----------------------------------	--	-------------------

RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
-------------	-----------------------	----------------	---------------------

ÚLTIMOS CONSUMOS				LEITURA				CONSUMO		CONSUMO/DIA	
12/2019 -	7	11/2019 -	8	ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)			
10/2019 -	8	09/2019 -	11	219	226	7	30	0,24			
08/2019 -	7	07/2019 -	6	10/12/2019	09/01/2020	N°Hm: Y17F649254					
ECONOMIAS				CONS. POR ECONOMIA		COD. AUXILIAR					
1				7		R		5307			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	7,143	67,65

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, de 10,18

TOTAL R\$ 67,65

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N° 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA 07068223.2	INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000
-------------------------	-----------------------------------

FATURA 01/2020	NÃO RECEBER APÓS 31/01/2021
-------------------	--------------------------------

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

DÉBITO AUTOMÁTICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDENLEY

inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA inscrito (a) no CPF sob o Nº 763.247.377-72

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 763.247.377-72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 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 BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>BOMBAL</u>	Estado: <u>PARANÁ</u>
E-mail: <u>JACQUES.ADV@BOL.COM-BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 981488766</u>

Local e Data: BOMBAL-PR, 18.02.2020

Jacques Ramos Wandenley

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL EXERCÍCIO 2019 ANO-CALENDÁRIO 2018

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019)	
NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 25/04/2019 às 15:55:26
2505058096

2505058096



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Francisco Vitor de Almeida
COR: Negro DATA DE NASCIMENTO: 18/06/1953 IDADE: 66 SEXO: M
NOME DA MÃE: Suzanna Vitor de Almeida PROFISSÃO: Agricultor
CARTÃO DO SUS: 705 0048 3475 4758 RG/CNH: 20.871.430
MUNICÍPIO: S. Bento ENDEREÇO: Sítio S. Joaquim
ESTADO: PB CEP: 58.82006 CODIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 08/09/2019

SINAIS VITAIS:

PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: 229mg/dl

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

Presença de dor em abdômen superior
Com caráter de 100.
Com sintomas de náusea e vômito.
Outro. Outros não de desconforto

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Rx abdômen
RESULTADOS: de obstrução.

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° 12:00
- 2° DMA II Oxiásio
- 3°
- 4° Medicação com 15 dias
- 5°
- 6° Medicação II caso
- 7°
- 8°
- 9°
- 10°
- 11° Dr. Túlio Alberto de O. Souza
- 12° Ortopedia e Traumatologia
- 13° CRM-PB 9251 / CRM-RN 9800
- 14°
- 15°
- 16° Flávio Jordano Pinheiro Cândido
- 17° Enfermeiro
- 18° COREN 500077
- 19°
- 20°



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Paciente tem natural nome completo registrado em nome de
 o nome registrado paterno e não devido a uma boa católi-
 ca gasta dinheiro. Foi enviado para católicas Os Tupã
 Flávio Jordano Pereira Cândido
 Engenheiro
 COREN 1500077

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

CONSULTA ESPECIALIZADA:

TIPO DE ATENDIMENTO:

- | | |
|--|--|
| | 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA; |
| | 02 - PRIMEIRA CONSULTA; |
| | 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE; |
| | 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; |
| | 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA; |
| | 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES); |
| | 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA; |
| | 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; |
| | 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE. |

ENCAMINHAMENTO:

- | | | | | | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 - PRESCRIÇÃO | <input type="checkbox"/> | OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> | RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> | INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> | 2 - APLICADA | <input type="checkbox"/> | OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> | ÓBITO | <input type="checkbox"/> | OUTROS |

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0301010072	22	52	70	66
Ass. de (s) programação				

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Fco Nelson de Almeida

Usa orn

1. Novalgina 1g — 18
Tomar 01 qdo 6/6h

2. Vitaminas C 500g — 15cp
Tomar 01 qdo 1x/dia

18/09/19
DATA

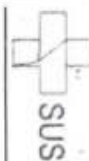
Dr. Túlio Alberto de O. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9251 / CRM-PA 9000

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.

"Tudo posso naquele que me fortalece"





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03

NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA CEL JOAO LEITE

CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Paciente: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Mae: SEVERINA NESTOR DE ALMEIDA

Nascimento: 18/06/1953 Idade: 66 Cor: BRANCA

Sexo: M

Profissao: APOSENTADO(A)

Endereco: SITIO SAO JOAQUIM

Num.: S/N

Bairro: ZONA RURAL

Fone: (83)9909-0745

Cidade: SAO BENTINHO PB 59857-000 - 2513927

Identidade:

CNS: 705-0048-3475-4753

Reg. Nasc:

CPF: 03/10/2019 07:39:11

Recepcionista: BARBARA

Data / Hora: 03/10/2019 07:39:11

N Ficha: 94984

N Prontuario: 11500

Atendimento: RETORNO ORTOPEdia

SPO: FC: HGT: GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

francisco de almeida

francisco de almeida

francisco de almeida

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

francisco de almeida

RESULTADOS

francisco de almeida

francisco de almeida

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

francisco de almeida

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

francisco de almeida

CID-10

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	30	10	1	0	0	7	2
2.	2	2	8	2	7	0	6	6
3.	2	2	8	2	7	0	6	6

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbos

Dr. Tullio Alberto de O. Souza - 9251

Médico / Crm / Cns

TULLIO ALBERTO DE O. SOUZA - 9251 - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"
SECRETARIA DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que FRANCISCO MOREIRA
DE ALMEIDA
portador (a) do RG _____, foi submetido(a) à
consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S62.0
Em decorrência, deverá permanecer afastado(a) de suas
atividades laborativas por um período de 90
(NOVENTO) dias, a partir desta data.

Pombal - PB, 03 de 10 de 20 19

Dr. Túlio Alberto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PB 9251

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr. _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 20.871.430 DATA DE EMISSÃO 17/ABR/86

NOME FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

COGNOME João Inácio de Almeida

Severina Nestor de Almeida

LOCALIDADE Pombal-PB DATA DE NASCIMENTO 18/JUN/1953

CC. CIVIL CC. LV9811/F1s.6/Nº4.205

CPF 763247377/72 PIS 106126605-64

Assinatura do Titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 114-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

et

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

CIC

NASCIMENTO 18.06.53

INSCRIÇÃO NO CPF 763 247 377 72

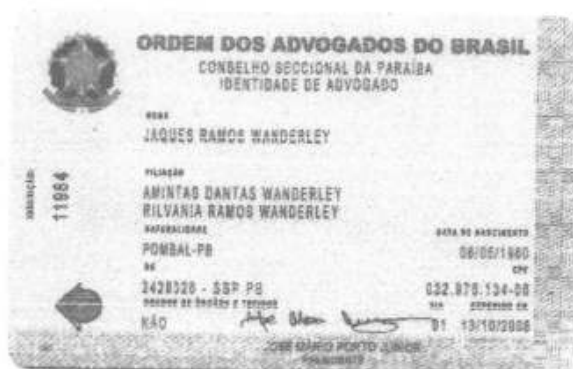
CONTRIBUINTE

FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

Assinatura do Titular







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 010980187696

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0099058241-8 00/00000000 2013

NOME

MARIA ERIVANIA DE OLIVEIRA

07610433497

MO02715/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 932KD03308R078486

ESPÉCIE/TIPO

COMBUSTÍVEL

MARCA / MODELO

ANO FAB. ANO MOD.

2 P/149 /CL

CATEGORIA PARTIC VERMELHA

1 LEVA PAGO EM 02/08/2013

VENÇ. COTA ÚNICA 1º VENÇ. COTAS 2º

FAIXA ÚNICA 0

PARCELAMENTO / COTAS 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) JOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

A.F. ADM DE CONC. FACION HONDA LTDA

SAO HENTO-PB LOCAL

35284

02/08/2013 14796

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 010980187696 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 1 07610433497 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 02/08/2013

RENAVAM 00990582418 CPF / CNPJ 932KD03308R078486

ANO FAB. 2008 DATA 9

MARCA / MODELO HONDA / NXR150 BROS ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO P A G O 02/08/2013

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

14796-1719479-20130802





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.634/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07182566.5

Nº Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO POMBAL

MATRICULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

07182566.5

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

064.XXX.XXX-XX

22/01/2020

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

FATURA

112.002.155.0307.000

RUA SANCHI QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1 ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

12/2019 -	2	11/2019 -	2
10/2019 -	2	09/2019 -	1
08/2019 -	2	07/2019 -	3

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

NºHm: Y15N469919

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

1

3

R

5302

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL

R\$

37,91

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRICULA

INSCRIÇÃO

07182566.5

112.002.155.0307.000

FATURA

NÃO RECEBER APOS

01/2020

31/01/2021

VENCIMENTO

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:24:33

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012243352700000030157835

Número do documento: 20061012243352700000030157835

Num. 31439215 - Pág. 22

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
INSTITUTO NACIONAL DE RECURSOS CRIMINAIS
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECLUSO

NOME: **MAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. PARCELAS DE: **3141039** **809** **70**

CPF: **059.842.774-09** DATA NASCIMENTO: **12/06/1986**

PARÇA: **IRATAS QUEIROGA SOBRINHO**
JUSSARA FERREIRA MUNKS QUEIROGA

PRIMEIRO: **MAZARA** SOBRENOME: **QUEIROGA**

CPF: **04191842350** DATA: **13/10/2017** DATA: **20/09/2007**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548960537

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548960537

ASSINATURA DO RECLUSO: *MAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY*

LOCAL: **PCPINAL, PB** DATA ENTRADA: **01/12/2017**

ASSINATURA DO SERVIDOR: *[Assinatura]* **54896060493**
PB035541199

PARAÍBA



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

69173737

REFERÊNCIA

JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - 1 - PETROPOLIS
POMBAL, PB 58840-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.355.0170.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
3083013264	17/06/2008	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA	
2505		2518	13	30		08/02/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
DEZ/2019		14	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS.	CONFORMES	
NOV/2019		13	TURBIDEZ		0	0	
OUT/2019		16	CLORO		0	0	
SET/2019		11	CÚL.TERHOT		0	0	
AGO/2019		10	COR		0	0	
JUL/2019		15	CÚL.TOTAIS		0	0	
MÉDIA(M)		13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 12.743/12

VENCIMENTO:

23/01/2020

Total a Pagar:

R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO
HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO
SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS
DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES
NAS FATURAS DE 2019.

CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DÉBITO AUTOMÁTICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:24:33

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012243352700000030157835>

Número do documento: 20061012243352700000030157835

Num. 31439215 - Pág. 24

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082401 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200082401 **Cidade:** São Bentinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA **Data do acidente:** 18/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

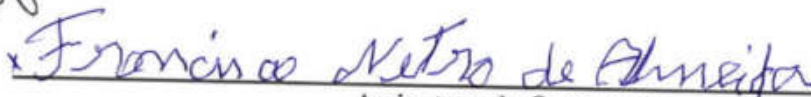


PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:	FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA , BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR, COM RG: 20.871.430 SSP/SP E CPF: 763.247.377-72, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO SÃO JOAQUIM, S/N, ZONA RURAL, CEP: 58.857-000, SÃO BENTINHO - PB. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)
OUTORGADO:	Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA**, COM RG: 20.871.430 SSP/SP E CPF: 763.247.377-72 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 18 / 09 / 2019.

 **POMBAL - PB, 17 / 02 / 2020.**



Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTORIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA. Em test. da Verdade. Dou fe.
POMBAL-PB, 18/02/2020.



ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Seio Digital de fiscalização tipo Normal B-AJV23182-FPRX
Confira os dados do ato em <https://seiodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 12,27 FARPEN R\$: 0,30 FEPJ R\$: 0,00



Cel. João Queiroga
1º Ofício de Notas e Registro e Inventário
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Telefax: (83) 3431-2175 - Pombal-PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066505/20

Vítima: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

CPF: 763.247.377-72

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 18/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA : 763.247.377-72

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: 18/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL

