



Número: **0800537-13.2021.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **12/04/2021**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDIVALDO TOME DA SILVA (AUTOR)	JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
RONIVALDO DE OLIVEIRA BARROS (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
79809617	27/09/2023 10:46	<a href="#">Petição</a>	Petição
79809618	27/09/2023 10:46	<a href="#">2839733_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
79809620	27/09/2023 10:46	<a href="#">2839733_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200173797**

**Vítima: EDIVALDO TOME DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

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

**Senhor(a), EDIVALDO TOME 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

Carta nº 15770700

Pag. 01369/01370 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200173797**

**Vítima: EDIVALDO TOME DA SILVA**

**Data do Acidente: 21/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDIVALDO TOME DA SILVA**

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 joelho 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: EDIVALDO TOME DA SILVA**

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

**Banco: 001**

**Agência: 000001134-7**

**Conta: 000010021365-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVALDO TOME DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01134-7

CONTA: 000010021365-0

---

---

Nr. da Autenticação 9FF74CF37092E6D6



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200173797 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIVALDO TOME DA SILVA **Data do acidente:** 21/12/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO (PG 4)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PG 4 - CIRURGIA

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





# 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: 706.110.284-50 4 - Nome completo da vítima: EDIVALDO TOMÉ DA 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: EDIVALDO TOMÉ DA SILVA 6 - CPF: 706.110.284-50  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SITIO ANDRÉ 9 - Número: SIN 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PARAIBA 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\$1.00 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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1134-7 CONTA: 21.365-9 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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 (vã nascor)?  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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário do acidente: \_\_\_\_\_  
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  
Amintas Dantas Wanderley Junior  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: MAYANA MONIQUE QUEIROZ DA WANDERLEY  
CPF: 059.8413.774-01  
Mayana Monique Queiroz Wanderley  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOIMBAL-PA, 18.07.2020  
Edivaldo Tomé da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_





# 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: **3200083936** 3 - CPF da vítima: **706.110.284-50** 4 - Nome completo da vítima: **EDIVALDO TOME DA 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: **EDIVALDO TOME DA SILVA** 6 - CPF: **706.110.284-50**  
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SÍTIO ANDRE** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: **XXXXXXXXXXXX**  
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **PAULISTA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.860-000**  
15 - E-mail: **XX** 16 - Tel.(DDD):

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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **1134** **7** CONTA: **21.365** **9** AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: **AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR**  
CPF: **064.978.664-50**  
*Amintas Dantas Wanderley Junior*  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: **MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**  
CPF: **059.842.774-09**  
*Mayara Monique Queiroga Wanderley*  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **PAULISTA - PB, 07.05.2020**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) **Edivaldo Tome da Silva** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Josias dos Santos** 43 - Assinatura do Procurador (se houver)







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0079/2020**

Natureza da ocorrência: **Acidente de Trânsito**  
Data do fato: **21/12/2019** hora: **20hs**

Notificante: **Edivaldo Tomé da Silva**, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, nascido em 14/06/1988, documento: ID 3000192 SSP-PB, filho(a) de Edinete Tomé e de pai não declarado, endereço: Sítio André, próximo a antiga Telpa, Paulista-PB, referência: (83) 9.996303567.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): Leonardo Araujo 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 data e hora supracitadas, na rodovia PB 293, na localidade Lagoa do Barro, Paulista-PB, conduzia a motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, 9C2KC1650DR304612, 2013/2013, renavan 00549842306, licenciada em nome de Eliana Alves Ferreira, que ao desequilibrar ao cair em um buraco na pista de rolamento, caiu ao solo, vindo a lesionar-se fisicamente, foi socorrido pelo SAMU de Paulista-PB e teve inicialmente atendimento médico no Hospital de São Bento-PB, e por fim atendido no Hospital Regional de Patos-PB. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 24 de janeiro de 2020. Às 10:06 horas.

*Edivaldo Tomé da Silva*

Notificante

Testemunha Arrogada

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

OCORRÊNCIA SUJEITO





# 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:  
706.110.284-50 EDIVALDO TOMÉ DA 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: EDIVALDO TOMÉ DA SILVA 6 - CPF: 706.110.284-50  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO ANDRÉ 9 - Número: SIM 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PARAIBA 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\$1.00 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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1134-7 CONTA: 21.365-9 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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 (vã nascor)?  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 - Impugnação assinada pela vítima ou beneficiário do seguro:  
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  
Amintas Dantas Wanderley Junior  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: MAYANA MONIQUE QUEIROZ DA WANDERLEY  
CPF: 059.8413.774-01  
Mayana Monique Queiroz Wanderley  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: COMBAÍ - PA, 18.07.2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Edivaldo Tomé da Silva  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Jansen Romo Vau de  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# 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: **3200083936** 3 - CPF da vítima: **706.110.284-50** 4 - Nome completo da vítima: **EDIVALDO TOME DA 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: **EDIVALDO TOME DA SILVA** 6 - CPF: **706.110.284-50**  
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **SÍTIO ANDRE** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: **XXXXXXXXXXXX**  
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **PAULISTA** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58.860-000**  
15 - E-mail: **XX** 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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **1134** **7** CONTA: **21.365** **9** 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: **AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR**  
CPF: **064.978.664-50**  
*Amintas Dantas Wanderley Junior*  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: **MAYARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**  
CPF: **059.842.774-09**  
*Mayara Monique Queiroga Wanderley*  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **PAULISTA - PB, 07.05.2020**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Edivaldo Tome da Silva*  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) *Josias dos Santos*







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

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO  
07068223.2

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	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, R\$ 10,18

**TOTAL R\$ 67,65**

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 9.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO. LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 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



SARRA MONTEIRO DOS SANTOS  
 S/A ODE S/Nº 133 - ÁREA RURAL  
 PALMARETA/PB CEP: 5880000 (pg. 237)



CPF: Nº JURANG TEL: 088 524-33

Grupo: CONVENCIONAL BANDA TENSÃO / Subgrupo: B1  
 CII Use: RES.MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
 Linha: 1111 NOROCCASCO  
 Fone: 3-242-802-3950 NP Medidor: 0000234032

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
 5/876385-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00008763856

<b>VALOR DA FATURA</b> R\$ 85,42	<b>VENCIMENTO</b> 29/04/2020
<b>REFERÊNCIA</b> Abr / 2020	<b>CONSUMO</b> 103kWh
<b>SITUAÇÃO DE DÉBITOS</b> 3,12 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA	

CC	Descrição	Quant	Tarifa Tributada	Valor (R\$)	CC	Descrição	Quant	Tarifa Tributada	Valor (R\$)	CC	Descrição	Quant	Tarifa Tributada	Valor (R\$)	CC	Descrição	Quant	Tarifa Tributada	Valor (R\$)
010	Consumo em kWh	103	0,82	83,91	010	Consumo em kWh	103	0,82	83,91	010	Consumo em kWh	103	0,82	83,91	010	Consumo em kWh	103	0,82	83,91
010	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			0,00	010	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			0,00	010	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			0,00	010	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			0,00
010	MULTA (0,0000)			0,00	010	MULTA (0,0000)			0,00	010	MULTA (0,0000)			0,00	010	MULTA (0,0000)			0,00
010	RETRIBUIÇÃO			22,82	010	RETRIBUIÇÃO			22,82	010	RETRIBUIÇÃO			22,82	010	RETRIBUIÇÃO			22,82
TOTAL				85,42	TOTAL				85,42	TOTAL				85,42	TOTAL				85,42

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
<b>LEITURAS</b> Anterior: 20/03/20 12665 Atual: 22/04/20 12868 Consumo: 103 kWh Período: 33 dias Constante do medidor: 33333	<b>Valor (R\$)</b> Serviços de Dist. de Energia/PB: 22,82 Compra de Energia: 3,28 Serviços de Transmissão: 3,52 Encargos Setoriais: 22,22 Impostos Diretos e Encargos: 0,00 Outros Serviços: 0,00 <b>Total: 85,42</b>
<b>PRÓXIMA LEITURA</b> 21/05/2020	<b>Encargos de Uso do Sistema de Distribuição (Ref: 2/2020): R\$ 25,00</b>

INDICADORES DE QUALIDADE	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE NOMINAL
Índice de Suficiência de Energia - DSI	100%	100%	100%	220
Índice de Qualidade de Energia - FIC	7,50	1,00	16,19	30,39
Índice de Qualidade de Energia - DQI	5,88	1,00	16,19	30,39
Índice de Qualidade de Energia - DQI	5,88	1,00	16,19	30,39

**ATENÇÃO**  
 Para reservar sua cota de Energia, faça o pedido pelo atendimento presencial, site, App Energisa ou pelo telefone 0800 991313 - 9940.  
 Este consumo é confirmado.





**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 225 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 54015-670  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - LICEN. ESTADUAL N° 140572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07068223.2

N° Documento: 20200170682232

ESCRITÓRIO POMBAL

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	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\$
AGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	7,143	67,65

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

**TOTAL R\$ 67,65**

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 9.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO. LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 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





## 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JAVES RAMOS WANDENCEY  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDIVALDO TOME DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.110.284/50  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDIVALDO TOME DA SILVA  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.110.284/50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

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

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

Local e Data: POMBAL-PR, 18.02.2020

JAVES RAMOS WANDENCEY

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



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

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

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

(Valores em Reais)

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

**CONFIDENCIAL**

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

2505058096





SAMU 192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12



SAMU 192

- IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Form containing patient identification (DATE: 28/09, TIME: 18:53, NAME: Eduardo Tomé de M. Ve), location (Sizinar a fonte de Nazinho), vital signs (PA: 90x100, FC: 96 bpm), and medical history (Allergies: No allergies).

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: ( ) Ansiedade ( ) Capacidade adaptativa intracraniana diminuída ( ) Comunicação verbal prejudicada ( ) Confusão aguda (X) Deambulação prejudicada
( ) Débito cardíaco diminuído ( ) Desobstrução ineficaz de vias aéreas (X) Disreflexia autonômica (X) Dor aguda ( ) Hipertermia ( ) Hipotermia ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Integridade tissular prejudicada ( ) Medo ( ) Intolerância à atividade ( ) Mucosa oral prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz ( ) Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular renal ineficaz ( ) Termorregulação ineficaz ( ) Troca de gases prejudicada ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Volume de líquidos deficientes ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Náusea ( ) Retenção urinária ( ) Interação social prejudicada ( ) Incontinência intestinal ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Constipação
( ) Outros: Dor no MIE (fratura exposta na região do patêlo e).

Intervenções: Imobilização segundo o protocolo do APH;
Administração de analgésico + medicações CPM sob regulação;
Monitorização dos SSVU;
Curativo

Implementações da assist./evolução de enfermagem: Ao chegarmos no AHT, o paciente estava pale e com deambulação prejudicada, sem o controle consciente, muito desorientado após todo episódio, vítima de queda de moto, Glasgow 15, pupilas isocóricas, anexo no queixo - X fratura patêlo e no MIE (Patêlo). Pele alergia e macerada (S.E). Em contato com a Central, o M.E. mandou imobilizar segundo o protocolo do APH, acesso venoso foi estabelecido com guias n° 28 + 20 comp. TERAPÊUTICA INSTITUCIONAL + AD + EU; Escanagem

Table with 6 columns: REPOSIÇÃO VOLÊMICA, VOLUME, MEDICAÇÕES, POSOLOGIA, VIA DE ADM, HORÁRIO. Includes entries for Ringer Lactato (500 ml) and Dipirona (1500mg).

por todo corpo, ferimento está fechado com curativo no ponto de entrada. Exame físico: paciente está na região temporal esquerda com ite de pele. O mesmo com sinais de embriaguez e ite de pele. A. U.A. - 12 retarhou e basei após



REQUISIÇÃO

EMPRESA: BRASUL COTAÇÃO: 156.883 TERC. ENTREGA: —

*Manoel de Jesus*

LOCAL DE DESTINO: Top São Paulo RESPONSÁVEL: —

FUNÇÃO: —

TITULAR DO REQUISIÇÃO

**Dr. Antonio Rogério de Sá**  
Médico  
CRM-PB 84207 RN 7473  
CNS 700503131082796

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU REQUISIANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELA(S) UNIDADE(S) DESTINADA(S) PARA O PACIENTE, NESTA OPORTUNIDADE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 01: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA 02: \_\_\_\_\_

PRETENSÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

NOME DO RECEPÇÃO: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RECEPÇÃO: \_\_\_\_\_





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2613549 CNPJ: 09.099.709/0001-18 Ficha Número: 266258  
 NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO  
 ENDEREÇO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 56.985-000  
 CIDADE: SAO BENTO ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
 Paciente: EDIVALDO TOME DA SILVA  
 Mãe: EDINETE TOME DA SILVA  
 Nascimento: 14/06/1988 Idade: 31 Cor: PARDA Sexo: M  
 Profissão: AGRICULTOR(A)  
 Endereço: SÍTIO ANDRÉ  
 Bairro: ZONA RURAL  
 Cidade: PAULISTA - PB - 58860-000 - 2510907  
 Cidade: 160-5932-0539-0003  
 CPF: 160-5932-0539-0003  
 Data / Hora: 21/12/2019 20:09:41  
 Reg. Nasc.:  
 Recepcionista: PRISCILA LUCIO

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME  
*paciente com trauma*  
 DIAGNÓSTICO  
*fratura de humero direito*  
 NATUREZA DA CONSULTA  
 Consulta simples  
 Consulta com medicamento  
 Consulta com observação  
 Consulta ortopédica

MEDICAÇÃO  
 Prescrita  
 Aplicada

ENCAMINHAMENTO  
 P/ Observação  
 P/ Residência  
 P/ Amb. SUS  
 P/ outro Hospital  
 Interação  
 Obito  
 Outros

Procedimento	Serviços Realizados	CBO	ID/CE

REALIZADOS NA UNIDADE  
 RX MIE  
 SERVIÇOS AUXILIARES - Diag. / Terapia  
 SOLICITADOS

MATERIAIS E MEDICAMENTOS  
 1. *Post-gom*  
 2. *Post-gom*  
 3. *Post-gom*  
 4. *Post-gom*  
 5. *Post-gom*  
 6. *Post-gom*  
 7. *Post-gom*  
 8. *Post-gom*  
 9. *Post-gom*  
 10. *Post-gom*

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável  
*[Assinatura]*  
 Assinatura do(a) Profissional(ais) Assistent(e)s - Carimbo  
 Dr. Antônio Rogério de L. Palm  
 Médico  
 CRM-PB 4439 RN 7473  
 CNS 709503131082766

A cargo do SUS  
*[Assinatura]*  
 Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo  
 POLEGAR DIREITO

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo



### RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 84704 PRONTUÁRIO 43003  
DATA 22/12/2019 HORA 01:10 OPERADOR EALVES  
MÉDICO MOURIBE ARRUDA FELINTO

PACIENTE EDIVALDO TOME DA SILVA IDADE 31a 6m

RESUMO CLÍNICO:

*Trauma em fêmur ESQ.*

DIAGNÓSTICO:

*Fratura de fêmur distal*

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

*Tto cir*

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

*sem intercorrências*

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

*Retorno + med. ext*

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ( ) Curado (X) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

DESTINO ( ) Residência ( ) Atendimento domiciliar

( ) Transferência para \_\_\_\_\_

PATOS/PB, 08 DE JAN DE 2020.

HORA DA ALTA MÉDICA: \_\_\_\_\_

*[Assinatura]*  
MOURIBE ARRUDA FELINTO





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.428.326 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014

NOME JAQUES RAMOS WANDERLEY

FILIAÇÃO AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
RELVÂNIA RAMOS WANDERLEY

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980

DCC ORIGEM CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28  
CARTÓRIO - POMBAL-PB

CPF 032.976.134-08

ASSINATURA DO CORRETORE

LBAK 7.110 DE 2009/03





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 919




ASSINATURA DO TITULAR  
*Edivaldo Tomé da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDAR EM TODOS OS SENTIDOS

3000192

EDIVALDO TOMÉ DA SILVA

Dagmar Tomé da Silva

Edinete Tomé

Paulista-EB

14.06.1988

Cart. Tamo. 9263, Pta. 224, Inv. A-10 do

Cart. do Paulista-EB

DATA DE EMISSÃO

05/03/2002

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
706.110.284-50

Nome  
EDIVALDO TOME DA SILVA

Nascimento  
14/06/1988

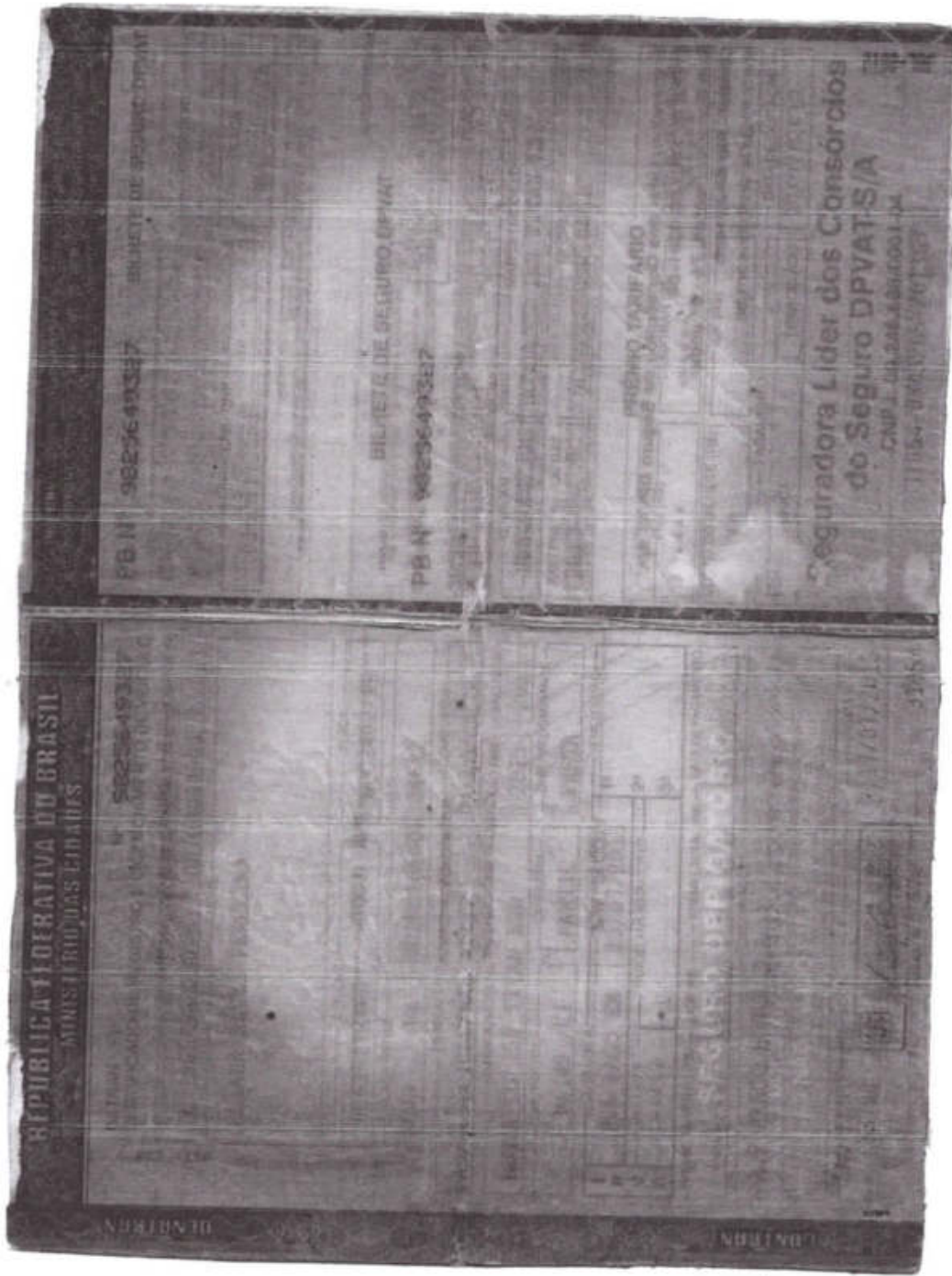
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
9176.7646.652F.4A32

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 08:49:31 do dia 20/03/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00





Sistema Integrado de Veiculo Funcionario 20869  
VEIPC001 - Consulta ao Cadastro Local ==> CVP 18/02/2020 08:53:45

Protocolo.: 201322000055107 Exercicio: 2013 Mot.: 1 Dat/Cadas.: 16/07/2013  
Nome.....: ELIANA ALVES FERREIRA Dat/Atual.: 16/07/2013  
Identidade.: 3656955 PB CPF/CNPJ: 01625172460 Dat/Aquis.: 27/02/2013  
Munic.Resid: SAO BENTO Endereco...: \*\*\*

Placa: NQC2402 2 Chassi: 9C2KC1650DR304612 Renavam:549842306  
Marc/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Obs: NAO Tipo: MOTOCICLETA  
Categoria...: PARTICULAR Especie: PASSAGEIRO Carroceria: NENHUMA  
Combustivel: ALCO/GASOL Ano: 2013 Modelo: 2013 Cor: PRETA Potencia:  
Cilindradas: 149 Pass: 2 Carga: Eixos: 00 CMT: PBT: 001.18  
Procedencia: NACIONAL No. Motor: KC16E5D304612 Faixa de Seguro: 09  
Propr.Ant.: FORMULA H COMERCIO DE MOTOS LTDA CPF/CNPJ: 02296264000240  
Placa Ant.: NOVO PB 0 Restr Venda: A.F/BANCO HONDA S.A

----- CONTROLE DO SISTEMA -----

D E T R A N: NAO Seguro.....: SIM  
Debitos Licenc...: SIM P R F .....: NAO Restricoes...: NAO  
Controle Emissao: SIM D E R .....: NAO Roubo/Furto...: NAO  
Atualizacao.....: SIM SIM D N I T .....: NAO Historico....: NAO  
RECALL Montadora: NAO PREFEITURAS: NAO Outros.....: SIM  
Restr. R.F.B : NAO RENAINF.....: NAO RENAJUD .....: NAO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**AMINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR**

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSOR SP  
 2870446 SSP PB

CPF 064.978.664-50 Data Nascimento 06/01/1985

FUNÇÃO  
 AMINTAS DANTAS WANDERLEY  
 RILIVANIA RAMOS WANDERLEY

FISSÃO ACC CACANA  
 AS

Nº Registro 04055760079 Vigência 26/12/2021 1ª Emissão 28/03/2007

D.F.:

*Antes preferir modelo zero*  
 Assinatura do Titular

IDCA POMBAL, PB Data Emissão 07/12/2018

Assinatura do Emissor 23246464748 79036866040

**PARAIBA**

1665623017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

P B





CAGEPA

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

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07182566.5

N° Documento: 20200171825665

ESCRITÓRIO POMBAL

VENCIMENTO

22/01/2020

MATRÍCULA

07182566.5

CLIENTE

AMINTAS DANTAS W JUNIOR

CPF/CNPJ:

064.XXX.XXX-XX

INSCRIÇÃO

112.002.155.0307.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

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

FATURA

01/2020

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

LIGADO

ESGOTO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

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

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO

(M³)

DIAS

CONSUMO/DIA

(M³)

67

70

3

30

0,10

09/12/2019

08/01/2020

N°Hm: Y15N469919

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

1

3

R

5302

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

3 M3

37,91

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

TOTAL

R\$

37,91

**\*\*AVISO\*\*** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PUBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 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

07182566.5

INSCRIÇÃO

112.002.155.0307.000

FATURA

01/2020

NÃO RECEBER APOS

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  
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO E TÍTULOS  
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO E TÍTULOS

NOME  
**RAIARA MONIQUE QUEIROGA WANDERLEY**

SOC. CIVILIZADA / ONE NUMBER ID  
 3141039 809 PB

CPF  
 059.842.774-09 DATA NASCIMTO  
 12/06/1986

PARÇA  
 RAIARA QUEIROGA  
 ROBRINHO  
 JUSARA FERREIRA MONES  
 QUEIROGA

Nº REGISTRO  
 04191042350

VENCER  
 12/30/2011

PP ANOTAÇÃO  
 20/09/2007

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1548960537

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1548960537

Assinatura do Provedor

LOCAL  
 PERSAL, PB DATA EMISSÃO  
 01/12/2017

3488666883  
 PB035541199

**PARAIBA**





**CAGEPA**  
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
 CEP: 56.015-570 - 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		
3083013264	17/06/2008	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA		
2505	2518	13	30	08/02/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALTD. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
DEZ/2019	14	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2019	13	TURBIDEZ	0	0	0	
OUT/2019	16	CLORO	0	0	0	
SET/2019	11	CÓL. TERHOT	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

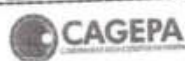
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	3 M3	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS. LEI 17.703/17

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



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

DÉBITO AUTOMÁTICO



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** EDIVALDO TOME DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, AGRICULTOR, COM RG: 3000192 SSP/PB E CPF: 706.110.284-50, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO ANDRE, S/N, ZONA RURAL, CEP: 58.860-000, PAULISTA – PB. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**OUTORGADO:** Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000. (TEL: (83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

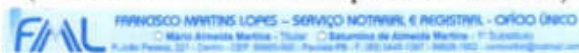
**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **EDIVALDO TOME DA SILVA**, COM RG: 3000192 SSP/PB E CPF: 706.110.284-50 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 12 / 2019.

PAULISTA - PB, 24 / 01 / 2020.

*Edivaldo Tome da Silva*

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma e letras por autenticidade)



Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de:  
EDIVALDO TOME DA SILVA, EM TEST. DA  
VERDADE, DOU SE. Paulista - PB, 28/01/2020.

*Saturnino de Almeida Martins*  
SATURNINO DE ALMEIDA MARTINS

Selo Digital de fiscalização Tipo Normal B-AJ917006-3A3I

Confira os dados do selo em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EBO/LUN\_05\_932180PEN/RS\_030.FPJ/RS: 2,35

Consulte A Autenticidade em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

selo digital nº A7517006-3A3I



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067658/20

**Vítima:** EDIVALDO TOME DA SILVA

**CPF:** 706.110.284-50

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 21/12/2019

**Titular do CPF:** EDIVALDO TOME DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

#### EDIVALDO TOME DA SILVA : 706.110.284-50

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](http://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: 19/02/2020  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

\_\_\_\_\_  
JAQUES RAMOS WANDERLEY

\_\_\_\_\_  
MARCOS AURELIO VIDAL





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO BENTO/PB**

**Processo: 08005371320218150881**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDIVALDO TOME DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SAO BENTO, 25 de setembro de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**OAB/PB 15477**



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2023 10:46:34  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23092710463420900000075121038>  
Número do documento: 23092710463420900000075121038

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2023 10:46:34  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23092710463420900000075121038>  
Número do documento: 23092710463420900000075121038