



Número: **0800556-47.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **10/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33275535	17/08/2020 11:13	2742947_CONTESTACAO_Anexo_01	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, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200090087

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

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,

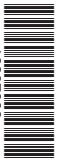
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15566168

Pag. 00793/00794 - carta_01 - INVALIDEZ

00020397





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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200090087 Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 06/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAKUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01931/01932 - carta_03 - INVALIDEZ

00040966



Carta nº 15570214





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, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200090087

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000026805-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054.416.494-61 4 - Nome completo da vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO 6 - CPF: 054.416.494-61
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: RUA JOÃO LUCIO PEREIRA 9 - Número: 243 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0732 CONTA: 26805-2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: AMINTAS DANTAS WANDENCEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wandency Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MAYARA MONTEIRO DE QUEIROZ WANDENCEY

CPF: 054.842.774-09

Mayara Monteiro Queiroz Wandency

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMBAL-PB, 18.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 11:13:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081711134835900000031849661

Número do documento: 20081711134835900000031849661





BOLETIM DE Ocorrência Nº 128/2020

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

Data do fato: 06.12.2019 – pelas 07:00 horas

Local do ocorrido: **BR 230 – próximo a Mercadinho VAZ -Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 20.02.2020 – as 17:00 Horas

COMUNICANTE: **MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO**– CPF 054.416.494-61/ RG 3030755/SSP-PB, brasileira, casada, natural de Pombal-PB, agente de saúde, nascida em 02.05.1984, filha de Geraldo Leite do Nascimento e de maria de Fátima Sousa Nascimento, residente na Rua João Lúcio Pereira, 243, Jardim Rogério - Pombal-PB, **Tel:** 83 9 99250829//

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutora a motocicleta HONDA CBX 250 twister – ANO: 2007/2007 – COR PRETA– PLACA **MOB 8627 /PB /** CHASSI: 9C2MC35007R050110, licenciada em nome de JOHNATTAN TEODORO FORMIGA; Que conduzia a motocicleta na BR 230 nas proximidades do Mercadinho VAZ, um veículo cruzou a BR e colidiu com a motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve **LUXAÇÃO NO OMBRO ESQUERDO, PANCADA NO JOELHO, FERIMENTO NO TORNOZELO**; Que a comunicante foi socorrida por terceiros o Hospital de Pombal -PB, onde foi atendida, liberada e retornou mais tarde no mesmo dia para avaliação do ortopedista; Que testemunhou o fato a pessoa de **MARIA LUCENI DE SOUSA FERNANDES**, CPF 018.417.494-51, residente a Rua Afonso Coelho Mouta, 31, Santo Amaro– Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de **FEVEREIRO** de 2020.

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

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

COMUNICANTE: Maria Da Guia Sousa Nascimento

Testemunha: Maria Luceni de Sousa Fernandes

Policial responsável pela lavratura do boletim:

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 054.416.494-61 4 - Nome completo da vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO 6 - CPF: 054.416.494-61
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE 8 - Endereço: RUA JOÃO LUCIO PEREIRA 9 - Número: 243 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 999746322

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 26805-2

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: AMINTAS DANTAS WANDENCEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: MAYARA MONTEIRO DE OLIVEIRA WANDENCEY

CPF: 059.842.774-09

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMBAL-PB, 18.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000026805-2

Nr. da Autenticação C9D6DAA2C2DFEB7F





Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº003 775 216
Cód. para Dáv. Automática: 00000118 129

Canal de contato

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

[illegible]



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

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO

POMBAL

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

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

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

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

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

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

TOTAL R\$ 67,65

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



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

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

VENCIMENTO 23/01/2020

VALOR R\$ 67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

DÉBITO AUTOMÁTICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu JAQUES RAMOS WANDENCKY

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

MARIA DAQUIA SOUSA NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.416.494 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAQUIA SOUSA NASCIMENTO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.416.494-61 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA BEL FLO. DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: <u>JAQUE.S.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83)999746322</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 18.07.2020

Jaques Ramos Wandencky

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

(Valores em Reais)

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

CONFIDENCIAL

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

2505058096





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03
NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE
CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Paciente: MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO

Mae: MARIA DE FATIMA SOUSA NASCIMENTO

Nascimento: 02/05/1984 Idade: 35 Cor: PARDA Sexo: F

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: ALCIDES MACENA

Bairro: JARDIM ROGERIO

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000

CNS: 209-3777-3926-0006

Reg. Nasc.: Identidade: 3030755

CPF: 06/12/2019 13.54.01 N. Ficha: 98046

Data / Hora: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

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

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Paciente Maria da Guia Sousa Nascimento
Hipertensão, obesidade e diabetes
em uso de insulina. História
de diabetes tipo 2 e hipertensão.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Próximo: Diabetes.

RESULTADOS

→ exames de sangue - glicose
→ exames de urina - glicose
→ exames de sangue - colesterol

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - Eletivo
02 - Urgência
03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa
04 - Acidente no trajeto para o trabalho
05 - Outras lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos

CARACTER DO ATENDIMENTO

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA
2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO
OUTRO HOSPITAL
RESIDÊNCIA
ÓBITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	3	0	1	0	1	0	0	7	2
2.										
3.	2	2	5	2	7	0			35	2

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns

DENIS ROCHA FORMIGA - 7054 - 1111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		2592568

Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO
3 - NOME DO PACIENTE <i>Suelio da Silva Junior</i>		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO
		8 - RACA / COR
9 - NOME DA MÃE	10 - TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		
12 - ENDEREÇO		13 - BAIRRO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 UF - 16 CEP - 17 CDD IBGE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Prontuário atualizado com antecedente, caso. maior em exame segundo. LAC.</i>			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Prontuário atualizado</i>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>HC + RX + EF</i>			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Lux. bilateral - humeros</i>	22 - CID 10 PRINC	23 - CID 10 SEC	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Redução + Osteotomia</i>		26 - COD PROCEDIMENTO	
27 - CLÍNICA <i>OPRO</i>	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO CNS / CPF <i>67328403415</i>	30 - CNS/CPF PROFISSIONAL SOLIC / ASSISTENTE
31 - ASS. CARIMBO SOLICITANTE <i>Dr. Suelio</i>		32 - DATA SOLIC <i>06/12/2019</i>	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
36 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	46 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
47 - DOCUMENTO CNS / CPF	48 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL		
49 - DATA AUTORIZAÇÃO	50 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		



RONALD BATISTA DOS SANTOS

De: RONALD BATISTA DOS SANTOS
Enviado em: segunda-feira, 20 de abril de 2020 14:00
Para: 'sinistro.dpvat@portoseguro.com.br'; 'Vanessa Arruda'; 'Grazielle Sousa'; 'Graziele Santos'; 'lucas.vinicius@portoseguro.com.br'
Cc: Anderson Bezerra
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: ITAÚ - PROJETO REMOTO.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independeram de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“ Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

Ronald Santos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

ronald.santos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



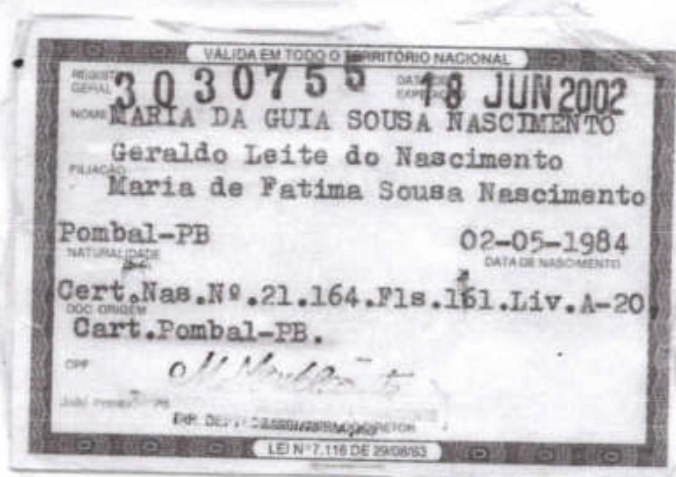
www.seguradoralider.com.br



Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

P B

1665623017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFICAD. / DATA EMISSÃO DE 2870446 SSP PB

CPF 064.978.664-50 DATA NASCIM. 06/01/1985

FUNÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVANIA RAMOS WANDERLEY

PERMISSÃO ATC CATEG. A3

1º REGISTRO 04055760079 VALIDADE 26/12/2021 1ª VIGÊNCIA 28/03/2007

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL POMBAL, PB DATA EMISSÃO 07/12/2018

23246464748 78036866040

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR





CAGEPA

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

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07182566.5

Nº Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO POMBAL

MATRICULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

07182566.5

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

064.XXX.XXX-XX

22/01/2020

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

FATURA

112.002.155.0307.000

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

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

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

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

NºHm: Y15N469919

ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR

1 3 R 5302

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

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

TOTAL

R\$

37,91

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

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

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

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

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



CAGEPA

MATRICULA

INSCRIÇÃO

07182566.5

112.002.155.0307.000

FATURA

NÃO RECEBER APOS

01/2020

31/01/2021

VENCIMENTO

22/01/2020

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

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

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 11:13:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081711134835900000031849661>
Número do documento: 20081711134835900000031849661

Num. 33275535 - Pág. 21

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **MAZARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. PARCELAS DE: **2141039** **809** **70**

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

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

PROFISSIONAL: **---** REC: **---** OUTRA: **---**

UF RESIDÊNCIA: **04191042350** VIGÊNCIA: **12/10/2017** PP ANULACÃO: **20/09/2007**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548960537

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548960537

Assinatura: *Maizara Monique Wanderley*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **PERMAL, PB** DATA EMISSÃO: **01/12/2017**

Maizara
Título do Cartão
Assinatura do Emissor

54896060493
PB035541199

PARAÍBA



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

69173737

REFERÊNCIA

JAN/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

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

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31

DESCRIÇÃO
ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

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

ESGOTO

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

VENCIMENTO:

23/01/2020

Total a Pagar:

R\$ 52,58



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

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

CAGEPA

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

DÉBITO AUTOMÁTICO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/08/2020 11:13:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081711134835900000031849661>

Número do documento: 20081711134835900000031849661

Num. 33275535 - Pág. 23

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200090087 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO+OSTEOSSÍNTESE) (P1,2)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: PMR

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200090087 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA **Data do acidente:** 06/12/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO+OSTEOSSÍNTESE) (P1,2)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: PMR

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:	MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO , BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTORA, COM RG: 3030755 SSP/PB E CPF: 054.416.494-61, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA JOAO LUCIO PEREIRA, 243, CENTRO, CEP: 58.840-000, POMBAL - PB. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)
OUTORGADO:	Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

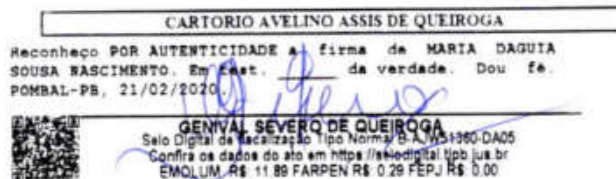
PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO**, COM RG: 3030755 SSP/PB E CPF: 054.416.494-61 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 06 / 12 / 2019.

POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.



Maria Daguiá Sousa Nascimento

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)



Genival Severo de Queiroga
Escrivente
CPF: 026.972.974-72



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO : 054.416.494-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Número do Sinistro: 3200090087

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

JAQUES RAMOS WANDERLEY

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: RONALD BATISTA DOS SANTOS
CPF: 112.663.647-90

RONALD BATISTA DOS SANTOS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO : 054.416.494-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL

