
Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153333

Vítima: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI

Data do Acidente: 29/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200153333

Vítima: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI

Data do Acidente: 29/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI		CPF titular da conta 05913599446	Profissão MEI
Endereço RUA DOUTOR RUI PEREIRA		Número 102	Complemento CASA
Bairro JARDIM OCEANIA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58032-065
Email DIEGOECLARA@HOTMAIL.COM		Telefone (DDD) (83) 988327127	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BANCO DO BRASIL NRO 001	
AGÊNCIA NRO. 1262 D/V 9 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 14138 D/V 0 (Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

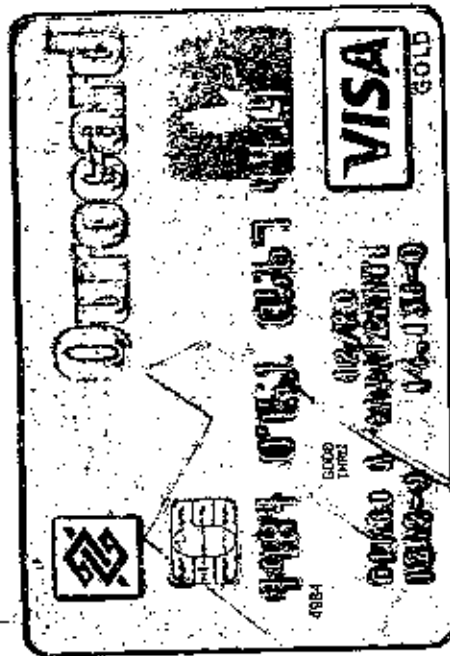
JOÃO PESSOA, 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

Diego Fernandes Almeida Cavalcanti

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DF (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

0721206
Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI		CPF titular da conta 05913599446	Profissão MEI
Endereço RUA DOUTOR RUI PEREIRA		Número 102	Complemento CASA
Bairro JARDIM OCEANIA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58037-065
Email DIEGOECLARA@HOTMAIL.COM		Telefone (DDD) (83) 988327127	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
BANCO DO BRASIL	001		
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
1262	9	14138	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

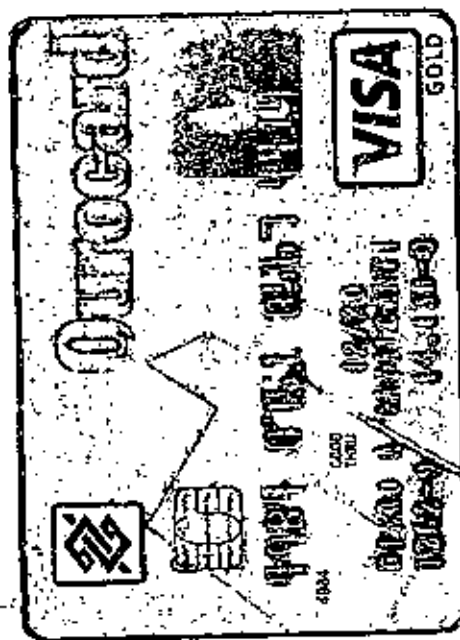
JOÃO PESSOA, 25 de JUNHO de 2018

Local e Data

Cícero Francisco Aurício Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

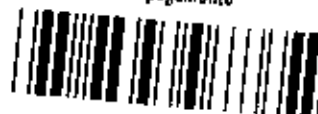




AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC 0800 11 1111 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DIEGO EUGENIO ALMEIDA CAVALCANTI	CPF titular da conta 05913599446	Profissão MEI
Endereço RUA DOUTOR RUI PEREIRA	Número 102	Complemento CASA
Bairro SARDIM OCEANIA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
Email DIEGOECLM4@HOTMAIL.COM	CEP 58037-065	Telefone (DDD) (83) 988327127

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. DVV CONTA NRO. DVV (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NAO BANCO DO BRASIL 001 AGÊNCIA NRO. DVV CONTA NRO. DVV 1262 9 14138 0 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

Diego Eugenio Almeida Cavalcanti
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

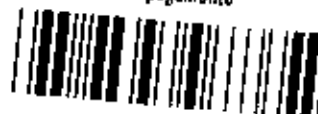




AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC 0800 11 1111 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Autorização de pagamento



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DIEGO EVANILDES ALMEIDA CAVALCANTI	CPF titular da conta 059135 99446	Profissão MEI
Endereço RUA DOUTOR RUI PEREIRA	Número 102	Complemento CASA
Bairro SARDIM OCEANIA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
Email DIEGOECALVO@HOTMAIL.COM	CEP 58037-065	Telefone (DDD) (83) 988327127

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD.	DV	CONTA NRD.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NAD		
BANCO DO BRASIL	001		
AGÊNCIA NRD.	DV	CONTA NRD.	DV
1262	9	14138	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 25 de JUNHO de 2018
Local e Data

Diego Evanderson Almeida Cavalcanti
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo da vítima:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
<u>DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE</u>	<u>05913599446</u>	<u>DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE</u>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 401/2012		
Nome completo:	CPF:	
<u>DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE</u>	<u>05913599446</u>	
Profissão:	Endereço:	Número:
<u>MEI</u>	<u>RUA DOUTOR RUI PEREIRA</u>	<u>102</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>JARDIM OCEANIA</u>	<u>JOÃO PESSOA</u>	<u>PB</u>
E-mail:	CEP:	
<u>diegocavalcante@hotmail.com</u>	<u>58037-065</u>	
	Insc. (DCE):	
	<u>83.98827127</u>	

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

RECEITA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUQUANÇA (Devolução para os bancos aliados. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <u>1262</u> <u>9</u>	CONTA: <u>14138</u> <u>0</u>
(Informar o dígito de verificação)	(Informar o dígito de verificação)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 encaminhamento 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Gráu de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
	Vítima deixou herança (ou bens)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devulta, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	<u>JOÃO PESSOA, PB - 20/03/2020</u>	TESTEMUNHAS
Nome:	<u>DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE</u>	1ª Nome:
CPF:	<u>05913599446</u>	CPF:
		Assinatura
		2ª Nome:
		CPF:
		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



9

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00053.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00053.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:23 horas do dia 11 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Diego Fernandes Almeida Cavalcanti**, CPF nº 059.135.994-46, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maricilde Almeida Cavalcanti e Severino Cavalcanti Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/06/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Rui Pereira, Nº 102, bairro Jardim Oceania, tendo como ponto de referência Próximo Ao Recanto do Picuí, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98832-7127.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 29/12/2017, por volta das 15:15 horas, precisamente na AV. Campos Sales, Jardim Oceania nesta Capital PB, quando conduzia o seu veículo, tipo motocicleta, modelo HONDA/CG150 FAN ESDI, ano e modelo 2014/2015 de cor preta, placa QFT 1410/PB, Chassi nº 9CKC1680FR550015, QUE ao chegar na rua acima citado um outro veículo tipo Jeep Renegade-te de placas QFQ 0769 PB, fez uma conversão errada sem atenção do condutor do veículo, onde o notificante não dando para desviar veio a colidir no jeep que era conduzido pelo senhor Valdir de Andrade Braga, que devido ao impacto o notificante foi jogado ao chão e sendo socorrido pelo corpo de bombeiros para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, conforme documento, cujo, prontuário nº 106278, assinado pelo médico Dr Victor Linhares Luguinho CRM 10894/PB. QUE não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação

DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI
Noticiante

Procedimento Policial: 00053.01.2018.1.00.420

SECRETARIA LIDER D'ART 02 28-JUL-2018 16:31 430648 1/1



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00053.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00053.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:23 horas do dia 11 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Diego Fernandes Almeida Cavalcanti**, CPF nº 059.135.994-46, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maríneide Almeida Cavalcanti e Severino Cavalcanti Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/06/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Rui Pereira, Nº 102, bairro Jardim Oceania, tendo como ponto de referência Próximo Ao Recanto do Picuí, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98832-7127.

Dados do(s) Fatos:

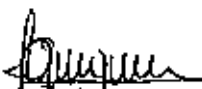
Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

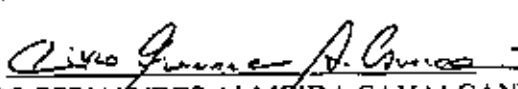
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 29/12/2017, por volta das 15:15 horas, precisamente na AV. Campos Sales, Jardim Oceania nesta Capital PB, quando conduzia o seu veículo, tipo motocicleta, modelo HONDA/CG150 FAN ESDI, ano e modelo 2014/2015 de cor preta, placa QFT 1410/PB, Chassi nº 9CKC1680FR550015, QUE ao chegar na rua acima citada um outro veículo tipo Jeep Renegade de placas QFQ 0769 PB, fez uma conversão errada sem atenção do condutor do veículo, onde o notificante não dando para desviar veio a colidir no jeep que era conduzido pelo senhor Valdir de Andrade Braga, que devido ao impacto o notificante foi jogado ao chão e sendo socorrido pelo corpo de bombeiros para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, conforme documento, cujo, prontuário nº 106278, assinado pelo médico Dr Victor Linhares Luguinho CRM 10894/PB. QUE não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI
Notificante

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

Bolém de ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00053.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00053.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:23 horas do dia 11 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, no final assinado, compareceu Diego Fernandes Almeida Cavalcanti, CPF nº 059.135.994-46, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marcinice Almeida Cavalcanti e Severino Cavalcanti Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/06/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Rui Pereira, Nº 102, bairro Jardim Oceania, tendo como ponto de referência Próximo Ao Recanto do Picuí, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98832-7127.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 29/12/2017, por volta das 15:15 horas, precisamente na AV. Campos Sales, Jardim Oceania nesta Capital PB, quando conduzia o seu veículo, tipo motocicleta, modelo HONDA/CG150 FAN ESDI, ano e modelo 2014/2015 de cor preta, placa QFT 1410/PB, Chassi nº 9CKC1680FR550015, QUE ao chegar na rua acima citada um outro veículo tipo Jeep Renegade de placas QFQ 0769 PB, fez uma conversão errada sem atenção do condutor do veículo, onde o notificante não dando para desviar veio a colidir no jeep que era conduzido pelo senhor Valdir de Andrade Braga, que devido ao impacto o notificante foi jogado ao chão e sendo socorrido pelo corpo de bombeiros para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, conforme documento, cujo, prontuário nº 106278, assinado pelo médico Dr Victor Linhares Luguinho CRM 10894/PB. QUE não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI
Noticiante

Procedimento Policial: 00053.01.2018.1.00.420

14 89588-1031 612-70-42 20 1414 0011 000535

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

Bolém de ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00053.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00053.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:23 horas do dia 11 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, no final assinado, compareceu Diego Fernandes Almeida Cavalcanti, CPF nº 059.135.994-46, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marcinice Almeida Cavalcanti e Severino Cavalcanti Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/06/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Rui Pereira, Nº 102, bairro Jardim Oceania, tendo como ponto de referência Próximo Ao Recanto do Picuí, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98832-7127.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 29/12/2017, por volta das 15:15 horas, precisamente na AV. Campos Sales, Jardim Oceania nesta Capital PB, quando conduzia o seu veículo, tipo motocicleta, modelo HONDA/CG150 FAN ESDI, ano e modelo 2014/2015 de cor preta, placa QFT 1410/PB, Chassi nº 9CKC1680FR550015, QUE ao chegar na rua acima citada um outro veículo tipo Jeep Renegade de placas QFQ 0769 PB, fez uma conversão errada sem atenção do condutor do veículo, onde o notificante não dando para desviar veio a colidir no jeep que era conduzido pelo senhor Valdir de Andrade Braga, que devido ao impacto o notificante foi jogado ao chão e sendo socorrido pelo corpo de bombeiros para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, conforme documento, cujo, prontuário nº 106278, assinado pelo médico Dr Victor Linhares Luguinho CRM 10894/PB. QUE não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI
Noticiante

Procedimento Policial: 00053.01.2018.1.00.420

14 89588-1091 612-70-42 20 144 611 1000005



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00053.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00053.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:23 horas do dia 11 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Diego Fernandes Almeida Cavalcanti**, CPF nº 059.135.994-46, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marineide Almeida Cavalcanti e Severino Cavalcanti Leite, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/06/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Doutor Rui Pereira, Nº 102, bairro Jardim Oceania, tendo como ponto de referência Próximo Ao Recanto do Picuí, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98832-7127.

Dados do(s) Fatos:

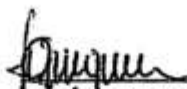
Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 29/12/2017, por volta das 15:15 horas, precisamente na AV. Campos Sales, Jardim Oceania nesta Capital PB, quando conduzia o seu veículo, tipo motocicleta, modelo HONDA/CG150 FAN ESDI, ano e modelo 2014/2015 de cor preta, placa QFT 1410/PB, Chassi nº 9CKC1680FR550015, QUE ao chegar na rua acima citado um outro veículo tipo Jeep Renegade-te de placas QFQ 0769 PB, fez uma conversão errada sem atenção do condutor do veículo, onde o notificante não dando para desviar veio a colidir no jeep que era conduzido pelo senhor Valdir de Andrade Braga, que devido ao impacto o notificante foi jogado ao chão e sendo socorrido pelo corpo de bombeiros para o hospital de trauma Senador Humberto Lucena, conforme documento, cujo, prontuário nº 106278, assinado pelo médico Dr Victor Linhares Luguinho CRM 10894/PB. QUE não quer representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI
Notificante



VISTO EM: 16/01/18

N/I

Marcelo de Santana
Comandante do BAPH
MARCELO DE SANTANA

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

1º TEN. - Mat.: 526.630-6
RG 244 - CPF: 749.775.387-53

Comprovação de ato declaratório



João Pessoa-PB, 16 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 023/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 29/12/2017, conforme requerimento nº 023/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 15h25min o/a Sr.(a) **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI**, CPF Nº 059.135.994-46, vítima de acidente de trânsito com colisão carro x moto, ocorrido na Av Campos Sales, Bessa - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA** Matrícula 520.037-7. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com fratura exposta no membro inferior, luxação no ombro e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - GB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

André Vieira de Souza
JYHARNEDES A. DE SOUSA

29/01/2018 12:27:31
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-5761 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



VISTO EM: 16/01/18

N/I

Marcelo de Santana
Comandante do BAPH
MARCELO DE SANTANA

1º TEN. - Mat.: 526.630-6
RG 244 - CPF: 749.775.397-53

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

Comprovação de ato declaratório



João Pessoa-PB, 16 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 023/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 29/12/2017, conforme requerimento nº 023/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 15h25min o/a Sr.(a) **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI**, CPF Nº 059.135.994-46 vítima de acidente de trânsito colisão carro x moto, ocorrido na Av Campos Sales, Bessa - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA** Matrícula 520.037-7. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com fratura exposta no membro inferior, luxação no ombro e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM Mat 523.618-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

André Vieira de Souza
ANDRÉ VIEIRA DE SOUZA
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-5761 / (83) 3218-7878 (FAX) - E-mail: crahbpb@bombeiros.pb.gov.br



VISTO EM: 16/01/18

N/I

Francisco de Santa Ana
Comandante do BAPH
MARCELO DE SANT'ANA

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO OPERAÇÕES

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



João Pessoa-PB, 16 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 023/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 29/12/2017, conforme requerimento nº 024/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 15h25min o(a) Sr.(a) **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI**, CPF Nº 059.135.994-46, vítima de acidente de trânsito envolvendo carro e moto, ocorrido na Av Campos Sales, Bessa - João Pessoa/PB, que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA** Matrícula 520.037-7. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com fratura exposta no membro inferior, luxação no ombro e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SGT BM Matr 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

André Vieira de Souza
ANDRÉ VIEIRA DE SOUZA
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar do Estado da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Otonário Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-6044 / (83) 3216-5761 / (83) 3218-7678 (FAX) - E-mail: caphbpb@bombeiros.pb.gov.br

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPV exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração de Inexistência de IML

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do se, seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Diego Fernandes Almeida Cavalcanti

CPF da Vítima

05913599446

Data do Acidente

29/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Imat

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 11 de JULHO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração de Inexistência de IML



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

DIEGO FERNANDES ALMEIDA CARVALHO

CPF da Vítima

05913599446

Data do Acidente

29/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 11 de JULHO de 2018

Local e Data

Diego Fernandes Almeida Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0331304 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração de Inexistência de IML



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu representante legal (sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Diego Fernandes Almeida Santana

CPF da Vítima

05913599446

Data do Acidente

29/12/2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Passos, 11 de JULHO de 2013

Local e Data

Diego Fernandes Almeida Santana
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPV exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

Declaração de Inexistência de IML

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do se, seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Diego Fernandes Almeida Cavalcanti

CPF da Vítima

05913599446

Data do Acidente

29/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Imat

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 11 de JULHO de 2018

Local e Data

Diego Fernandes Almeida Cavalcanti

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 16/01/18

N/I

Francisco de Santa Ana
Comandante do BAPH

MARCELO DE SANT'ANA

1º TEN. - Mat.: 526.630-6
RG 244 - CPF: 749.775.397-53

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO OPERAÇÕES

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



João Pessoa-PB, 16 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 023/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 29/12/2017, conforme requerimento nº 024/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 15h25min o(a) Sr.(a) **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI**, CPF Nº 059.135.994-46, vítima de acidente de trânsito envolvendo carro e moto, ocorrido na Av Campos Sales, Bessa - João Pessoa/PB, que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA** Matrícula 520.037-7. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com fratura exposta no membro inferior, luxação no ombro e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SGT BM, Mat 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

André Vieira de Souza
JYHARRESON VIEIRA DE SOUSA
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar do Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-6044 / (83) 3216-5761 / (83) 3218-7679 (FAX) - E-mail: caphbpb@bombeiros.pb.gov.br



NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇO DE TELECOMUNICAÇÕES - MOD. 22

Cadastro do Assinante

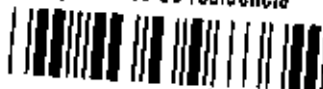
Telefônica Brasil S/A
Av. Espanhola 128 Caixa Postal, 1376
Bd. dos Bairros
Cidade Marquês
CEP: 04571-000 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.056.137/0001-01
Insc. Est: 06.036.949/12
http://www.vivo.com.br

Nome: DEIGO FERNANDES ALMEIDA CRIVELANTE
Endereço: R. DR. RUI PEREIRA 112 JARDIM OCEANIA - 86037-005 - JOÃO PESSOA / PB
Código do cliente: 8289 5239 8137 DV: 9
CNPJ/CNP: 05213539/0001

Tipo de cliente: Residencial

Estado de instalação: Paraíba

Comprovante da residência



DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS POR NÚMERO TELEFÔNICO

Prestadora Telefônica				Nº FISP 484-PS		
Telefônica Brasil S/A Av. Presidente Epitácio Pessoa, 475, Sala 801 - Parte - 58030-000 João Pessoa PB				nº de serviço: 00000000000000000000		
CNPJ: 02.558.157/0008-10 - Insc. Est: 15.126.950-2 Natureza da Operação: Prestação de serviço de comunicação - CFOP 5500						
INTERNET						
Plano Contratado / Serviços Mensais / Descontos						
1	JPA-81TKYB4H2-013	Vivo Fibra 25 Mbps GTT FSP	Data / Período	Alíquota	ISS/COFINS	Valor(R\$)
2		Desconto Prom. Internet R\$ 10,00 2/6	27/11/2016 a 26/12/2016	30%	3,65%	89,90
			01/01/2017			-10,00
						79,90
SUSTOTAL						
SERVIÇOS						
Plano Contratado / Serviços Mensais / Descontos						
3		Ilimitado Fixo e Móvel Local - Franquia Mensal GTT FSP	Data / Período	Alíquota	ISS/COFINS	Valor(R\$)
4	6330244524	Ilimitado Fixo e Móvel Local - Assinatura Mensal	27/11/2016 a 26/12/2016	30%	3,65%	31,10
			27/11/2016 a 26/12/2016	30%	3,65%	42,99
						74,09
SUSTOTAL						153,99
TOTAL						
Encargos						
Descrição						
5	Multa ref. ao mês DEZ/2016		Data / Período			Valor(R\$)
6	Juros ref. ao mês DEZ/2016		26/12/2016			2,42
			26/12/2016			0,20
						2,62
TOTAL						156,61
TOTAL DA NOTA FISCAL DA TELEFONICA						

Registado no Fisco - Emissão: 05/01/2017 10:00:00

ICMS	Base de cálculo: 153,99	Alíquota: 30%	Valor do ICMS: 46,19
PIS/COFINS	Base de cálculo: 153,99	Alíquota: 3,65%	Valor do PIS/COFINS: 5,62
A TELEFONICA contribui c/ 1% do valor de serviços de Telecom ao FUNT e 0,1% ao FUNTEL sem repasse ao consumidor.			
TOTAL GERAL A PAGAR			156,61



Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1375.
Ed. Eze Berrini
Cidade Monções
CEP: 04573-006 - São Paulo - SP
CNPJ: 07.556.157/0001-62
Insc. Est. 10933849/12
<http://www.vivo.com.br>

Nome: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE
Endereço: RUA DOUTOR RUI PEREIRA C/2 JARDIM OCÉANIA - 58037-065 - JOÃO PESSOA PB
Código do cliente: 8999 9239 8137 DV: 9
Número do telefone: 8339244624
Mês de referência: Setembro/2018
Data de emissão: 01/09/2018
Número da fatura: 06796527061 Tipo de cliente: Residência
Estado de instalação: Paraíba

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contrasteado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 25 Mbps COMO	9,99
Serviços Digitais	
Serviços Digitais - GAU,OWds,ESP,NCH,LI	30,00
Telefonia	
Assinatura Mensal	46,29
PACOTE PLANO BASICO	19,20
Total	104,48
TOTAL GERAL A PAGAR	104,48

Total utilizado em miniseg
das futuras com vencimento em

Tipo de Ligação	Julho	Agosto	Setembro
-----------------	-------	--------	----------

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).
Telefonia fixa e Internet: 103 15.
Para TV por assinatura: 106 15.
Pessoas com necessidades especiais
de fala/audição, ligue 142.
Para saber qual a loja Vivo
mais perto de você acesse
www.vivo.com.br
O relatório detalhado está disponível
em www.vivo.com.br/meuvivo
e pode ser solicitado impresso,
de forma permanente ou não.

Mensagem para você

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nas listas de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O faturamento por interatividade é realizado em conformidade com as Resoluções: Para SICR artigo 32º da Resolução Anatel nº 429/2005; para SICR artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 489/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Grat), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Resuma de atendimento TVQD, ligue com o protocolo em mãos para 10015 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(REF) PSABLD43PC05/SCM

Umsatzsteuer 20%

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente		Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.		
DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE				
Código do cliente	Código para Cadastramento de Débito Automático	Número da Fatura	Data de Vencimento	Valor a Pagar (R\$)
8999 9239 9137	899992399137-9	0679652706-0	15/09/2018	104,41

846007700004 4 0441000000 - " " 1977R00 A

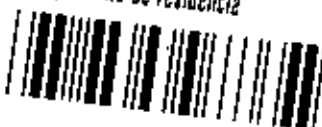
vivo

[illegible]

vivo

Telefonia Brasil S/A
Av. Operário 146, Caixa Postal 1370,
Bd. Rio Santa
Cidade Marquês
CEP: 04574-000 - São Paulo - SP
CNPJ: 07.504.157/0001-00
Insc. Est. 122.933.001-12
http://www.vivo.com.br

Comprovante de residência



Cadastro do Assinante

Nome: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE
Endereço: RUA DOMTOM RUI PEREIRA 102 JARDIM DE SANTANA - 06037-005 - JARDIM DE SANTANA / SP
Código do cliente: 8999 9239 9137 DV: 9
Mês de emissão: Setembro/2018
Número da fatura: 0679652706-0 Tipo de cliente: Residencial
Número do telefone: 0679652706-0
Data de emissão: 01/09/2018
Estado de instalação: Família

15/09/2018
104,41

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 75 Mbps em	9,99
Serviços Digitais	
Serviços Digitais - G4U/DIG/ESP/NCUEI	30,00
Telefonia	
Assinatura Mensal	15,22
PACOTE PLANO BASICO	18,20
Total	104,41
TOTAL GERAL A PAGAR	104,41

Histórico de consumo

Total cobrado em março
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação Julho Agosto Setembro

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).
Telefonia fixa e internet: 103 15.
Para TV por assinatura: 106 15.
Pessoas com necessidades especiais
de fala/audição, ligue 142.
Para saber qual a loja Vivo
mais perto de você acesse
www.vivo.com.br
O relatório detalhado está disponível
em www.vivo.com.br/meuvivo
e pode ser solicitado impresso,
de forma permanente ou não.

Mensagem para você

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobradas multas de 3% e juros de 1% ao mês até o cancelamento. O cancelamento por inadimplência é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STT C artigo 32 da Resolução Anatel nº 470/2007, para SCA artigo 40 da Resolução Anatel nº 614/2015 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Gente), 1332 (Deficiência Auditiva) e www.anatel.gov.br. Recurso de arrendamento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(078) PSABLDQ/POSAGDA

Descrição: 147

Assinatura: 147

Nome do Cliente DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9239 9137	Código para Cadastramento de Débito Automático 899992399137-9	Número da Fatura 0679652706-0	Data de Vencimento 15/09/2018	Valor a Pagar (R\$) 104,41

vivo

147 829605 6127 8142-15-21 240 14343 4371 90000005



Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Bortol, 1370,
Ed. Ezequiel
Cidade Monções
CEP: 04571-900 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.528.157/0001-02
Insc. Est: 105357049112
http://www.vivo.com.br

Nome: **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE**
Endereço: **RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 JARDIM OCEANIA - 88037-005 - JOÃO PESSOA / PB**
Código do cliente: **8999 9239 9137 DV: 9** Número do telefone: **8330244624**
Mês de referência: **Outubro/2019** Data de emissão: **01/10/2019**
Número da fatura: **0926771480-0** Tipo de cliente: **Residencial** Estado de Instalação: **Paraná**

15/10/2019
69,99

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 75 Mbps - mm	39,99
Serviços	
Serviços Digitais - GAU/DKids.ESPN.CNEI	30,00
Telefone	
Vivo Fixo Ilimitado Local - mm	0,00
Total	69,99
TOTAL GERAL A PAGAR	69,99

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação Agosto Setembro Outubro

Comprovante de residência



Vivo Valoriza

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).

Telefonia fixa e Internet: 103 16.

Para TV por assinatura: 106 16.

Pessoas com necessidades especiais
de fala/audição, ligue 142.

Para saber qual a loja Vivo
mais perto de você acesse

www.vivo.com.br

O relatório detalhado está disponível
em www.vivo.com.br/meuvivo
e pode ser solicitado impresso,
de forma permanente ou não.

Mensagem para você

O e-mail oficial que a Vivo utiliza para enviar a 1ª via da conta é contadigital@vivo.com.br. Desconsidere extensões como "@gmail" ou "@hotmail". A partir de 15/09/19, alguns serviços digitais, da sua Banda Larga, tiveram suas condições e valores alterados. Para saber mais, acesse: www.vivoparasuacasa.com.br/servicocontadigitalinternet/. Para a prestação de serviços descrita nessa fatura incidem os seguintes impostos: 30% ICMS, 0,65% PIS, 3% COFINS para Telecom e 2% ISS, 1,65% PIS e 7,6% COFINS para SVAs e 17% ICMS para Comunicações.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por inconsistência é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º da Resolução Anatel nº 426/2005; para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 499/2007. Central de Atendimento Anatel: 1301 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VivoQ. Ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(088) PSABLD43/POS/SCM (232) PA137 - Plano Ilimitado Local

Destaque Aqui

Autenticação Mecânica

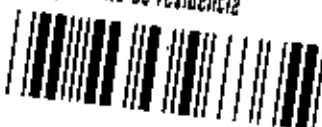
Nome do Cliente DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9239 9137	Código para Cadastro em do Débito Automático 899992399137-9	Número da Fatura 0926771480-0	Data de Vencimento 15/10/2019	Valor a Pagar (R\$) 69,99

8467000000 9 89990082089 4 99923991370 3 92677148099 9

vivo

Telefonia Brasil S/A
Av. Operário 146, Caixa Postal 1370,
Bd. Rio Santa
Cidade Marquês
CEP: 04571-900 - São Paulo - SP
CNPJ: 07.504.157/0001-02
Insc. Est. 12330380-13
http://www.vivo.com.br

Comprovante de residência



Cadastro do Assinante

Nome: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE
Endereço: RUA DOMTOM RUI PEREIRA 102 JARDIM DO SANTO - 06037-005 - JARDIM PEDROIA / SP
Código do cliente: 8999 9239 9137 DV: 9 Número do contrato: 0679652706-0
Mês de referência: Setembro/2018 Data de emissão: 01/09/2018
Número da fatura: 0679652706-0 Tipo de cliente: Residência Estágio de instalação: Finaliza

15/09/2018
104,41

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 75 Mbps em	9,99
Serviços Digitais	
Serviços Digitais - G4U/DI/ESP/NC/UEI	30,00
Telefonia	
Assinatura Mensal	15,22
PACOTE PLANO BASICO	18,30
Total	104,41
TOTAL DEVIDO A PAGAR	104,41

Histórico de consumo

Total utilizado em miniseg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação Julho Agosto Setembro

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).
Telefonia fixa e internet: 103 15.
Para TV por assinatura: 106 15.
Pessoas com necessidades especiais de fala/audição, ligue 142.
Para saber qual a loja Vivo mais perto de você acesse www.vivo.com.br
O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

Mensagem para você

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobradas multas de 3% e juros de 1% ao mês até o cancelamento. O cancelamento por inadimplência é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STT C artigo 32 da Resolução Anatel nº 470/2007, para SCA artigo 40 da Resolução Anatel nº 614/2015 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Gente), 1332 (Deficiência Auditiva) e www.anatel.gov.br. Recurso de arrendamento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(078) PSABLDQ/POSAGDA

Descrição: 147

Assinatura: 147

Nome do Cliente DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9239 9137	Código para Cadastramento de Débito Automático 899992399137-9	Número da Fatura 0679652706-0	Data de Vencimento 15/09/2018	Valor a Pagar (R\$) 104,41

vivo

171 829605 6127 8142-15-21 240 1343 4371 9008085



Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Bortol, 1370,
Ed. Ezequiel
Cidade Monções
CEP: 04571-900 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.528.157/0001-02
Insc. Est: 105357049112
http://www.vivo.com.br

Nome: **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE**
Endereço: **RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 JARDIM OCEANIA - 88037-005 - JOÃO PESSOA / PB**
Código do cliente: **8999 9239 9137 DV: 9** Número do telefone: **8330244624**
Mês de referência: **Outubro/2019** Data de emissão: **01/10/2019**
Número da fatura: **0926771480-0** Tipo de cliente: **Residencial** Estado de Instalação: **Paraíba**

15/10/2019
69,99

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 75 Mbps - mm	39,99
Serviços	
Serviços Digitais - GAU/DKids.ESPN.CNEI	30,00
Telefone	
Vivo Fixo Ilimitado Local - mm	0,00
Total	69,99
TOTAL GERAL A PAGAR	69,99

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação Agosto Setembro Outubro

Comprovante de residência



Vivo Valoriza

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC).

Telefonia fixa e Internet: 103 16.

Para TV por assinatura: 106 16.

Pessoas com necessidades especiais
de fala/audição, ligue 142.

Para saber qual a loja Vivo
mais perto de você acesse

www.vivo.com.br

O relatório detalhado está disponível
em www.vivo.com.br/meuvivo
e pode ser solicitado impresso,
de forma permanente ou não.

Mensagem para você

O e-mail oficial que a Vivo utiliza para enviar a 1ª via da conta é contadigital@vivo.com.br. Desconsidere extensões como "@gmail" ou "@hotmail". A partir de 15/09/19, alguns serviços digitais, da sua Banda Larga, tiveram suas condições e valores alterados. Para saber mais, acesse: www.vivoparasuacasa.com.br/servicocontadigitalinternet/. Para a prestação de serviços descrita nessa fatura incidem os seguintes impostos: 30% ICMS, 0,65% PIS, 3% COFINS para Telecom e 2% ISS, 1,65% PIS e 7,6% COFINS para SVAs e 17% ICMS para Comunicações.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por inconsistência é realizado em conformidade com as Resoluções Para STFC artigo 32 da Resolução Anatel nº 426/2005, para SCM artigo 46 da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 499/2007. Central de Atendimento Anatel: 1301 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VivoQ, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(088) PSABLD43/POS/SCM (232) PA137 - Plano Ilimitado Local

Destaque Aqui

Autenticação Mecânica

Nome do Cliente DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE			Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9239 9137	Código para Cadastroamento na Dívida Automática 899992399137-9	Número da Fatura 0926771480-0	Data de Vencimento 15/10/2019	Valor a Pagar (R\$) 69,99
8467000000 9 89990082089 4 99923991370 3 92677148099 9				



Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Sigheim, 144 - Cadea Brasil, 1376,
25 - São Bento
Cidade Marquês
CEP: 04571-000 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.538.157/0001-40
Fone: 0800 040 112
http://www.vivo.com.br

Nome: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE
Endereço: RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 - JARDIM OCEANIA - 88037-065 - JOÃO PESSOA / PB
Código do cliente: 8600 0238 9137 D/V: 8
Mês de referência: Março/2020
Número da fatura: 1020421717-0 Tipo de cliente: Residencial
Número do telefone: 8330244624
Data de emissão: 01/03/2020
Estado de instalação: Paraíba

15/03/2020
110,58

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviço Mensal	
Internet	
Vivo Fibra 25 Mbps ***	3,86
Serviços	
Serviços Digitais II - CR, B/L, Dêixa, ESPN, E)	2,90
Telefone	
Vivo Fixo Ilimitado Local ***	0,00
Total	6,76
Serviços Eventuais	
Multa Fiação/ção Combo Produto Voz	51,91
Multa Fiação/ção Combo Produto Banda Larga	51,91
Total	103,82
TOTAL GERAL A PAGAR	110,58

Histórico de consumo

Total utilizado em min seg
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação Janeiro Fevereiro Março

Vivo Valoriza

Aproveite os benefícios do Vivo Valoriza no App Meu Vivo.

Para informações detalhadas da sua conta acesse o aplicativo Meu Vivo. O detalhamento também está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não. Como ainda tenha dúvidas, ligue para nossa Central de Atendimento no 108 15. Pessoas com necessidades especiais de fala e audição: 142. Você cancelou serviços de Banda Larga, de Voz, nesta conta.

Mensagem para você

Informação é sua maior defesa, por isso, lembramos que a 1ª via da sua conta de Serviços Vivo da Sua Casa sempre será enviada pelo endereço contadigital@vivo.com.br. Ao realizar o pagamento, sempre confira se o seu nome, endereço e números de telefone aparecem no boleto. Informamos que nesta fatura há valores que foram reajustados conforme previsto em contrato. Para a prestação de serviços descrita nessa fatura incidem os seguintes impostos: 30% ICMS, 0,65% PIS, 3% COFINS para Telecom e 2% ISS, 1,85% PIS e 7,8% COFINS para SVAs e 17% ICMS para Comunicações. Baixe o Meu Vivo e tenha mais comodidade para pedir 2ª via, solicitar relógio de linha ou negociar cortes. Aproveite e coloque sua fatura em Débito Automático, é muito simples. Selecione seu banco no app e cadastre.

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por indisponibilidade é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STTC artigo 32º da Resolução Anatel nº 429/2005, para SCM artigo 40º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 480/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Gratuito), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento: VIVO, ligue como o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(996) PSABLU043POSSCM (232) PA137 - Plano Ilimitado Local

Assinatura Assin

Assinatura Assinatura

Nome do Cliente

DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE

Sr. Caixa, favor não receber pagamento parcial.

Código do cliente

Código para Cadastro de Débito Automático

Número da Fatura

Data de Vencimento

Valor a Pagar (R\$)

**EVITE PROBLEMAS COM SEU PAGAMENTO:
NÃO EDITE O CÓDIGO DE BARRAS OU
PAGUE O MESMO BOLETO DUAS VEZES.**



Caso o boleto já tenha vencido ou se você quiser pagar um valor diferente do total, **gere um novo boleto no nosso aplicativo.**

Nome do Beneficiário	CNPJ/CPF	Data de Vencimento	Valor Cobrado
Nu Pagamentos S.A.	18236120000158	13/04/2020	81,88
Agência / Código do Beneficiário	Nosso Número	Autenticação Mecânica	
---	26/00239701340-6		

		237-2		23793.38128 60023.970134 40000.063301 6 82240000008188			
Local de Pagamento:						Vencimento	
Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso						13/04/2020	
Beneficiário				CNPJ/CPF		Agência / Código do Beneficiário	
Nu Pagamentos S.A.				18236120000158		---	
Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Asseto	Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento		
03/04/2020	239701340	DM	N	03/04/2020	26/00239701340-6		
Use do Banco	Carteira	Espécie Moeda	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(*) Valor do Documento		
	26	R\$			81,88		
Instruções Sr. Caixa: 1) Não aceitar pagamento em cheque; 2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto; 3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					(-) Desconto / Abatimento		
					0,00		
					(-) Outras Deduções		
					0,00		
					(+/-) Juros / Multa		
Beneficiário					(+/-) Outras Acréscimos		
					0,00		
					(*) Valor Cobrado		
Pagador: Altamiro Correia de Moraes Neto Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa 58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB					01200783417		
					Código de Barra		
					Autenticação Mecânica		

FICHA DE COMPENSAÇÃO

