



Número: **0832698-48.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **3º Juizado Especial Cível da Capital**

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE (AUTOR)		RAFAEL MELO ASSIS (ADVOGADO) ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32127702	07/07/2020 15:48	2730955_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15716762

Pag. 00047/00048 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01527/01528 - carta_11 - INVALIDEZ

00040764





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 DPVAT 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 059.135.994/46	Profissão MEI
Endereço RUA DOUTOR RUI PEREIRA	Número 102	Complemento CASA
Bairro SARDIM OCEANIA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
Email DIEGOECLAF4@HOTMAIL.COM	CEP 58032-065	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)			
BANCO Nome BANCO DO BRASIL		NRD 001	
AGÊNCIA NRD 1262 -	D/V 9	CONTA NRD 14738 -	D/V 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

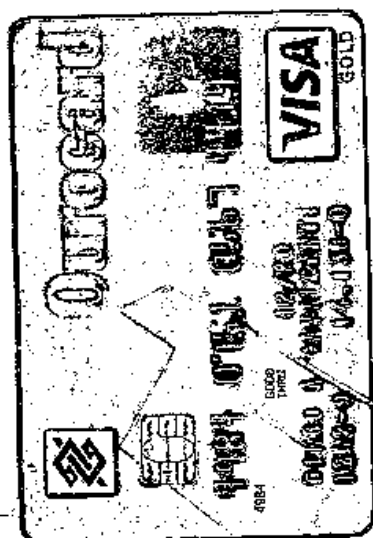
C. F. Fernandes Almeida Cavalcanti

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







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)

Autenticação 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 ODUTOR RUI PEREIRA	Número 102	Complemento CASA
Bairro JARDIM OCEANIA	Cidade JOÃO PESSOA	CEP 58037-065
Email DIEGOECLIMAS@HOTMAIL.COM	Estado PB	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

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Nº

BANCO DO BRASIL

001

AGÊNCIA

Nº

D/V

1262

9

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

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 2019

Local e Data

Cícero Frazão Américo Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

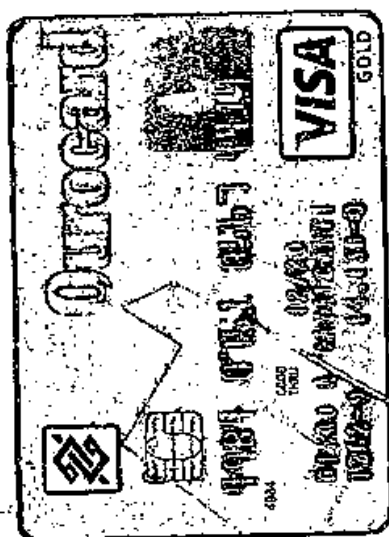
11 V001/2017

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:48:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715483652800000030789872>

Número do documento: 20070715483652800000030789872

Num. 32127702 - Pág. 5

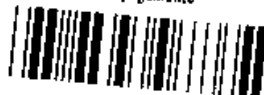




AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI	CPF titular da conta 059135 99446	Profissão MEI
Endereço RUA ODUTOR RUI PEREIRA	Número 102	Complemento CASA
Bairro JARDIM OCEANIA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
E-mail DIEGOECALVES@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 (Semente 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

Diego F. Almeida Cavalcanti

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



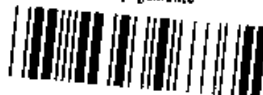




AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI	CPF titular da conta 059135 99446	Profissão MEI
Endereço RUA ODUTOR RUI PEREIRA	Número 102	Complemento CASA
Bairro JARDIM OCEANIA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
E-mail DIEGOECALVES@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 POUÇANÇA (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

Diego F. Almeida Cavalcanti
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPEF.001 V001/2017





Num. 32127702 - Pág. 10

Seguradora LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou AS: _____ CPF da vítima: 05913599446 Nome completo da vítima: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE

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

Nome completo: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE CPF: 05913599446

Profissão: MEI Endereço: RUA DOUTOR RUI PEREIRA Número: 102 Complemento: CASA

Bairro: JARDIM OCEANIA Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58037-065

E-mail: diegoalmeida@hotmail.com IN (DCE): 8398229127

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1262 9 CONTA: 14138 0

(Informe o dígito de verificação) (Informe o dígito de verificação)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informe o dígito de verificação) (Informe 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 e que eu li e estou de acordo, 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 assinado, 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de 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: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou herdeiro (ou herdeiros)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte iguais aos 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.

TESTEMUNHAS

Local e Data: JOÃO PESSOA, PB - 20/03/2020

Nome: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE CPF: _____

CPF: 05913599446

Assinatura: _____

[**] Assinatura de quem assina A ROGO

Diego Fernandes Almeida Cavalcante

Assinatura da vítima/beneficiário declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé ciente do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:48:37

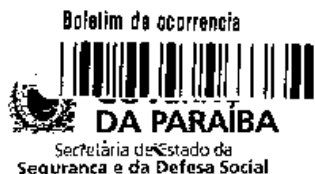
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715483652800000030789872

Número do documento: 20070715483652800000030789872

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



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 Maricinde 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:

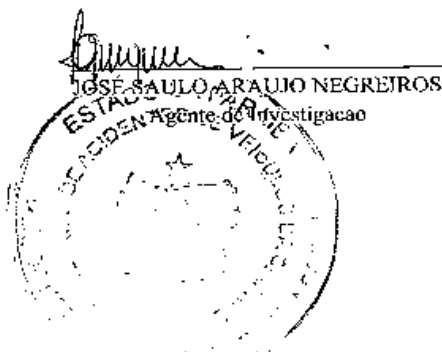
Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) I.EI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

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 Jcep Renegui-te de placas QFQ 0769 PB, fez uma conversão citada sem atenção do condutor do veículo, onde o notificante não dando para desviar veio a colidir no jcep 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 verdadeira. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2018.



DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI
Notificante

Procedimento Policial: 00053.01.2018.1.00.420

1/1
SERVIDOR LÍDER DOUT 02 20-JUL-2018 16:31 430648 1/1



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

Boletim de ocorrência



DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e 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, 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 citado 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 Luginho 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, exceto 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

Procedimento Policial: 00053.01.2018.1.00.420

1/1 849866 15/11/2018 16:31 498646 1/1

1/1



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

Boletim 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 Marcinete 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:

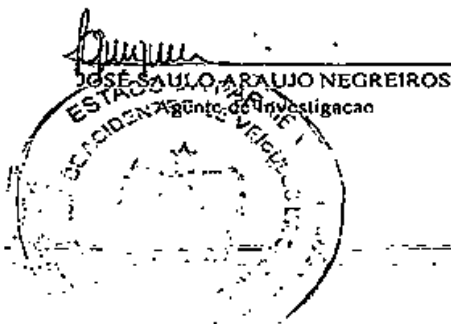
Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

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 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.



Diego Fernandes Almeida Cavalcanti
Notificante

Procedimento Policial: 00053.01.2018.1.00.420



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

Boletim 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 Marcinete 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:

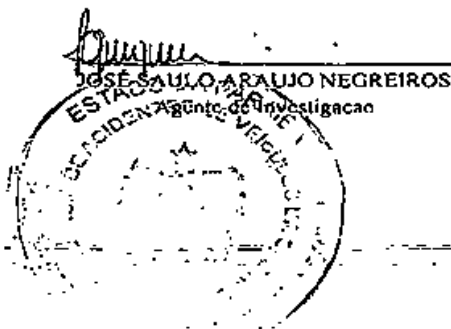
Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

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 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.



DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTI
Notificante

Procedimento Policial: 00053.01.2018.1.00.420





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:

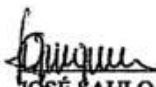
Local: Av Campos Sales, Colégio Chico Xavier, João Pessoa/PB, bairro Jardim Oceania; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/12/17 15:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

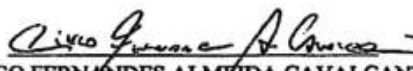
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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, expeço 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

Procedimento Policial: 00053.01.2018.1.00.420





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.: 526.630-8
RG 244 - CPF: 749.775.397-53

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 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 colisão carro - 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, 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 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) 3216-5761 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@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 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 (colisão carro - 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 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. 523.518-9, () 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 PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gandim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (03) 3243-9044 / (03) 3218-5761 / (03) 3218-7878 (FAX) - E-mail: crahpb@bombeiros.pb.gov.br





VISTO EM: 16/01/18

N/I

Marcelo de Santana
Comandante do BAPH
MARCELO DE SANTANA

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Comp. Reg. de Acidentes Declarados

3ª SEÇÃO OPERAÇÕES

1º TEN. - Mat.: 526.530-6
RG 244 - CPF: 748.775.397-53



João Pessoa-PB, 16 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 023/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 28/12/2017, 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 veículo carro/moto, ocorrido na Av Campos Sales, Bessa - João Pessoa/PB, que se 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 transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - 3º 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
JYHARREDO 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 Orestes Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-080, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-8044 / (83) 3218-5761 / (83) 3218-7678 (FAX) - E-mail: crahb@corpo.bombas.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 DPVAT 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

05993599446

Data do Acidente

29/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Imagem

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 documen-
tação 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

ALI.001 V001/2017





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 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 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 Amaral

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 Amaral

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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 DPVAT 0800 0221204 (atendimento 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 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 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 Carneiro

CPF da Vítima

05913599446

Data do Acidente

29/12/2017

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 Pessoa, 11 de JULHO de 2018

Local e Data

Diego Fernandes Almeida Carneiro

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 DPVAT 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 (se 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

05993599446

Data do Acidente

29/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Imagem

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

ALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:48:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715483652800000030789872>
Número do documento: 20070715483652800000030789872

Num. 32127702 - Pág. 23



VISTO EM: 16/01/18

N/I

Marcelo de Santana
Comandante do BAPH
MARCELO DE SANTANA

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Comp. Reg. de Acidentes Declarados

3ª SEÇÃO OPERAÇÕES

1º TEN. - Mat.: 526.530-6
RG 244 - CPF: 748.775.397-53



João Pessoa-PB, 16 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 023/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 28/12/2017, 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 veículo carro/moto, ocorrido na Av Campos Sales, Bessa - João Pessoa/PB, que se 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 transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - 3º 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
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 Orestes Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-080, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-8044 / (83) 3218-5761 / (83) 3218-7678 (FAX) - E-mail: crahb@corpo.bombas.pb.gov.br





Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Bruck, 1376
Ed. Das Américas
Cidade Maracanã
CEP: 04574-900 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.256.137/0001-02
Insc. Est.: 033.000.947/02
http://www.vivo.com.br

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇO DE TELECOMUNICAÇÕES - MOD. 22

Endereço do Assinante

Nome: SUELIO FERNANDES ALMEIDA CRIVELANTIS
Endereço: R. DR. RUI PEREIRA 112 JARDIM OCEANIA - BOMFIM - JOÃO PESSOA / PB
Código do cliente: 8099 9289 0137 DV: 9
CNPJ/CPF: 05213659446

Tipo de cliente: Residencial

Estado de instalação: Paraíba

Comprovante de residência



DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS POR NÚMERO TELEFÔNICO

Prestadora Telefônica		RFFST 404-05	
Telefônica Brasil S/A Av. Presidente Epitácio Pessoa, 475, Sala 801 - Porto - 58050-000 João Pessoa PB		Unidade: UIC subatômica	
CNPJ: 02.558.157/0006-10 - Insc. Est.: 15.136.950-2 Natureza da Operação: Prestação de serviço de comunicação - CPOP 5300			
INTERNET		Plano Contratado / Serviços Mensais / Descobertos	
1 JPA-8TKYB4H2-013		Data / Período	
2		Vivo Fibra 25 Mbps GTI FSP	
		Desconto Prom. Internet R\$ 10,00 2/6	
SUBTOTAL		Alíquota: 30%	
SERVIÇOS		PIS/COFINS	
3		Valor(R\$)	
4 6330244624		Data / Período	
		Plano Contratado / Serviços Mensais / Descobertos	
		Limitado Fixo e Móvel Local - Franquia Mensal GTI FSP	
		Limitado Fixo e Móvel Local - Assinatura Mensal	
SUBTOTAL		Alíquota: 30%	
TOTAL		PIS/COFINS	
Encargos		Valor(R\$)	
5 Multa ref. ao mês DEZ/2016		Data / Período	
6 Juros ref. ao mês DEZ/2016		26/12/2016	
TOTAL		2,42	
TOTAL DA NOTA FISCAL DA TELEFONICA		0,20	
		156,61	

Registrado no Fisco: 05213659446/0001-02

ICMS	Base de cálculo: 153,66	Alíquota: 30%	Valor do ICMS: 46,10
PIS/COFINS	Base de cálculo: 153,66	Alíquota: 3,65%	Valor do PIS/COFINS: 5,62
A TELEFONICA contribui c/ 1% do valor dos serviços de Telecom ao FUNST e 0,2% ao FUNTEL, sem repasse ao consumidor.			
TOTAL GERAL A PAGAR			156,61



Comprovante de residência



Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luís Carlos Berch, 1375
Ed. Eva Bertini
Cidade Monções
CEP: 04573-908 - São Paulo - SP
CNPJ: 07.556.157/0001-62
Insc. Est.: 109383849112
http://www.vivo.com.br

Nome: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE
Endereço: RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 JARDIM DOBANA - 58037-065 - JOAO PESSOA / PB
Código do cliente: 8999 9239 9137 DV: 9 Número da telefonia: 8330246824
Mês de referência: Setembro/2018 Data de emissão: 01/09/2018
Número da fatura: 0679652706-0 Tipo de cliente: Residencial Estação de instalação: Paraíba

15/09/2018
104,41

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 25 Mbps	9,99
Serviços Digitais	
Serviços Digitais - GAU, DWds, ESP, MCH, LI	30,00
Telefonia	
Assinatura Mensal	46,22
PACOTE PLANO BASICO	18,20
Total	104,41

TOTAL GERAL A PAGAR

104,41

Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg
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: 108 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 no cadastro 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 indevidos é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º da Resolução Anatel nº 435/2005, para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Gemei), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10015 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(ISS) PSABLG3/POS/SCM

53850009 LIDER PART 02 17-SET-2018 12:19 509678 1/1

Destaque App

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 de Débito Automático 899992399137-9	Número da Fatura 0679652706-0	Data de Vencimento 15/09/2018	Valor a Pagar (R\$) 104,41
				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:48:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715483652800000030789872>

Número do documento: 20070715483652800000030789872

Num. 32127702 - Pág. 26



Nome: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE
Endereço: RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 JARDIM OCEANIA - 88037-065 - JOÃO PESSOA / PB
Código do cliente: 8859 5033 9137 DV: 9 Número do telefone: 8330244624
Mês de referência: Setembro/2018 Data de emissão: 01/09/2018
Número da linha: 0679552706-0 Tipo de cliente: Residência Estável de Instituição: Particular

15/09/2018
104.41

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviços Mensais	
Internet	
Vivo Fibra 25 Mbps (cash)	9,99
Serviços Digitais	
Serviços Digitais - G4U,DGds,ESPN,CN,EI	30,00
Telefonia	
Assinatura Mensal	45,22
PACOTE PLANO BASICO	8,20
Total	104,41

TOTAL GERAL A PAGAR

10444

Total utilizada em milhões
das faturas com vencimento em

Tipos de Linhação	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/mreuvivo
e pode ser solicitado impresso,
de forma permanente ou não.

Mensagem para você

Importante: manutinha o pagamento em dia e evite a suspensão por falta de depósito. Para programações apas e vinculação entre cobradores e pagantes de 2% ou mais em cima da taxa, consulte o site www.mpf.gov.br. A realização em conformidade com as Resoluções: Pela STFC nº90 32 de Resolução nº96 48/2007; pela SCM artigo 4º de Resolução Anatel nº 154/2013 e pela TV artigo 1º de Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1531 (Gratuito), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de esgotamento nº90, Anatel não é uma instância recursal. mpf.org.br 1535 e 142 para assuntos com centralidades especiais do faturamento.

(153) FSA/BLD/3POS/SCM

Autenticación Mecánica

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:48:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715483652800000030789872>
 Número do documento: 20070715483652800000030789872

Num. 32127702 - Pág. 27

vivo

Telefonia Brasil S/A
Av. Desemb. Luís Carlos Berth 1270,
Ed. Rio Santa
Cidade Marquês
CEP: 04571-025 - São Paulo - SP
CNPJ: 07.508.157/0001-07
Insc. Est. 102903491-12
http://www.vivo.com.br

Cadastro do Assinante

Nome: **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE**
Endereço: **RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 JARDIM OCEANIA - 06037-005 - JARDIM PEREIRA (PB)**
Código do cliente: **8999 9239 8137 DV: 8** Número do contrato: **000004624**
Data de validade: **Setembro/2018** Data de emissão: **01/09/2018**
Número da fatura: **0679652706-0** Tipo de cliente: **Residencial** Estabelecimento: **Pessoa Física**

15/09/2018
104,41

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contratado / Serviço Mensal	
Internet	
Vivo Fibra 75 Mbps em	
Serviços Digitais	9,98
Serviços Digitais - GAUDIMDESPOCNEI	30,00
Telefonia	
Assinatura Mensal	45,22
PACOTE PLANO BASICO	19,20
Total	104,41

TOTAL DEBÍTO A PAGAR

104,41

Histórico de consumo

Total utilizado em minutos
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 definitiva dos serviços e a inclusão automática de prestação de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% a juros de 1% ao mês até o limite futuro. O rescaldo por pagamento é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STC artigo 32 da Resolução Anatel nº 497/2007, para SCA artigo 40 da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6 da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Gratuito, 1533 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento Vivo, ligue com o protocolo em mãos para: 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(07) PSABUQ3POS/GOK

Resumo da

Assinatura Médica

Nome do Cliente DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE			Sr. Cliente, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9239 8137	Código para Cadastramento do Débito Automático 899992399137-9	Número da Fatura 0679652706-0	Data de Vencimento 15/09/2018	Valor a Pagar (R\$) 104,41

vivo





Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrê, 1370,
SL Ezequiel
Osasco - SP
CEP: 04571-400 - Osasco - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-02
Insc. Est.: 108359491/12
http://www.vivo.com.br

Cadastro do Assinante

Nome: **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE**
Endereço: **RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 JARDIM OCEANIA - 09237-005 - JOAO PESSOA / PB**
Código do cliente: **8999 9239 9137 DV: 8** Número do telefone: **033244624**
Mês de referência: **Outubro/2019** Data de criação: **01/10/2018**
Número da linha: **0326771480-0** 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 25 Mbps - 1ano	39,99
Serviços	
Serviços Digitais - GAU,DKids,ESPN,CNEI	30,00
Telefone	
Vivo Fixo limitado 1.0001ano	0,00
Total	69,99
TOTAL GERAL A PAGAR	69,99

Histórico de consumo

Total utilizado em minseg
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 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

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.vivoparasuasacas.com.br/servicosdigitaisinternof. Para a prestação de serviços, desconta nossa 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 inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º da Resolução Anatel nº 426/2006; para SCM artigo 40º da Resolução Anatel nº 514/2013 e para TV artigo 6º de Resolução 489/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(088) PSAB/043/POS/SCM (232) PA137 - Plano Limitado Local

Destaque: Atq

Autenticação: Médica

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 8999992399137-9	Número da Fatura 0926771480-0	Data de Vencimento 15/10/2019	Valor a Pagar (R\$) 69,99
 84670000000 9 69990082089 4 99923991370 3 02677148099 9 				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:48:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715483652800000030789872>
Número do documento: 20070715483652800000030789872

vivo

Telefonia Brasil S/A
Av. Desemb. Luís Carlos Berth 1270,
Ed. Das Américas
Cidade Marquês
CEP: 04571-905 - São Paulo - SP
CNPJ: 07.508.157/0001-07
Insc. Est.: 102303491-12
http://www.vivo.com.br

Cadastro do Assinante

Nome: **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE**
Endereço: **RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 JARDIM OCEANIA - 06037-005 - JARDIM PEREIRA (PB)**
Código do cliente: **8999 9239 8137 CV: 8** Número do contrato: **000004624**
Data de validade: **Setembro/2018** Data de emissão: **01/09/2018**
Número da fatura: **0679652706-0** Tipo de cliente: **Residencial** Estabelecimento: **Pessoa Física**

15/09/2018
104,41

Descrição da sua fatura

RESUMO	VALOR (R\$)
Plano Contrado / Serviço Mensal	
Internet	
Vivo Fibra 75 Mbps em	
Serviços Digitais	9,98
Serviços Digitais - GAUOMDLESPNUEI	30,00
Telefonia	
Assinatura Mensal	45,22
PACOTE PLANO BASICO	19,20
Total	104,41

TOTAL DEBIL A PAGAR

104,41

Histórico de consumo

Total utilizado em minutos
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 definitiva dos serviços e a inclusão automática de prestação de crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% a juros de 1% ao mês até o limite futuro. O rescaldo por pagamento é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STC artigo 32 da Resolução Anatel nº 491/2007, para SCA artigo 40 da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6 da Resolução 488/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Gratuito, 1533 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento Vivo, ligue com o protocolo em mãos com: 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(07) PSABUQ3POS/GOK

Resumo da fatura

Assinatura Médica

Nome do Cliente DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE			Sr. Cliente, favor não receber pagamento parcial.	
Código do cliente 8999 9239 8137	Código para Cadastramento do Débito Automático 899992399137-9	Número da Fatura 0679652706-0	Data de Vencimento 15/09/2018	Valor a Pagar (R\$) 104,41

vivo





Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrê, 1370,
SL Ezequiel
Osasco - SP
CEP: 04571-400 - Osasco - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-02
Insc. Est.: 10836304/112
http://www.vivo.com.br

Cadastro do Assinante

Nome: **DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE**
Endereço: **RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 JARDIM OCEANIA - 09237-005 - JOAO PESSOA / PB**
Código do cliente: **8999 9239 9137 DV: 8** Número do telefone: **033244624**
Mês de referência: **Outubro/2019** Data de criação: **01/10/2018**
Número da linha: **0326771480-0** 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 25 Mbps em	39,99
Serviços	
Serviços Digitais - GAU,DKids,ESPN,CNEI	30,00
Telefone	
Vivo Fixo limitado 1.000 min	0,00
Total	69,99
TOTAL GERAL A PAGAR	69,99

Histórico de consumo

Total utilizado em minseg
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 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

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.vivoparasuasacas.com.br/servicosdigitaisinternof. Para a prestação de serviços, desconta nossa 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 inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32 da Resolução Anatel nº 426/2006; para SCM artigo 40 da Resolução Anatel nº 514/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 489/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(088) PSAB/043/POS/SCM (232) PA137 - Plano Limitado Local

Outras: Atq

Autenticação: Médica

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
 84670000000 9 69990082089 4 99923991370 3 02677148099 9 				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:48:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715483652800000030789872>
Número do documento: 20070715483652800000030789872

Num. 32127702 - Pág. 31



Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luís Carlos Berio, 1376,
5º andar
Cidade Marquês
CEP: 04071-000 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-62
Insc. Est.: 15835304/12
<http://www.vivo.com.br>

Nome: DIEGO FERNANDES ALMEIDA CAVALCANTE
Endereço: RUA DOUTOR RUI PEREIRA 102 - JARDIM OCEANIA - 06037-060 - JOÃO PESSOA / PB
Código do cliente: 9999 9235 9137 D/V: 8 Número do telefone: 8330244624
Mês de referência: Março/2020 Data de emissão: 01/03/2020
Número da fatura: 1020421717-0 Tipo de cliente: Residencial 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 ***	
Serviços	
Serviços Digitais S - CR, B/L, D/Lda, ESPN, E	3,86
Telefone	
Vivo Fio Limitado Local ***	2,90
Total	6,76
Serviços Eventuais	
Multa por utilização Combo Produto Voz	31,91
Multa por utilização Combo Produto Banda Larga	31,91
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	Jan/20	Fev/20	Mar/20
-----------------	--------	--------	--------

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. Caso ainda tenha dúvidas, ligue para nossa Central de Relacionamento no 109 15. Pessoas com necessidades especiais de fala e audição: 140. 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 de 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, 1,65% PIS e 7,6% COFINS para SVAs e 17% ICMS para Comunicações. Baixe o Meu Vivo e tenha mais comodidade para pedir 2ª via, solicitar relógio de taxa ou negociar contas. 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 ou total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamento após o vencimento, serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O resarcimento por impetimento é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STYC artigo 32, da Resolução Anatel nº 492/05, para SICR artigo 4º, da Resolução Anatel nº 614/03, e para TV artigo 6º da Resolução 400/2007. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e www.anatel.gov.br. Recursos de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10515 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição.

(986) PSABLO4POSSCM (232) PA137 - Plano Limitado Local

Assinatura Assin

Assinatura: Marciana

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\$)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2020 15:48:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070715483652800000030789872>

Número do documento: 20070715483652800000030789872



ALTAMIRO CORREIA DE MORAES NETO
FATURA 10 ABR 2020 EMISSÃO E ENVIO 03 ABR 2020

**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
Nu Pagamentos S.A.		18236120000158
Agência / Código do Beneficiário		---
Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.
03/04/2020	239701340	DM
Aceite		N
Data de Processamento		Nosso Número / Cód. do Documento
03/04/2020		26/00239701340-6
Uso do Boleto	Carteira	Expição Moeda
	26	R\$
Quantidade Moeda		Valor Moeda
		(*) Valor do Documento
		81,88
Instruções		(-) Desconto / Abatimento
Sr. Caixa:		0,00
1) Não aceitar pagamento em cheque;		(-) Outras Deduções
2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto;		0,00
3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.		(+) Juros / Multa
		0,00
		(+) Outras Acréscimos
		0,00
Beneficiário		(*) Valor Cobrado
Nu Pagamentos S.A.		81,88
Pagador		01200783417
Altamiro Correia de Moraes Neto		
Rua Governador José Gomes da Silva 920 casa		
58042200 - Tambauzinho - João Pessoa PB		
Código da Boleto		

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

