



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
<b>FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA (AUTOR)</b>	<b>JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31439 215	10/06/2020 12:24	<a href="#"><u>2725499_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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

---

Rio de Janeiro, 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, 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 15548088

Pag. 00345/00346 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030173



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. 1

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

---

**Rio de Janeiro, 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, 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](http://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 no ASI:  3 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:  6 - CPF:

7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:

11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:

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

### 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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" 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)  Caixa Econômica Federal (104)

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. 39, §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:  Sim  Não 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:  30 - Vítima deixou nascituro (váncer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Advogado (se houver)

45 - Assinatura do Juiz (se houver)

46 - Assinatura do Ministério Públ. (se houver)

47 - Assinatura do Conselheiro Tutelar (se houver)

48 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

49 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

50 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

51 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

52 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

53 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

54 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

55 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

56 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

57 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

58 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

59 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

60 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

61 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

62 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

63 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

64 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

65 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

66 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

67 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

68 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

69 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

70 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

71 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

72 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

73 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

74 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

75 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

76 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

77 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

78 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

79 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

80 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

81 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

82 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

83 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

84 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

85 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

86 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

87 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

88 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

89 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

90 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

91 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

92 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

93 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

94 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

95 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

96 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

97 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

98 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

99 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

100 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

101 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

102 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

103 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

104 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

105 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

106 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

107 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

108 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

109 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

110 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

111 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

112 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

113 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

114 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

115 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

116 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

117 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

118 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

119 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

120 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

121 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

122 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

123 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

124 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

125 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

126 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

127 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

128 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

129 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

130 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

131 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

132 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

133 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

134 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

135 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

136 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

137 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

138 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

139 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

140 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

141 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

142 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

143 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

144 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

145 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

146 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

147 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

148 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

149 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

150 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

151 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

152 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

153 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

154 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

155 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

156 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

157 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

158 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

159 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

160 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)

161 - Assinatura do Conselheiro tutelar (se houver)



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. 4

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 Erivania 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

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

Policial responsável pela lavratura do boletim:





# 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



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. 7

GENI BALBINO DE SOUSA ALMEIDA  
SIT SÃO JOAQUIM, SIN - ÁREA RURAL  
SÃO BENTO/H/ PB CEP: 58861006/AQ: 22/7



ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
B100, KM25, Cidade Reitoria - João Pessoa/PB - CEP: 58071-000  
C.F.P.: 09.095.103/0001-40 - Inf. Est: 16.016.020-0  
Not. Fazul/Carta de Energia Elétrica N°001408767  
Cód. para Det. Automático: 00213904149

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	21/10/2019	873.090.174-04
			Inf. 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	Litura	Data	Litura	
20/08/19 13098				
18/09/19 13211				
		1	113	30
Demonstrativo				
Consumo em kWh				
0801 Consumo em kWh	112.000 0.425380	49.19 0.00 0	0.00 48.19 0.48	3.24
0801 Ad: B. Vermelha		4.78 0.00 0	0.05 4.78 0.55	0.22
0810 Subsídio		18.78 0.00 0	0.00 18.78 0.17	0.77
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA		3.00 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00
0904 JURO DE MORA 08/08/19		0.05 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00
0806 MULTA 08/08/19		1.08 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00
0906 Denúncia Subsídio		-19.86 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00

CC: Código de Classificação do item TOTAL 59,04 0,00 0,00 70,78 0,70 3,23  
Tarifa e/ou Tributos: 0,411170

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

Histórico de Consumo (kWh)											
179	250	211	191	251	195	131	112	136	114	132	121
Sat/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abri/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19

RESERVADO AO FISCO  
4bc9319c944b c029 4cee 37c3 fe15 cd03

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo	
	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminação
DIC MENSAL	0,00		NOMINAL	223
DIC TRIMESTRAL	22,61			Service de Dist. da Energia/PB
DIC ANUAL	45,23			Compr. de Energia
FIC MENSAL	7,87	0,00	CONTRATADA	2,17
FIC TRIMESTRAL	18,34		LIMITADA-FENOR	4,89
FIC ANUAL	30,61	0,00	LIMITADA-SUPERIOR	2,74
DICR	18,60			Exig. de Transf. de Sist.
				Impostos e Demais Encargos
				Outros Serviços
				Valor da Fatura
				0,00
				Total 59,04 100,00
				Valor da Fatura (Ref. 7/2019) R\$27,90

Subsídio 0,411170 R\$ 10,00	ATENÇÃO	Faturas em atraso
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/19-Res ANEEL nº 2.596 - Alta Tensão-4,40% Médio		
Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/19-Res ANEEL nº 2.596 - Baixa Tensão-4,20% Médio		
- Leitura confirmada		
Isento ICMS		





**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20200170682232 ESCRITÓRIO POMBAL

**SEGUNDA VIA**

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CPF/CNPJ: 032.***.***-XX	CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO 07068223.2	
			VENCIMENTO 23/01/2020	
INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-01/2020	FATURA 01/2020		
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL	
ULTIMOS CONSUMOS 12/2019 - 7 11/2019 - 8 10/2019 - 8 09/2019 - 11 08/2019 - 7 07/2019 - 6		LEITURA ANTERIOR 219 10/12/2019	CONSUMO (M <sup>3</sup> ) 30 NºHm: Y17F649254	CONSUMO/DIA 0,24
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR 1. 7 R 5307		

DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA		T 63	67,65

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.781 de 2013, R\$ 10,18

**TOTAL R\$ 67,65**

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.  
 LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEBITO AUTOMATICO





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WARDENLEY

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>		
Bairro:	<u>PETROPÓLIS</u>	Cidade:	<u>BOMBAZ</u>
E-mail:	<u>JAQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>		

Local e Data: BOMBAZ-PA, 18-02-2020

Jacques Wardenley

Assinatura do Declarante



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: Fernando Vester de Almeida  
COR: Moreno DATA DE NASCIMENTO: 18/10/61/1953 IDADE: 66 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Servinha Vester de Almeida PROFISSÃO: Agricultor  
CARTÃO DO SUS: 705 0078 3975 4758 RG/CNH: 20 871-430  
MUNICÍPIO: 5 - Belém ENDEREÇO: Sítio 5 - Parque  
ESTADO: PB CEP: 58.420-006 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 18/09/2019

**SINAIS VITAIS:**

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: 209 kg / 1,70

**MEDICAÇÃO EM USO:**

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

Presente com dor em MMS (D) R6 dias

Corre corso 6º 100.

Com evolução de dor no MMS (D)

Diálogo com dor MMS de flacidez

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: Rx 1105  
RESULTADOS: 100% desbotado.

**PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:**

1º Rx 1105 12.00  
2º Rx 1105

3º 1105 1105

4º 1105 1105

5º 1105 1105

6º 1105 1105

7º 1105 1105

8º 1105 1105

9º 1105 1105

10º 1105 1105

11º 1105 1105

12º 1105 1105

13º 1105 1105

14º 1105 1105

15º 1105 1105

16º 1105 1105

17º 1105 1105

18º 1105 1105

19º 1105 1105

20º 1105 1105

Dr. Túlio Alberto da O. Souza

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 9251 / CRM-RN 9800

Flávio Jordão Pimenta Cândido

Enfermeiro

GOREN 500077



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

*Paciente em atendimento com quadro agudo de dor no abdômen central e constrição. Foi avaliado pela ortopedia Dr. Flávio Jardim Cândido. Enfermeiro COREN 500077*

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

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.

MEDICAÇÃO:

- |   |   |                                     |                                     |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <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
010101010072	22	52	20	66

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

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

*José Luís de Souza Neto*

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





**Hospital Regional de Pombal  
Senador "RUI CARNEIRO"**

Nome do Paciente: FEO NEZIOZ 25/09/2010

1500m

1. Narguilé 1g — 150  
Tobaco 01 gramo 6162
2. Vapinha C 500g — 650g  
Tobaco 01 gramo 10210

Dr. Túlio Alberto de O Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9251 / CRM-PI 3880

18/09/19  
DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.  
"Tudo posso naquele que me fortalece"







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 Nezor  
de Almeida portador (a) do RG \_\_\_\_\_, foi submetido(a) à  
consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas,  
sendo portador da infecção CID-10 562.0.  
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

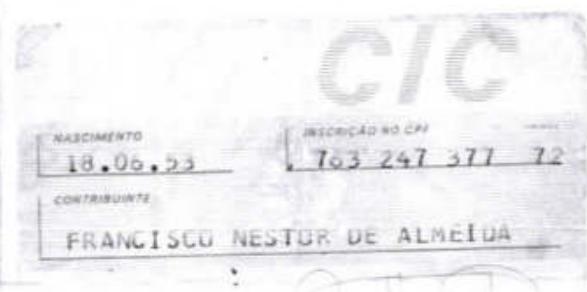
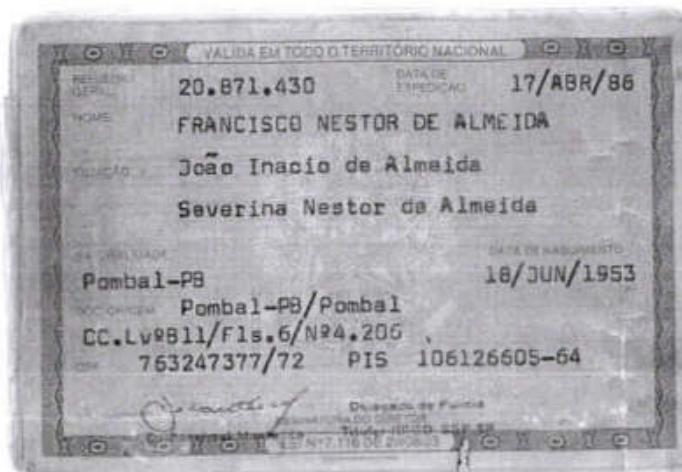
Dr. Túlio Alberto  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM/PB 9251

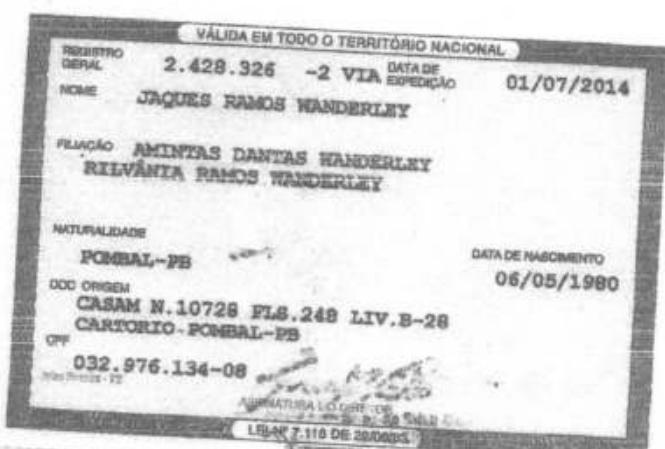
Assinatura e Carimbo do Médico

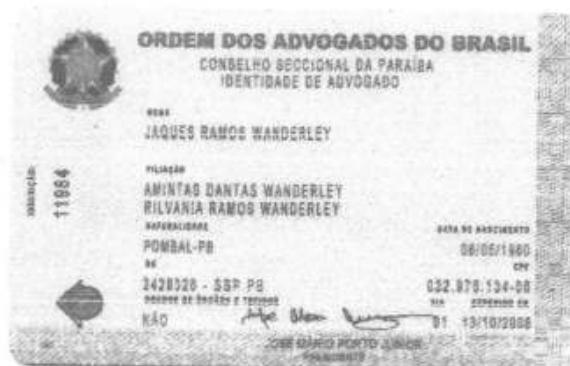
### AUTORIZAÇÃO

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









Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:24:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006101224335270000030157835>  
Número do documento: 2006101224335270000030157835

Núm. 31439215 - Pág. 20





CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENB: ESTADUAL N° 160572028  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07182566.5

VENCIMENTO  
22/01/2020

Nº Documento: 20200171825665	ESCRITÓRIO	POMBAL	CPF/CNPJ:	064.XXX.XXX-XX		
MATRÍCULA 07182566.5	CLIENTE AMINTAS DANTAS W JUNIOR					
INSCRIÇÃO 112.002.155.0307.000	ENDERECO DO IMÓVEL RUA SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020		FATURA			
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA		ÁGUA	ESGOTO		
			LIGADO	POTENCIAL		
ÚLTIMOS CONSUMOS			LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA	
12/2019 - 2	11/2019 - 2	ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> )	DIAS	(M <sup>3</sup> )
10/2019 - 2	09/2019 - 1	67	70	3	30	0,10
08/2019 - 2	07/2019 - 3	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\$

AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	3 M3	37,91
--	------	-------

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.761 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 AUDIENCIA 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

MATRÍCULA  
07182566.5INSCRIÇÃO  
112.002.155.0307.000FATURA  
01/2020NÃO RECEBER APÓS  
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





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS JAN/2020

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
3083013264	17/06/2008	EXT LACR LIGADO		POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m<sup>3</sup>) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
2505 2518 13 30 08/02/2020  
HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.  
DEZ/2019 14 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES  
NOV/2019 13 TURBIDEZ 0 0 0  
OUT/2019 16 CLORO 0 0 0  
SET/2019 11 CUL.TERROT 0 0 0  
AGO/2019 10 COR 0 0 0  
JUL/2019 15 COL.TOTAIS 0 0 0  
MEDIA(m<sup>3</sup>) 13 DADOS REFERENTES A: NOV/2019.

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31	
DÉSCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m <sup>3</sup>	37,91
11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR m <sup>3</sup>	3 m <sup>3</sup>	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS, IFT 1% 741/17  
VENIMENTO: 23/01/2020 Total a Pagar: R\$ 52,58



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.807/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA FATURA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSALIS DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



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

DEBITO AUTOMATICO



## 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
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>



## 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

<b>OUTORGANTE:</b>	<b>FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA</b> , 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)
<b>OUTORGADO:</b>	<b>Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY</b> , 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 pericia 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 vitima **FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA**, COM RG: 20.871.430 SSP/SP E CPF: 763.247.377-72 qual foi vitima de acidente de trânsito no dia 18 / 09 / 2019.

 POMBAL - PB, 17 / 02 / 2020.



Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de **FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA**. Em test.  da verdade. Deu **Is.**  
POMBAL-PB, 18/02/2020.



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

 Cel. João Queiroga  
1º Ofício de Notas e Registros e Títulos  
CNPJ: 09.205.816/0001-26  
Teletex: (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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/09/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO NESTOR DE ALMEIDA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### 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](http://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

