

---

**Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190476747**

**Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476747

Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois no entregue não foi assinalada uma das opções.
<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está incorreto/incompleto. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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



---

**Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190476747**

**Vítima: MARCIA FELICIANO DA SILVA**

**Data do Acidente: 23/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARCIA FELICIANO DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 075.167.754-01 4 - Nome completo da vítima: Marcia Feliciano de Silva

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

5 - Nome completo: Marcia Feliciano de Silva 6 - CPF: 075.167.754-01  
7 - Profissão: manicure 8 - Endereço: Rua Nildo José Dias Silva 9 - Número: 15 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Alto da Boa Vista 12 - Cidade: Bayeux 13 - UF: PB 14 - CEP: 58308-440  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 00058431 AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (em nacer)? ☐ 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:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**POLÍCIA CIVIL DA PARAÍBA**  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
PRIMEIRA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
QUARTA DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX - PB



**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO**

**Data e Hora do Registro do B.O:** 17/06/2019 ,

**Local do fato:** Bayeux-PB.

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL nº 2.269/ 2019**

**NOTICIANTE**

Márcia feliciano da silva , brasileira, natural de João Pessoa, filha de Severino Barbosa da Silva e Creuza Joanita Feliciano, nascida em 25/10/1986, divorciada, manicura, com ensino médio, RG 3.304.045-2ª via/SSP/PB, residente a rua Nildo José Elias da Silva nº 17 A. da B. Vista, Bayeux/PB. (próximo ao campo de Futebol). fone 987423177.

**HISTÓRICO DO FATO.**

**NOTIFICANDO:QUE**, por volta das 20h00min., do dia 23/09/2018, quando estava na carona de uma motor, o condutor caiu com a notificante e a mesma fraturou o seu tornozelo direito, na MOTO marca HONDA/NXR160 BROS ESDD ano 2016 de cor vermelha de polcas QFX 6427/PB cuhassi 9C2KD0810GR482896, cuja a MOTO estava sendo conduzida por ROMILDO DA SILVA SANTOS, e a referida moto esta no nome de MARILENEDA SILVA SANTOS trafegando próximo a sua residência , bairro do Alto da boa Vista Bayeux-PB, **acidentado**; **QUE**, a notificante já referido, no dia 23.09.2018, foi levada para o **HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMAS DE MANGABEIRA**, no que foi submetido a avaliação médica e cirurgia; **QUE**, registra este BO, a fim de dar entrada no **SEGURO DPVAT**. Por este motivo veio notificar o fato.

Assinatura da Notificante:

*Marcia Feliciano da Silva*

Assinatura Policial: Josenildo de Lima Cardoso, escrivão, mat. 135.662-3

*Josenildo de Lima Cardoso*  
Escritório de Bayeux - PB  
13.09.2019 13:19:08

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
13 ABL 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 075.167.754-01 4 - Nome completo da vítima: Marcia Feliciano de Silva

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

5 - Nome completo: Marcia Feliciano de Silva 6 - CPF: 075.167.754-01  
7 - Profissão: manicure 8 - Endereço: Rua Nildo José Dias Silva 9 - Número: 15 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Alto da Boa Vista 12 - Cidade: Bayeux 13 - UF: PB 14 - CEP: 58308-440  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 00058431 AGÊNCIA: CONTA:

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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (em nêscer)? ☐ 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:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

13 ABR. 2019

Assinatura da testemunha

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa, 19/06/2019  
Marcia Feliciano de Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 166642 Atd: Nao Regular  
Data: 25/09/2018  
Hora: 10:30:43  
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCIA FELICIANO DA SILVA

CNS: 708708167172590 Sexo: F IDENTIDADE: 3304045 Fone: 987423177

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/10/1986 Id: 31 ano(s)

End.: RUA NILDO JOSE ELIAS DA SILVA, 17

Bairro: ALTO DA BOA VISTA Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: CREUZA JOANITA FELICIANO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MARCIA FELICIANO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987423177 / IDENTIDADE: 3304045

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE CENTRAL DE FRATURAS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.003578

Pai: SEVERINO BARBOSA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade:

**FATURADO**

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO PASSAGEIRA BAYEUX MANHA

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

REFERE TRAUMA EM REGIAO DO TORNOZELO D

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com história de acidente automobilístico referindo dor no tornozelo direito lateral de tornozelo D. pelo x com fratura melado lateral TVE D. CD: 5 dias hospitalar para procedimentos

Diagnostico

Fratura melado lateral tornozelo direito

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

13 AGO. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Data e Hora || PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdde || Medicamentos || Dose || Horario || Evolucao



Reservado p/ liberacao

030106002-9  
030101004-8  
030309020-0

[ ] Residência [ ] Transferido [ ] Desistência [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Óbito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

6189830

REFERÊNCIA

MAI/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

SEVERINO BARBOSA DA SILVA  
RUA NILDO JOSE ELIAS SILVA, 17 - ALTO DA BOA VISTA  
BAYEUX PB 58308-440

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
002.009.120.0263.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A12N126244	05/07/2012	EXTLACR	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1622	1645	23	31	10/06/2019		
HIST. CONS.	ANOR.	LEIT.	QUALID.	AGU. ANEXO 20	PORT.	05/2017 MS.
ABR/2019	24		PARAHEIROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAR/2019	24		TURBIDEZ	70	71	71
FEV/2019	25		CLORO	70	71	71
JAN/2019	20		COL. TERMOT.	0	0	0
DEZ/2018	24		COR	16	37	37
NOV/2018	23		COL. TOTAIS	70	71	71
MEDIA(M)	23		DADOS REFERENTES A:	MAR/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 13/05/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 10:54:13

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	3 M3	19,35
ESGOTO		

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA S/A.

13 AGO. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 9,82 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 23/05/2019 Total a Pagar: R\$ 106,16



CONDIÇÃO DE LEITURA: FEALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE Nª  
3 Nª PENDÊNCIA OU FATURA VELOCIA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO  
SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS  
DEBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES  
NAS FATURAS DE 2018.

**ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA**

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160158230

**REAVISO DE CONTA**

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA  
RUA DA REPUBLICA 390  
JOAO PESSOA

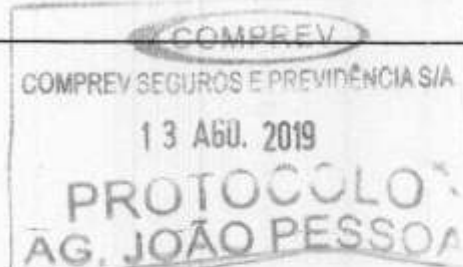
VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Domicílio: 971 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS



**Para Uso do Entregador**

- ☐ Mudou-se  
☐ Endereço Insuficiente  
☐ Não Existe o N° Indicado  
☐ Desconhecido  
☐ Recusado

- ☐ Não Procurado  
☐ Ausente  
☐ Falecido  
☐ Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ass./ Num. Carteiro:

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

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Floriana da Silva Bomme

inscrito (a) no CPF/CNPJ

048.079.624, 69

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marcio Feliciano da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 075167754-01

do sinistro de DPVAT cobertura

invalidez

da Vítima

Marcia Feliciano da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº

075167754, 01

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ 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:

Rua da República

Número:

390

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58010-180

E-mail:

Tel. (DDD):

98873-0310

Local e Data:

João Pessoa, 12/08/2019

Floriana da Silva Bomme

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

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

Eu, Marilene da Silva Santos  
RG nº 1.278.602, data de expedição 03/02/2004  
Órgão SSP, portador do CPF nº 630.925.224-00,  
com domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Marechal Rondon/Ed. Aeroporto, nº 39,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Marcia Feliciano da Silva, cujo o condutor era  
Raimundo da Silva Santos  
Veículo: QEX 6427 Modelo: BROS Ano: 2016  
Placa: QFX 6467 Chassi: 9C2K D08J06 R482896  
Data do Acidente: 23/09/2018

Local e Data:

Bayeux, 19/07/2019

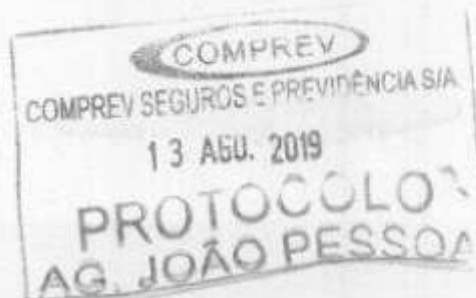
Marilene da Silva Santos  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
MARILENE DA SILVA SANTOS  
Em test. da verdade, Bayeux-PB 19/07/2019 12:54:27  
Mely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituta  
[2019-006666] JEMOL:R\$ 19,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50  
SELB DIGITAL: ATMG4307-LFPB  
Confira a autenticidade em <https://selb.digital.liderjus.br>





## CERTIDÃO


Nº. 0433/2019

Atendendo solicitação de **MARCIA FELICIANO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 166642 e prontuário nº 2018.09.003578 pertencente ao requerente que foi atendido dia 25/09/2018 às 10H30min vítima de queda de moto,. Apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidencio fratura do maléolo tornozelo direito. Realizado procedimento ambulatorial imobilização + realização de cirúrgico em 2 tempo com alta médica dia 26/09/2018.

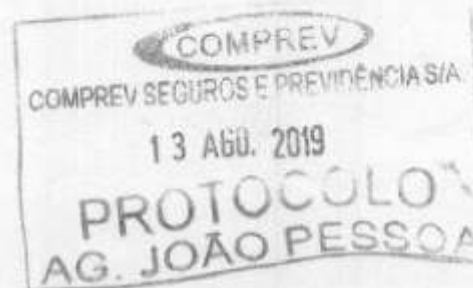
E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de junho de 2019



Médica  
CRM/PB 4516

Dra. Fabiana Fernandes de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM-PB 4516



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Maria Feliciano de Silva **Data da Admissão:**      /      /       
**Prontuário:**      **Idade:**      **Enfermaria:**      **Leito:**       
**Nome da Mãe:**       
**Endereço:**      **Bairro:**       
**Cidade:**      **Estado:**      **Fone:**      **Profissão:**       
**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:**      **Estado Civil:**      **Religião:**       
**Escolaridade:**      **Data de Nascimento**      /      /     

**QPD:** Der no tomógrafo direito

**HDA:** Paciente com história de acidente automobilístico referindo dor, edema e limitação de movimento do tomógrafo direito

**Medicações em uso:**     

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso      Kg em      ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:     

**Pele:**     

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia **Audição:**      **Visão:**     

**AR e ACV:** ☐ Dor      ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema      **Outros:**     

**ABD:** ☐ Dor      ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Mena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:     

**SME:** ☐ Dor      ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

V-02  
P-038

SECRETARIA DA SEGURANÇA E TRIBUTAÇÃO  
INSTITUTO DE POLÍCIA GERAL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Márcia Feliciano da Silva

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA







ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

FUNÇÃO

CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA  
ANA GEÓRGA DA SILVA CÂMARA

INSCRIÇÃO

JOÃO PESSOA-FB

SEXO

2671198 - GEP/PO

DIÁRIO DE REGISTRO E TÍTULOS

SIM

DATA DE NASCIMENTO

15/08/1984

045.078.624-59

INSCRIÇÃO DE

01 12/01/2009

ASSOCIAÇÃO PORTO JURIS  
PROFESSOR

14540



145

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07841734

USO DEB 04/06/08  
RENOVAÇÃO EM 04/06/13  
ART. 12 DO Nº 13/2009



ASSINATURA DO TITULAR

Flávia da Silva Câmara



RENOVAÇÃO

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 AGO. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A



PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## PROCURAÇÃO

Outorgante: Marcia Feliciano da Silva, brasileiro(a), estado civil divorciada, profissão monitrice, residente e domiciliado à Rua Nildo José Elias nº 17, bairro Alto da Boa Vista, Município de Bayeux, Estado de (o) PB, Cep: 55.075.167.754-01, portador(a) do Rg nº 3.304.045, SSP/ PB e CPF nº 075.167.754-01

Outorgado: Flaviano da Silva Câmara, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 390, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 55.048.049.624-69, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/ PB e CPF nº 048.049.624-69

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que ocorreu em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Marcia Feliciano da Silva ocorrido em 23/09/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 14 de 06 de 2019.

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de: MARCIA FELICIANO DA SILVA  
Em test. da verdade, Bayeux-PB 14/06/2019 15:21:47  
Nely Santiago Pereira Feitosa - Tabelix Substituta  
[2019-005516] EMUL:R\$ 19,91 FAREJ:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 0,50  
SEL0 DIGITAL: AIR67379-6V8Z  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Marcia Feliciano da Silva  
Outorgante  
CPF Nº 075.167.754-01

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
13 AGO. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276905/19

**Vítima:** MARCIA FELICIANO DA SILVA

**CPF:** 075.167.754-01

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/09/2018

**Titular do CPF:** MARCIA FELICIANO DA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

### MARCIA FELICIANO DA SILVA : 075.167.754-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO