
Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200137682

Vítima: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200137682

Vítima: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

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: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001042-1

Conta: 0000012728-0

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: 018.095.854-22 3 - CPF da vítima: 103508 OLIVEIRA DOS SANTOS 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 018.095.854-22
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA PROJETA RUA 9 - Número: SIM 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PARANÁ 14 - CEP: 58.860-000
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:

☐ RECUSO 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1042 CONTA: 12728 0 (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 (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 WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

CPF: 059.842.774-09

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: POMAL-PR, 20.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Data: 02/04/2020 Hora de Brasília: 08:34

*** Extrato de Conta Corrente ***

ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS 08:34HR
AGENCIA 1042 CTA 0012728-0 02/ABR/2020

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL 21,60-

+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 21,60-

TOTAL DE RECURSOS 21,60

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL (C/C + POUP)

-----ABRIL/ 2020-----

DIA HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
02 SALDO ANTERIOR		0,00
TARIFA BANCARIA 0110320		21,60-
CESTA EXPRESSO 4 R		
SALDO TOTAL		21,60

Av. Bradesco : 1042 - SAO BENITO
Corresp. Banc.: 235 - POSTO SAO JOSE
NSU: 004433082373 Autenticacao: 336667

DUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 735961 Hora Rede: 08:34:04
Terminal: 00009637



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 177/2020

Natureza da ocorrência: **Acidente de trânsito**

Data do fato: **02/12/2019 hora: 15hs e 30min**

Notificante: **Robson Oliveira dos Santos**, alcunha "****",
Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Paulista-PB, nascido em
16/07/1990, documento: ID 003.260.423 SSP-RN, filho(a) de Geraldo
Rodrigues dos Santos e de Maria Lucia de Oliveira Santos, endereço:
Rua Projetada, sn, Corrego da Areia, Paulista-PB, referência: tel.
(83) 9662-8018.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): Leonardo Araújo Nunes

Vítima: *****, alcunha "****", Nacionalidade: ***, naturalidade:
, idade: *** ***, nascido em ***//***, cor/raça: *****,
Estado Civil: *****, Profissão: ***, Escolaridade: *****,
documento: *****, filiação: *** e de *****, endereço: ***** ***,
referência: **. Tel/Cel:(***) *****;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na rodovia PB 293, na
altura do sítio André, Paulista-PB, conduzia a motocicleta Honda
Titan 125, prata, chassi 9C2JC30201R031787, placa MOQ3713/PB,
licenciado em nome de Geraldo Rodrigues dos Santos, no momento que
ao cair em um buraco que existia na pista de rolamento,
desequilíbrio e caiu ao solo, tendo ficado lesionado fisicamente
em decorrência deste acidente; Que foi atendido no Hospital
Municipal Emerentina Dantas, em Paulista-PB. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 19 de fevereiro de 2020. Às 10:01 horas.

Robson Oliveira Santos

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo fato
Tiago de Sá Vieira de Melo
Tiago de Sá Vieira de Melo
Matrícula: 168.367-5

18ª DSPC

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
18ª DSPC
SÃO BENTO

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: 018.095.854-22 3 - CPF da vítima: 103508 OLIVEIRA DOS SANTOS 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: ROBSOM OLIVEIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 018.095.854-22
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA PROJETADE 9 - Número: 10 - Complemento: SIM
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PARANÁ 14 - CEP: 58.860-000
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: ☐ RECUSO 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BNADESCO
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1042 CONTA: 12728 0
(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) ☐ 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 (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 DANTES WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

CPF: 059.842.774-09

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: LOMBAL-PA, 20.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01042-1

CONTA: 000000012728-0

Nr. Autenticação

BRADESCO140420200500000000023701042000000012728168750 PAGO



Cód. para Del. Automática: 00015409672

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Fev / 2020	17/02/2020	18/03/2020	114.917.974-03

UC (Unidade Consumidora): 5/1840967-2

Canal de contato

[illegible]

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/01/20	249,7	17/01/20	256,1	1	71	31

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cál.	Alug	Imposto	Base Cál.	Imposto	Valor Base Cál.	Alug	Imposto
		Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade
0001	Consumo de Energia Elétrica	40.000	0,001000	40,00	0,00	0	0,00	5,76	0,00	0,00	0,00
0001	Consumo - TI e Telecomunicações	41.000	0,002000	82,00	0,00	0	0,00	12,40	0,12	0,00	0,00
0001	Adm. B. Arrendatária			0,25	0,00	0	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00
0010	Subtotal			122,25	0,00	0	0,00	18,37	0,12	0,00	0,00
LAVARETOS E SERVIÇOS:											
0004	ÁGUAS DE MORA 12/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULA 12/2019			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MORA 12/2019			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Divulgação Publicidade			18,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CE3 Clúster de Fomento de la Bio	11132	21.63	0.00	0.00	98.34	0.36	1.70
----------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Parcela (diferença de valores) (R\$)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
21	26/02/2020	R\$ 21,63

Histórico de Consumo (kWh)

52	22	19	29	33	48	115	138	103	102	81	80
Feb10	Mar10	Apr10	May10	Jun10	Jul10	Aug10	Sep10	Oct10	Nov10	Dec10	Jan11

2861 b495 5c36 d46f 8cc9 c387 acbe bbdd

Indicadores de Qualidade (I/O) - Paulo

	Limites da ANEEL	Ajurado	Limite de Tensão (V)
DC, MENOR	11,74		
DC, TRIMESTRAL	23,48	0,00	
DC, ANUAL	46,96		11,80V
FC, MENOR	2,87		
FC, TRIMESTRAL	15,34	0,00	11,80V
FC, ANUAL	30,69		11,80V
DMC	46,96	0,00	11,80V
DICI	15,30		

Discriminanzas	Valor (F)	%
Servicios de Internet de Fibra óptica	7,23	33,43
Compra de equipos	6,02	41,70
Servicio de Transmisión	1,06	4,92
Envío de mensajes	1,06	5,04
Deposito de Datos e Envío de mensajes	3,21	14,64
Otros Servicios	0,90	0,00
Total	21,63	100,00

Value Added (Ref 12/2019) R\$ 12.00

ATENÇÃO

[illegible]**Peixes em atraco**

Jan/20 27.60

BANCO DO BRASIL PAZ E PROGRESSO, JUNTAMENTE COM O BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 12262 690170 4 81770000002163

PAGADOR: MARIA GERMANE DOS SANTOS PEREIRA - CPF: 114.817.014-02
RUA PROJETALIA, S/N - CENTRO - PAULISTA/PE CEP: 55000-000

Nº do fe	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012262690	0018409677026012	26/02/2020	R\$ 21,63	

BENEFICIARIO: EMPRESA PARASOL - CNR/REVENUE OFFICE / 02-8764441 / NP / C/P 209 095 113 / BAKT-40
Br 330 Av 16 - Costa Rica - José Peralta / T: +506 2222

Agerholm / Código de Barras: 18054-172447-5



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISENT. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

MATRÍCULA
07068223.2

CLIENTE
JAQUES RAMOS WANDERLEY

CPF/CNPJ:
032.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
23/01/2020

INSCRIÇÃO
112.004.115.0005.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA BEL. FCO. DA SILVA AIMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-

FATURA
01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

12/2019 -	7	11/2019 -	8
10/2019 -	8	09/2019 -	11
08/2019 -	7	07/2019 -	6

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	7	R 5307

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
219	226	7	30	0,24
10/12/2019	09/01/2020	NºHm: Y17F649254		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
COMERCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

7,65

67,65

Valor aproximado das tribuições PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 10,18

TOTAL

R\$

67,65

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N.º 7.767 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.º 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

DEBITO AUTOMATICO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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/BIBLIOTECASWEB/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

ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.095.854 / 22

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.095.854 / 22, 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:	RUA DEL. PCO. DA SILVA ALMEIDA		Número:	219	Complemento:	ESCRITÓRIO	
Bairro:	PETROPOLIS	Cidade:	POMBAL	Estado:	PARAIBA	CEP:	58.840-000
E-mail:	JAQUES.ADV@BOL.COM.BR				Tel.(DDD):	(83) 999 7463 22	

Local e Data: POMBAL-PB, 20.02.2020

Jaques Ramos Wandenck

Assinatura do Declarante

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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais)
	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

HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS					
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB					
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
CNES:	2613530	CNFJ:	08.945.727/0001-53	Ficha Número	75602
NOME:	HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS				
ENDEREÇO:	VIGOR VINO CALIXTO, SN 58.860-010	ESTADO:	PARAÍBA	UF:	25
CIDADE:	PAULISTA				
Aendimento:	CONSULTA				
Paciente:	ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS				
Mae:	MARIA LUCIA DE OLIVEIRA SANTOS	Sexo:	M		
Nascimento:	16/07/1990 Idade: 28	Cor:	PARDA		
Profissao:	AGRICULTOR(A)				
Endereço:	RUA PROJETADA CENTRO	Num.:			
Bairro:		Fone:	(83)3662-8018		
Cidade:	PAULISTA - PB - 58860-020 - 2510937				
CNS:	160-8187-3035-0004	Identidade:	013260423		
CPF:		Reg. Nacional:			
Data / Hora:	02/12/2019 16:35:04	Recepcionista:	ARICA GABRIELLA	Tela	7407
MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME					
Exame físico do abdome de robustez apor tando os membros inferiores. Pulsos, auscultado com estetoscópio. Presença de MEF e MLISg.					
DIAGNOSTICO					
Fratura de fêmur esquerdo.					
Cid.					
Caracterização Atendimento					
TIPO DE ATENDIMENTO					
Natureza da Consulta					
Consulta simples					
Consulta com medicamento					
Consulta com observação					
Consulta ortopédica					
MEDICAÇÃO					
ENCAMINHAMENTO					
TIPAGEM					
Urgência/Emergência (com Proc.)					
Primeira consulta					
Consulta Subsequente					
Urgência/emergência referenciada p/ outra unidade					
Correlação de referência p/ outra unidade					
Observações					
Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo					
Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo					

Hospital de Especialidades de São Paulo

2504537

Nome do Paciente: **Roberto José de Jesus e Santos**

Nome do Pai: **Roberto Oliveira dos Santos**

Idade: **135450**

Sexo: **M** Data de Nascimento: **11/01/50**

Raça: **02**

Endereço: **Rua ... Genes ...**

Telefone: **85 9989373 12**

Profissão: **Enfermeiro**

Estado Civil: **Solteiro**

RG: **58860 000**

Nome do Médico: **Dr. Roberto ...**

Dr. Francisco ...

Principais Sintomas e Sinais Clínicos:

CRN 2420

Último exame realizado em ...
em ...

Exame Físico:

Tato ...

Principais Resultados dos Exames Complementares:

Exame de ...

Exame de ...

Exame de ...

7090109

Assinatura do Profissional:

Assinatura:

Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9248

Data: **12/12/19**

ACE: **00000**
ADE: **00000**
EAE: **00000**

Assinatura do Profissional:

Assinatura:

Assinatura:

Hospital

HRS

Nome do Paciente

Robson Alencar dos Santos

Nº Prontuário

135456

Data Operação

13/12/19

Enf.

Leito

Operador

Daniel Braga

1.º Auxiliar

Rafael

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Ivina Guedes

Tipo de Anestesia

Diagnóstico Pré-Operatório

Tipo de Operação

Fnt. íleo proximal (E)
REFP

Diagnóstico Pós-Operatório

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- Puncto de DDH
- Anestesia e anti-séptico
- Aposição ligamento lateral
- Redução íleo cecal + fixação proximal com 3FK 4,5mm
- múltipla planar. 700 red'escapio
- Ligamento
- Curatela

Jr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 9248

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TECNICO-CIENTIFICO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

POLEGAR DIREITO

Robson Oliveira dos Santos
SIGNATARIO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 000.250.428
NOME ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

DATA DE EXPIRAÇÃO 30/09/2010

DATA DE NASCIMENTO 10/07/1988

SEXO M
NÚMERO DE NASCIMENTO 1-2-00 P 140 80-7085

LOCALIDADE DE NASCIMENTO PIMONTE PE-UNICO PIMONTE

CPF 018.035.054-02

IN. VIA

ASSINATURA DO TITULAR *Robson*
ASSINATURA DO EMITENTE

LEI Nº 7.115 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9910989854
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PR 2013-0001865-3
VIA 1 77842173-2 00/00000000 2

GERAL RODRIGUES DOS SANTOS
CPF/CNPJ 07651931408 PLACA MOQ3713/2B
NOVO PB 9C2JC30201R031787

CPV 1732 7C1 15858102 P.D.C. 15858102
IPVA PAGO EM 25/03/2013 1*
P 15858102 PARCELAMENTO / COIAB 2*
V 15858102 3*
PREMIO ANUAL (R\$) 9C2JC30201R031787
SEGURO SEM RESERVA DE DOMINIO

SAO PAULO 25/03/2013
25/03/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

PB Nº 9910989854 BILHETE DE SEGURO DPVAT
GERALDO RODRIGUES DOS SANTOS
CPF/CNPJ 07651931408 PLACA MOQ3713/2B

BILHETE DE SEGURO DPVAT
2013-03/2013
PB Nº 9910989854
GERALDO RODRIGUES DOS SANTOS

ANO 2013 778421732 408 Nº CHASSI MOQ3713/2B
778421732 PREMIO ANUAL (R\$) 125 TITAN E
PBI (R\$) 2001 9 9C2JC30201R031787
CUSTO DO BILHETE (R\$) 15858102
SEGURO P A G O
COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
180 CHAPÉU 02 203-0781/801-23

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PB

AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. / CARGO ASSINADO EM
2870446 SSP PB

CPF 064.978.664-50 DATA NASCIMENTO 06/01/1985

Função
AMINTAS DANTAS
WANDERLEY
RILVANIA RAMOS
WANDERLEY

Formação
ACB
CABANA
AB

Nº REGISTRO 04065760079 VALIDADE 20/12/2021 1ª emissão 28/03/2007

Observações
DIF:

Antes desta validade geral
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL POMBAL, PB DATA EMISSÃO 07/12/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
23146464748
PB036866040

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1665623017

PROIBIDO PLASTIFICAR
1665623017



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 140572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO

POMBAL

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07182566.5

MATRÍCULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

07182566.5

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

064.XXX.XXX-XX

22/01/2020

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

112.002.155.0307.000

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

FATURA

01/2020

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

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

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	3	R 5302

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DIA

ANTERIOR

ATUAL

(M³)

DIAS

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

N°Hm: Y15N469919

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

MATRÍCULA

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

PB

Nome

JOYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY



TÍT. DOCUMENTO / ORG. EMISSOR DO

3141026 SSP PB

CPF

059.842.774-09

DATA NASCIMENTO

12/06/1988

PRONOME

FEMININO

RAÇA

BRANCA

ESTADO CIVIL

SOLTEIRA

CPF

04191542350

VALIDADE

13/10/2024

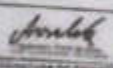
PP EXPIRAÇÃO

20/09/2027

Assinatura



Assinatura do Portador



LOCAL

PARAÍBA, PB

DATA EMISSÃO

01/12/2017

54986668483

PB035543192

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1548960537

PROIBIDO PLASTIFICAR

1548960537

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA 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	Público	
112.004.355.0170.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
3083013764	12/06/2008	EXT. ACRI. LIGADO	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	PARAMETROS		EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2019	13	TURBIDEZ		0	0	0	
OUT/2019	16	CLORO		0	0	0	
SET/2019	11	CUL.TERMOT		0	0	0	
AGO/2019	10	COR		0	0	0	
JUL/2019	15	COL.TOTAIS		0	0	0	
MEDIA(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 12.741/17

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 12.087/2009, INFORMAMOS QUE NÃ
O HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECL
RAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSUAIS DOS
DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENT
ES NAS FATURAS DE 2019.

**CAGEPA**

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

DÉBITO AUTOMÁTICO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107538/20

Vítima: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

CPF: 018.095.854-22

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 02/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

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

ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS : 018.095.854-22

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: 02/04/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

JAQUES RAMOS WANDERLEY

JANE APARECIDA COSTA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200137682 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/12/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER) 4 ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS 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 DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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