



Número: **0800603-27.2020.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36790648	18/11/2020 12:08	2764879_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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,

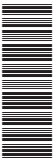
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15681324

Pag. 00071/00072 - carta_01 - INVALIDEZ

00030036





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, 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:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	08.095.854-22	MORISON OLIVEIRA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: ROBERTSON OLIVEIRA DOS SANTOS				6 - CPF: 018.095.854-22	
7 - Profissão: AGRICULTOR		8 - Endereço: RUA PROJETADE		9 - Número: SIM	
11 - Bairro: CENTRO		12 - Cidade: PAULISTA		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:

<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <u>BNADESCO</u>	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo					24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	30 - Vítima deixou nascituro (já nasceu)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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		38 - 1ª Nome: <u>AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR</u> CPF: <u>064.978.664-50</u> <u>Amintas Dantas Wanderley Junior</u> Assinatura da testemunha
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2ª Nome: <u>MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY</u> CPF: <u>059.842.774-09</u> <u>Mayara Monique Queiroga Wanderley</u> Assinatura da testemunha
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		

40 - Local e Data: POMBAL - PB, 30.02.2020

Robson Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

סוף/כתחילה



EXLJA O DOCUMENTO FISCAL DE Nº INDICADO NESTE
COMPROVANTE Nº: TIPO:

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-
Nº+ CONTA FACIL (C/C + POUP) 21,60-
TOTAL DE RECURSOS 21,60

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL (C/C + POUP)
-----ABRIL 2020-----

DIA HISTORICO	N.DOCIO	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

EXLJA O DOCUMENTO FISCAL DE Nº INDICADO NESTE
COMPROVANTE Nº: TIPO:





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 MQQ3713/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.

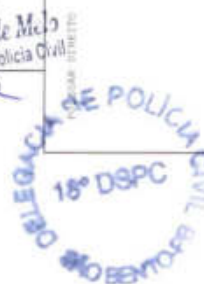
São Bento-PB, 19 de fevereiro de 2020. Às 10:01 horas.

Robson Oliveira Santos

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

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



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: 1083508 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: ROSSON OLIVEIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 018.095.854-22
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA PROJETA DA SILVA 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PIAUÍ 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: 1042 CONTA: 12728 0

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 (viver nascido)? ☐ 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 aqueles 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 DOS SANTOS 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, POMBAL-PI, 30.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0000/0000



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

BRADESCO1404202005000000000023701042000000012728168750 PAGO



[illegible][illegible]

Cód. para Deb. Automático: 00018409472

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1840967-2

Canal de contato

Tarifa Social de Elecciones - TSEE: Se crea para el art 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
17/01/20	249,2	17/01/20	256,3				7,1		31
Demonstrativo									
CG	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Taxa	Alug	Imposto	Base Calc.	Porcent
0001	Consumo de 1000 kWh	40,000	0,101200	4,05	0,00	0	0,00	5,76	0,05
0001	Consumo - TI e 1000 kWh-Ene	41,000	0,250040	10,40	0,00	0	0,00	13,40	0,12
0001	Adc. de Aterriz			0,21	0,00	0	0,00	0,21	0,00
0010	Subtotal			19,90	0,00	0	0,00	19,90	0,18
LÂMPADAS E SERVIÇOS									
0004	JUROS DE MORATÓRIO			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 120,00%			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇ. ALUGUEIRO 120,00%			0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0008	Crédito do Fornecedor			-18,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CE3 Clúster de Fomento de Negócios	111122	24.63	0.00	0.00	39.34	0.36	1.70
------------------------------------	--------	-------	------	------	-------	------	------

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
26/02/2020	R\$ 21,63

Histórico de Consumo (kWh)

52	22	19	29	31	48	115	118	103	102	81	90
Feb10	Mar10	Apr10	May10	Jun10	Jul10	Aug10	Sep10	Oct10	Nov10	Dec10	Jan11

RESERVADO AO FISCO

2861 b495 5c36 d46f 8cc9 c387 acbe bbdd

Indicadores de Qualidade 11/2014 - Paulo...

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	11,74	0,00	11,74
DC TRIMESTRAL	33,48		230
DC ANUAL	46,90		
FC MENSAL	2,07	0,00	1,037
FC TRIMESTRAL	15,34		30,9
FC ANUAL	30,69		61,8
OMC	4,48	0,00	22,4
OGU	10,90		54,5

Discriminanzas	Valor (R)	%
Servicios de Internet y Servicios de PC	7,73	33,43
Compra de tecnología	6,02	41,70
Servicio de Telefonía móvil	1,06	4,99
Envíos de Datos	1,09	5,04
Impresión de Datos e Envíos de Datos	3,21	14,84
Otros Servicios	0,90	3,00
Total	21,63	100,00

Value At EURO (Ref 12/2019) €12.00

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Jan/20	27.60
--------	-------

BANCO DO BRASIL PAJAM PFEFFER, ALIMENTE-SE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 12262 690170 4 81770000002163

FAGIOR, MARIA GERDANE DOS SANTOS PEREIRA - CPF 114.817.874-03
RUA PROJETAIA, 50N - CENTRO - PALLISTA - PB CEP 5190000

Nº do fe	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012262690	0018409677012612	26/02/2020	R\$ 21,63	

BENEFICIARIO: EMPRESA PARQUE DEL RECREO, C/19 DE MAYO, 121, 28014 MADRID, SPAIN. TEL: 91 742 09 795. FAX: 91 742 09 796

Agencia / Código de Barrio: Lugo 3054-172447-5





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

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 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 10,1%		

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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES NAMOS WANDENECY

inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-081, 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: <u>RUA DEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETAPOPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: <u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 999 7463 22</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 20.02.2020

Jacques Namos Wandenecy

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2018

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





HOSPITAL E MATERNIDADE EMERENTINA DANTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PAULISTA - PB
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2613530 CNFJ: 08.945.727/0001-53 Folia Número 75602

NOME: HOSPITAL MUNICIPAL EMERENTINA DANTAS

ENDEREÇO: VIGOR VINO CALIXTO, SN 58.860-010

CIDADE: PAULISTA ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: ROBSON OLIVEIRA DOS SANTOS

Mae: MARIA LUCIA DE OLIVEIRA SANTOS

Nascimento: 16/07/1990 Idade: 28 Cor: PARDA Sexo: M

Profissão: AGRICULTOR(A)

Endereço: RUA PROJETALIA

Bairro: CENTRO

Cidade: PAULISTA - PB - 58860-030 - 2510937

CNS: 160-8187-3035-1004

C PF:

Data / Hora: 02/12/2019 16:55:04

Identidade: 013260423

Reg. Nacional: A RICA GABRIELLA

Recepção: 7407

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

Exame físico do paciente de rotina após
atendimento de urgência em
emergência, apresentando
fractura de fêmur e tibia.

DIAGNOSTICO

Fractura de fêmur e tibia exposta.

Cid:

Caracterização Atendimento

NATUREZA DA CONSULTA

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ Consulta simples
☐ Consulta com medicamento
☐ Consulta com observação
☐ Consulta ortopédica

☐ Urgência/Emergência (com Proc.)
☐ Primeira consulta
☐ Consulta Subsequente
☐ Urgência/emergência referenciada p/ outra unidade
☐ Consulta de referência p/ outra unidade

INSCRIÇÃO

ENCALINHAMENTO

☐ Prescrita
☐ Aplicada

☐ P/ observação
☐ P/ Residência
☐ P/ Amb. SUS

☐ P/ outro Hospital
☐ Internação
☐ Outro

Procedimento

Serviços Realizados

CBO

IDADE

REALIZADOS NA UNIDADE

Serviços Auxiliares - Diag. / Terapia

SOLICITADOS

R-X de fêmur e tibia exposta.

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

HORARIO

1. -
2. -
3. -
4. -
5. -
6. -
7. -

Assinatura do(s) Profissional(is) / Assistente(s) - Cartão

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável

Nº Registro Profissional

Assinatura do Revisor Técnico - Cartão

Assinatura do Revisor Administrativo - Cartão

PRONÓSTICO DE EVOLUÇÃO DE DOENÇA
DE INTERESSE HOSPITALAR

Hospital Estadual Manoel G. de Menezes

2504537

Unidade Dist. de grande saúde de Santa

Robson Oliveira dos Santos

135450

160 61 87,30 35 00 11/01/50

Para envio a Oliveira para Genere Santa

Remessa de Santa

2:10 70

Dr. Francisco de Almeida

Unidade no solo em fraco e abito (C)
em dor e l-ção facial

Trauma cirurgico

Tratamento de fratura

Dr. Roberto

207090109

13/02/19

Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2248





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name: Robert Ouellet

Idade:

Cor:

Enfermaria:

69

Leito: 01

Categoria:

[illegible]

Osteoporosis Research Forum



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
Robson Almir da Silva			135456
Data Operação	Enf.	Leito	
13/12/19			
Operador	1.º Auxiliar		
Daniel Braga	Rafael		
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Isma Guedes			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Ext. íleo proximal (E) REED			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

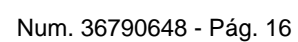
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- Punção de DDM
- Anestesia e anti-sépsis
- Aposição de ligadura
- Redução intestinal + fixação proximal com 3 FK e 5m
- Multiplicar. 200 red. estaple
- Limpeza
- Curativos

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











CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Reclamações - Lique 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

57,91

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

TOTAL

R\$

37,91

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL Nº 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, Nº 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
UNIDADE ADMINISTRATIVA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY

DOC. IDENTIDADE / OUTROS DOC. DE IDENTIFICAÇÃO
3141039

CPF
059.842.774-09

DATA NASCIMENTO
12/06/1988

PAÍS
BRASIL

ESTADO
PARANÁ

CIDADE
BOQUEIRÃO

ENDEREÇO
JUSSARA FERREIRA MORAES
QUEIROGA

PROFISSÃO

ACD

EX-TRA

UF RESIDÊNCIA
PR

CEP
04191-542350

DATA EMISSÃO
12/10/2004

VALIDADE
26/09/2007

ASSINATURA DO TITULAR
Jaysara Monique Wanderley

LOCAL
FISCAL, PR

DATA EMISSÃO
01/12/2017

ASSINATURA DO SERVIDOR

54986668483
PB035941199

PARAÍBA

VALIDA 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	Pública	
112.004.355.0170.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
3083013264	12/06/2008	EXT. LIGADO	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	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 COFINS: 11% 751/11%

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. 1º 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 MENSIS 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:08:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812083315300000035116193>

Número do documento: 20111812083315300000035116193

Num. 36790648 - Pág. 21

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

