

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2017

Carta nº: 11891156

A/C: ADRIANO XAVIER PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170574627 ASL-0410365/17

Vitima: ADRIANO XAVIER PEREIRA

Data Acidente: 12/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2017

Carta nº: 11891257

A/C: ADRIANO XAVIER PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170574627 ASL-0410365/17

Vitima: ADRIANO XAVIER PEREIRA

Data Acidente: 12/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170574627 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO XAVIER PEREIRA **Data do acidente:** 12/01/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZADO

**Sequelas permanentes:** DOR

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ADRIANO XAVIER PEREIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.467.651 EXPEDIDO POR SSDS-PIB EM 11/07/13 E

CPF 055876234-79 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO SERVENTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA, Adriano Xavier Pereira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0729 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 39.065-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 16 de Junho de 2017 Adriano Xavier Pereira  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou tigue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

IU75  
CAIXA-SIUNISistema de Informacoes Unificadas  
Consulta Resumida28/09/2  
10:45N.CAIXA: 18.019.959 ADRIANO XAVIER PEREIRA  
CPF : 055.876.224-79 Fisica Dt.Nasc: 24/01/1982

PAG.:01

Comercial Data(s) : Ctas: 22/09/2017

|                     |          |                   |  |                 |
|---------------------|----------|-------------------|--|-----------------|
| Contas              | : Qt.: 2 | Saldos:           |  | Utilizado:      |
| CROT:Excesso        | Qt.:     | Valor :           |  |                 |
| Poupanças           | : Qt.:   | Saldos:           |  |                 |
| Emprestimo          | : Qt.:   | Saldos:           |  |                 |
| Cred.Educ.          | : Qt.:   | Saldos:           |  | Vl.Atraso:      |
| Capitalizac:        | Qt.:     | Previdencia: Qt.: |  | Seguros: Qt.:   |
| Fomento             |          |                   |  |                 |
| HABIT.: Qt.:        |          | Sd.Devedor:       |  | Vl.Atraso:      |
| 1º.Contrato         |          | Vl.Prestacao :    |  | DT. Assinatura: |
| Prest. Servico      |          |                   |  |                 |
| FGTS : Qt.:         |          | Saldo :           |  | Salario Base:   |
| Corresponsabilidade |          | : N               |  | Valor PIS :     |

Posicione o CURSOR em uma das Opcoes Acima e Tecle &lt;ENTER&gt;.

F01=AJUDA F03=RETORNA F04=MENU F12=FINALIZA

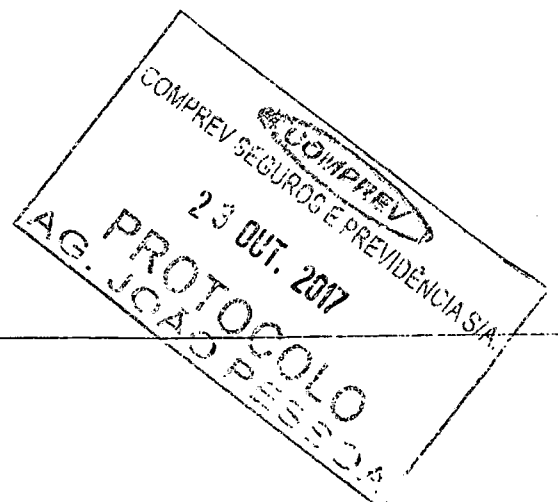
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 28/09/2

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPA  
PAG:

|                              |                  |                     |                 |
|------------------------------|------------------|---------------------|-----------------|
| AG: 0729                     | MANAIRA SHOPPING | OPER: 013           | CONTA: 39.065-3 |
| PERIODO: 28092017            | ATE: 28092017    | CPF: 055.876.224-79 |                 |
| NOME: ADRIANO XAVIER PEREIRA |                  | VLR.BLQ.JUD. :      |                 |

|          |                  |         |           |         |
|----------|------------------|---------|-----------|---------|
| DATA MOV | NR.DOC HISTORICO | T A X A | V A L O R | S A L D |
|----------|------------------|---------|-----------|---------|

|             |                          |                     |      |            |
|-------------|--------------------------|---------------------|------|------------|
|             |                          | SALDO EM 27/09/2017 | R\$  |            |
| F1 AJUDA    | F4 SALDO POR DATA LIMITE | F7 VOLTAR           | PAG. | TEW19      |
| F3 RETORNAR | F6 EXTRATO ANTERIOR      | F8 AVANCAR          | PAG. | F12 FINALI |



Date: 28/09/2017 Time: 10:45:48

34

### Boletim de ocorrência



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

**N° 01107.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01107.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:26 horas do dia 19 de junho de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Adriano Xavier Pereira**, CPF nº 055.876.224-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Maria das Graças Xavier Pereira e Antonio Pereira da Silva, natural de Nova Iguaçu/RJ, nascido(a) em 24/01/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Fábio Silva de Lima, Nº 419, bairro São José, tendo como ponto de referência Próximo a Creche, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98710-8140.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Silvino Lopes X Rua Helena Meira Lima, Próximo Ao Colégio Motiva, João Pessoa/PB, bairro Tambaú; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/01/17 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, ANO 2013, PLACA QFM3139/PB, CHASSI LXYYCBL04E0530863, DE PROPRIEDADE DE SIMONE ALVES DE ARAUJO, pela Rua Silvino Lopes quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Helena Meira Lima foi atingido na lateral direita por um AUTOMÓVEL DE MARCA CORSA, COR VERDE, PLACA ---5306, CONDUZIDO POR UM HOMEM DE NOME DEMETRIUS, onde devido ao fato veio a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0631/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22.05.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que a BPTRAN não foi acionada; Que DEMETRIUS prestou assistência ao noticiante; Que não deseja representar criminalmente; Informa ainda que não possui PERMISSÃO PARA CONDUZIR CICLOMOTORES E NEM CNH e que conduzia o referido ciclomotor emprestado por sua companheira, a qual é proprietária do ciclomotor; Que não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 19 de junho de 2017.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigacao

Adriano Xavier Pereira  
ADRIANO XAVIER PEREIRA  
Noticiante



Procedimiento Policial: 01107.01.2017.1.00.420



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Adriano Xavier Pereira, portador da carteira de identidade nº 2467651 e inscrito no CPF sob o nº 055.876.224-79 residente e domiciliado na rua: do Meio, 419 São José, Cidade João Pessoa Estado Paraíba, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Adriano Xavier Pereira

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 16 Junho 2017

Local e data

COMPREV

23 OUT. 2017

PROTOCOLO  
CÃO PESSOA



## CERTIDÃO

Nº. 0631/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 921203 e Prontuário Nº 2017.01.000988, pertencentes a **ADRIANO XAVIER PEREIRA** que foi atendido dia 12/01/2017 às 08H47min, vítima de queda de moto, apresentando lesão em perna direita.

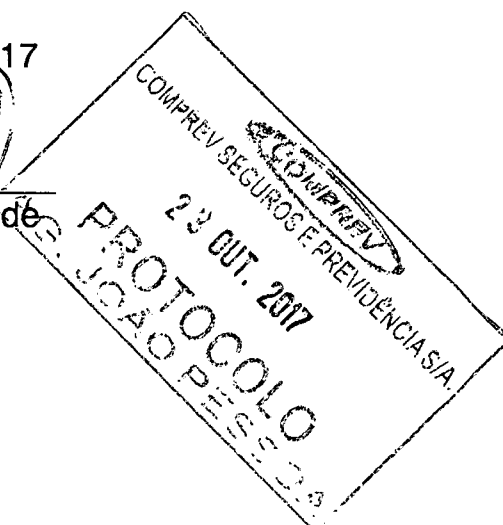
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/01/2017 com alta médica dia 26/01/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de maio de 2017

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

**CNPJ 08.806.754/0015-40**  
**SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA**  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 711/037, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1567325, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ADRIANO XAVIER PEREIRA** idade 35 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 12/01/2017, na Rua Silvino Lopes, Bairro: Tambaú - João Pessoa - aproximadamente às 07:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

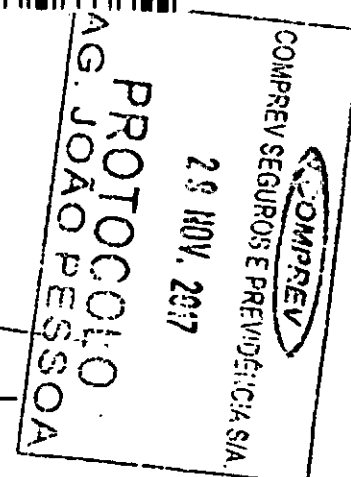
Comprovação de ato declaratório



João Pessoa, 14 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto  
Enfermeiro  
**SAMU 192 JP**  
CREM 1011

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriano Xavier Pereira,

RG nº 2467.651, data de expedição 11/07/2013,

Órgão SSDS - PB CPF nº 055-876.224-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

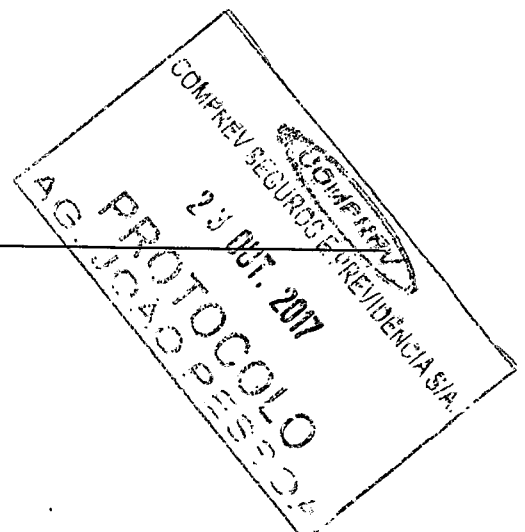
|                                   |                                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>rua: do meio</u>                       |
| Número                            | <u>419</u>                                |
| Aptº / Complemento                | <u>-</u>                                  |
| Bairro                            | <u>São José</u>                           |
| Cidade                            | <u>João Pessoa</u>                        |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>                            |
| CEP                               | <u>58034-515</u>                          |
| Telefone de contato               | <u>83-99342-1170/3512-8500/99105-5363</u> |
| E-mail                            | <u>aluelamochesarduarte@hotmail.com</u>   |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PB, 16/06/2017

Adriano Xavier Pereira

Assinatura do Declarante





# CAGEPA

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

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

170763

REFERENCIA

SET/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

MARIA DA GRACAS X PEREIRA  
RUA MEIO 419

SAO JOSE  
JOAO PESSOA

58034- 515

| Inscrição       | SMI                | Quantidade de Economias |               |                 |         | Responsável |
|-----------------|--------------------|-------------------------|---------------|-----------------|---------|-------------|
|                 |                    | Residencial             | Comercial     | Industrial      | Público |             |
| 001.57.045.0142 | 0                  | 1                       | 0             | 0               | 0       | 170763      |
| Hidrômetro      | Data de Instalação | Localização             | Situação Água | Situação Esgoto |         |             |
| Y15N405812      | 11/03/2016         | 6                       | LIGADO        | LIGADO          |         |             |

| ANTERIOR                   | ATUAL | CONSUMO (m³)                          | NUM. DE DIAS                 | PROXIMA LEITURA   |
|----------------------------|-------|---------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| 116                        | 124   | 8                                     | 32                           | 02/10/2017        |
| HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. |       | QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS |                              |                   |
| MAR/2017                   | 9     | 0                                     | PARAMETROS EXIG.             | ANALIS. CONFORMES |
| ABR/2017                   | 5     | 0                                     | TURBIDEZ                     | 294 300 298       |
| MAI/2017                   | 6     | 0                                     | COR                          | 77 101 101        |
| JUN/2017                   | 8     | 0                                     | CLORO                        | 294 300 299       |
| JUL/2017                   | 23    | 0                                     | COL.TERMOT                   | 0 0 0             |
| AGO/2017                   | 5     | 0                                     | COL.TOTAIS                   | 294 300 300       |
| MEDIA(M)                   | 9     |                                       | DADOS REFERENTES A: JUL/2017 |                   |

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| DATA DA LEITURA: 04/09/2017   | HORA DA LEITURA: 10:09:07            |
| DESCRICAO                     | CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$) |
| RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m   | 10 36,84 29,47 R\$66,31              |
| 047-JUROS DE MORA             | R\$1.44                              |
| 050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. | R\$3.75                              |

*Autoreiza Comp. no nome da mãe do titular*

SEBASTIAO DA SILVA VERISSIMO  
Serente de Atendimento PF  
Matricula C. 0720495-0  
Agência Marinho Shopping  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$6.13 PIS E COFINS R\$ 12.741/12

VENCIMENTO:

17/09/2017

Total a Pagar:

R\$71,50

v. 16.12 R. 1.0

INDICACAO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL  
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.  
INFORMACOES GERAIS:  
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO  
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
11 OUT. 2017

Comprovante de residencia



ALEXANDRA CESAR DUARTE  
AV JOAO MACHADO, 389 - CENTRO  
JOAO PESSOA/PB CEP. 58000000 (AG. 1)

Classe/Subclasse COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO  
Roteiro: 5 - 1 - 38 - 440  
Nº medidor: 00001123818

Referencia Fev / 2017  
Emissao 07/02/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09 086 183 / 0001-40 - Insc Est 16 015 823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrica Nº 000 342 894  
Codigo para Débito Automático: 00002804488

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/280445-8

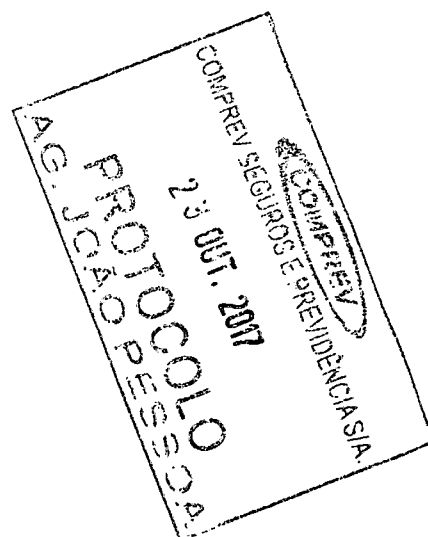
Canal de contato

Fev / 2017

Apresentação

07/02/2017

Data prevista da  
próxima leitura



57



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74,

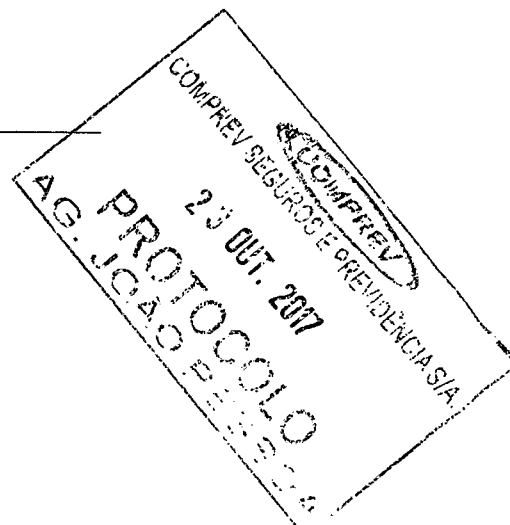
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Adriano Xavier Pereira do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Adriano Xavier Pereira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

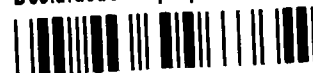
Alexandra Cesar Duarte

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



ADVERTÊNCIA DE FALSIFICAÇÃO  
RIO E RECONHECIMENTO DE  
A POR AUTENTICIDADE, NÃO  
E SER POR SEMELHANÇA.

Declaração do proprietário do veículo



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Simone Alves de Araújo

RG nº 3075772, data de expedição 31/10/2002

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 059089454 47, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua do Rio, nº 484-B

complemento Baixos, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima X Adriano Xavier Pereira cujo o condutor era

X Adriano Xavier Pereira

Veículo: Shimada X4 500

Modelo: Phoenix

Ano: 2013

Placa: QFM 3139

Chassi: LXYXCB04E0530863

Data do Acidente: 32/03/2017

Local e Data: Tambau próximo a Grada Motiva

10º CARTÓRIO

X Simone Alves de Araújo

Assinatura do Declarante

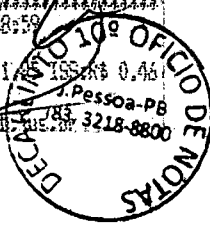
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**Decarlinto**  
Senão Notário - 10º Ofício de Notas  
Conte com a gente

Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceania  
João Pessoa - PB - CEP: 56031-050 - Fone: (83) 3218-8800  
www.decarlinto.com.br  
Titular Sérgio Albuquerque

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fimaa(s) de:  
SIMONE ALVES DE ARAUJO  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 14/06/2017 17:28:59  
Ina Schader Marques - Escrevente  
[2017-044419]EPL:R# 39.23 FAPEN:R# 0.27 FER:R# 1.45 ISS:R# 0.46  
SELO DIGITAL: AFG90073-2700  
Confira a autenticidade em: https://selodigital.jtbr.com.br/3218-8800



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA

FISCAL JOSE GOSTA DUARTE, S/N

381 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

(83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 921203

Atd: Nao Regular

Data: 12/01/2017

Hora: 08:47:14

Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOUR

Clinica: CIRURGICA

DO DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ADRIANO XAVIER PEREIRA

Num. Prontuario: 2017.01.000988

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2467651 Fone: 0

Natural: NOVA IGUACU/RJ Data Nasc.: 24/01/1982 Id: 35 ano(s)

End.: RUA DO RIO, 484 BCASA

Bairro: SAO JOSE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

Mae: MARIA DAS GRACAS XAVIER PEREIRA

Ocupação: AJUDANTE DE PADEIRO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA SIMONE

Tel/Doc: Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: BAIRRO ESCOLA MOTIVO

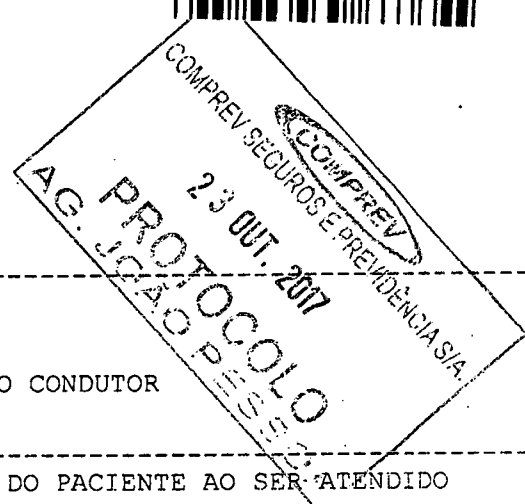
Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: COLISAO MOTO C/CARRO SENDO O MESMO CONDUTOR

[ ] Caso Policial

Documentacao medico - hospita



PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

|            |         |                       |               |
|------------|---------|-----------------------|---------------|
| PA:        | FR:     | [ ] Aparentemente Bem | [ ] Grave     |
| FC:        | TP:     | [ ] Politraumatizado  | [ ] Convulsao |
| Peso:      | Altura: | [ ] Hemorragia        | [ ] Dispneia  |
| Glicemia:  | IMC:    | [ ] Diarreia          | [ ] Agitado   |
| Circ. Abd: | O2%:    | [ ] Regular           | [ ] Chocado   |
|            |         | [ ] Vomito            |               |

Queixa Principal

Observacao

Paciente vítima de queda de moto, com  
danos no M.D. Usava capacete, nega perda  
de consciência, náuseas ou vômitos.

Martine  
Téc. Enfermagem  
CNPJ

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vestíveis adequados, cervical indolor, tórax estável,  
abdome mole, Glasgow 15, M.D. mobilizado c/ suporte  
de fratura exposta segundo A.P.A.

Diagnostico

Edi. Aos cuidados do ortopedista

Conduta

YCR 48541PB

Prescrição

Horario da medicacao

G. on +

Paciente vítima de acidente de moto  
colisao com fratura exposta dos membros inferiores:  
pernito tto ortopedico. com AC bloco 5

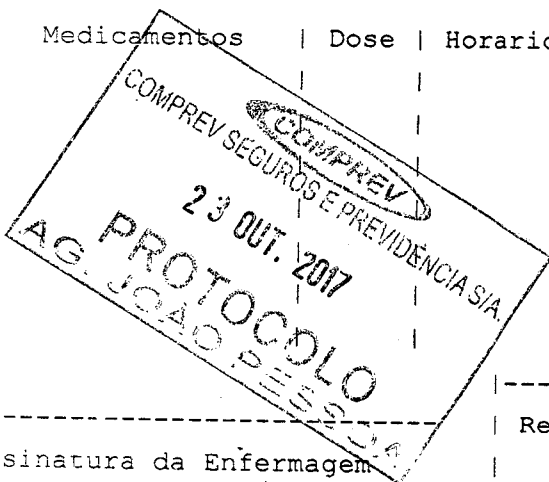
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

SST Sleep IM → 20:45  
cefalosporina 2g im, qd

Dra Jacara Fernandes Florêncio  
Médica  
CRM-PB 8907

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtd | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|-----|--------------|------|---------|----------|
|-----|--------------|------|---------|----------|



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Data da Admissão:** 12/07/16

**Nome:** Jansen Laves

**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** 1/1/16

**QPD:** Exame físico dos ossos normais

**HDA:** Paciente admitido no serviço de fisioterapia para tratamento de fratura de fêmur direito.

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia [ ] Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposse [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: Nx + Ex: físico

Hipóteses Diagnósticas: Ex Exame de urina

Conduta: Exame de urina



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Pariente sobre DDH  
 Alcega + Anti sepsis + antiespasmódico  
 aplicação de campo cirúrgico

**Incisão:**

mini - incisão 4 ab. região  
 anterior tendo direção  
 de 2 polegadas no topo e  
 2 de quil

**Achados:**

1x de vasos perip @

**Conduta:**

1000ccs Meclizol Glocortico  
 frasco com pontos de Senguer  
 (4) e 2 ligam. para monitorar  
 o fixador elexer plano  
 curativo + sutura  
 1x vertice

**Fechamento:**

**OBS:**

**Data:**

21/01/17

**MÉDICO/CRM**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-004

*Adriano Xavier Pereira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.467.651 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 11/07/2013

NOME  
ADRIANO XAVIER PEREIRA

FILIAÇÃO  
ANTONIO PEREIRA DA SILVA  
MARIA DAS GRAÇAS XAVIER PEREIRA

NATURALIDADE NOVA IGUAÇU-RJ DATA DE NASCIMENTO 24/01/1982

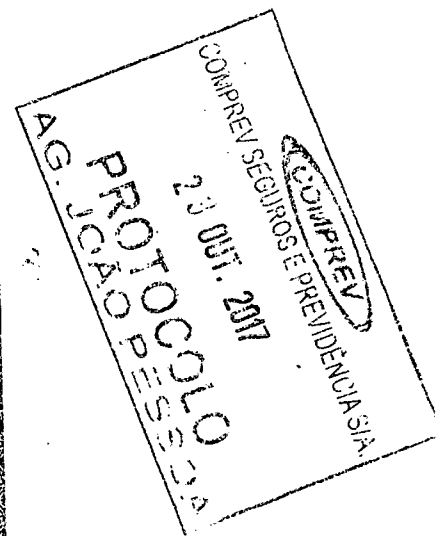
DOC ORIGEM  
CERT. NASC. Nº39603 - LIV.A-67 - FLS.15 - CARTORIO NOVA IGUAÇU-RJ

CPF  
055.876.224-79

João Pessoa - PB

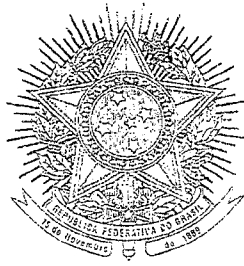
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





# CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.  
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
Conselho Seccional  
da Paraíba

Inscrição Nº

14438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/08/1982

Data do Compromisso na O.A.B.

17/12/2008

Data de Colação de Grau

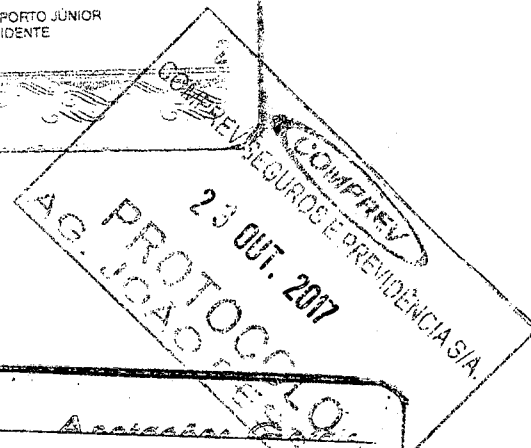
30/07/2007

Data de Expedição

12/01/2009

*Jose Mario Porto Junior*

JOSE MÁRIO PORTO JÚNIOR  
PRESIDENTE



07833220

*Alexandra Cesar Duarte*

Assinatura do Titular da Carteira

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
Conselho Seccional  
da Paraíba

Inscrição Nº

14438

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Filiação

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Naturalidade

RIO DE JANEIRO-RJ

Nacionalidade

BRASILEIRA

Data de Nascimento

21/08/1982

Data do Compromisso na O.A.B.

17/12/2008

Data de Colação de Grau

30/07/2007

Data de Expedição

12/01/2009

*Jose Mario Porto Junior*

JOSE MÁRIO PORTO JÚNIOR  
PRESIDENTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



dos  
/AT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410365/17  
Vítima: ADRIANO XAVIER PEREIRA  
CPF: 055.876.224-79

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/01/2017  
Titular do CPF: ADRIANO XAVIER PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

**Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ADRIANO XAVIER PEREIRA : 055.876.224-79**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Documentação recebida sem conferência.

**Portador da documentação entregue**

Data da entrega: 23/10/2017  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF/CNPJ: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

Data do cadastramento: 23/10/2017  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170574627 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO XAVIER PEREIRA **Data do acidente:** 12/01/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZADO

**Sequelas permanentes:** DOR

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

