

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11927599

A/C: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170587962 ASL-0420901/17

Vítima: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR

Data Acidente: 24/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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, 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, 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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11928893

A/C: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170587962 ASL-0420901/17

Vitima: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR

Data Acidente: 24/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência 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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº: 11950023

A/C: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR

Sinistro: 3170587962 ASL-0420901/17
Vítima: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR
Data Acidente: 24/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Carta nº 12008959

A/C: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170587962 ASL-0420901/17
Vitima: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR
Data Acidente: 24/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





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

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170587962

Vítima: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR

Data do Acidente: 24/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO: 15 Sinist. 1013. 11-10-2013

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

3170587962

CPF da Vítima

079-550-104-85

Nome completo da vítima

Maurício Pacifico Montenegro Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maurício Pacifico Montenegro Junior	CPF titular da conta 079-550-104-85	Profissão Op. de Caixa
Endereço R. Lourival da Cunha Santos	Número 975	Complemento
Bairro Grotão	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email mapamaqu@gmail.com	CEP 58079-772	Telefone (DDD) (83) 99272-3725

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

4823

D/V

CONTA

NRO.

00002539

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.



João Pessoa 16 de janeiro de 2013

Local e Data

Maurício Pacifico M. Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Maurício Pacifico M. Junior

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro na ASL

CPF da Vítima

079 550 104- 85

Nome completo da vítima

Ulcirio P. Montenegro Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ulcirio Pacifico Montenegro Junior

CPF titular da conta

079 550 104- 85

Profissão

usp. cad.

Endereço

Rua Waudina da Cunha Santos

Número

975

Complemento

Rua

Funcionario I João Pessoa

Estado

Paraíba

CPF

58079115

Email

Telefone 100%

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, reside no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

Até R\$ 1.000,00

R\$ 1.000,00 até R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 até R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 a R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 até R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (301) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

9823

CONTA

2539

DPV

16

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

NOME

AGÊNCIA

NOME

CONTA

NOME

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

J. Pessoa 23 de Outubro de 2017

Local e Data

Manoel Rangel M. Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SINCOR/PR

30 OUT. 2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01606.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01606.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:25 horas do dia 06 de setembro 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Mauricio Pacifico Montenegro Junior**, CPF nº 079.550.104-85, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador de Caixa, filho(a) de Elida Marta de Souza Melo e Mauricio Pacifico Montenegro, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/12/1988 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Laudina da Cunha Santos, Nº 975, complemento casa, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Igreja Assembleia de Deus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99171-3715.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Ruy Carneiro, Outros, João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/08/16 23:34h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

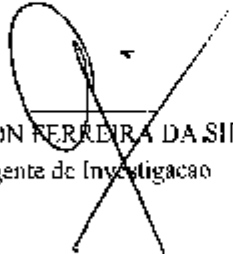
Local: Av. Ruy Carneiro, Outros, João Pessoa/PB, bairro Manaira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/08/16 23:34h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA YAMAHA LANDER DE COR VERMELHA ANO 2015, DE PLACA OFB-2292-PB, CHASSI Nº 9C6KG0380G0001507, EM NOME DO NOTICIANTE. QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA CONFORME CERTIDÃO EXPEDIDA PELA DRA. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM PB 3137, DATADE DE 23/09/2016.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR
Noticiante

JINCUR/PP

30 OUT. 2017

Procedimento Policial: 01606.01.2017.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maurício Pacifico Montenegro Junior portador da carteira de identidade nº 3128638 e inscrito no CPF/MF sob o nº 079 550 104-85 residente e domiciliado na Rua Condina da Cunha n.º 975 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 desse perício não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maurício Pacifico Montenegro Junior

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

3/INCURV/PR
20 de OUT. 2017

João Pessoa 12 de Setembro de 2017

Local e data



VISTO EM: 16/09/16

Comandante da BAPH

TEN. CEL. QOBM-321.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 09 de Setembro de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 348/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 24/08/2016, conforme requerimento nº 357/16, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 23h34 min o/a Sr.(a) **MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JÚNIOR** CPF Nº 076.550.104-85 vítima de acidente de trânsito colisão carro x moto ocorrido na Av. Ruy Carneiro, próximo a Capital Elan, Manaira, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **SARGENTO BM Rogério Gomes Batista**, Matrícula 520.037-7, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando fratura de membro superior esquerdo na região distal de radio e ulna, contusão no joelho esquerdo e laceração na região da tíbia esquerda. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura atendida para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, sou **Idjlane Cardlyhne Borges de Lima** SD-BM Matr. 527.446-0, (auxiliar da 3ª Seção/BAPH) digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Idjlane Cardlyhne Borges de Lima
Ten. QOBM
Mat. 527.446-0

Chefe da 3ª Seção**JINCUR/PR**

30 OUT. 2017

**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Crestec Lisboa, S/nº, Corf, Pedro Góndim, 58.031-080, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-5751 / (83) 3218-7976 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Marcio Pereira Brito Junior

RG nº 3128638, data de expedição 19/11/15, Órgão SSP/PB,

CPF nº 079550194-35 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Iacarina de Luiza Santos</u>
Número	<u>Nº 975</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Trancionário I</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58079-123 58079-115</u>
Telefone de Contato	<u>991713715</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 12-09-2017

Assinatura do Declarante: Marcio Pereira Brito Junior

JINCUR/PB

30 OUT. 2017

ELIDA MARTA DE SOUZA
RUA LAUDINA D'ACUNHA SANTOS 875 - FUNCIONARIOS
CIDAO PESSOA/ PB CEP: 58078-123 (AO-1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 8730 Km25 Quid Referencia: Jul/Pago/PB - CEP: 58071-880
RUA R- 2- 507- 4443 Referencia: Ago/ 2016
Nº Fatura: QUD9910067 Emissao: 17/09/2016

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 09.085.182/0001-00 D.O.C. 21 18015925 0

* Nota Fiscal: Condição de Entrega: F000 83844
De acordo com DRETA Autorizada: 08000330443

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/529040-8

Ago / 2016

Canal de contato

Apresentação

17/08/2016

Data prevista da próxima leitura

19/09/2016

CPF / CNPJ / RAN

24999104883

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/07/16	3754	17/08/16	3840	58

Faturas em atraso

Demonstrativo

FATURAS VENCIDAS ATÉ
00/09/2016 PAGAR
06/09/2016

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	88	0,41817	35,88
KMS			17,33
FIS			20,16
COFINS			0,35
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV LUM PUBLICA			1,87

Histórico de Consumo (kWh)

Jul/16	93
Jun/16	73
Maio/16	73
Abr/16	143
Mar/16	132
Fev/16	131
Jan/16	114
Dez/15	115
Nov/15	124
Out/15	110
Set/15	108
Ago/15	102

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
KMS	48,32	26,00%	12,53
FIS	48,32	0,37%	0,18
COFINS	48,32	1,13%	0,55

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

06/09/2016

R\$ 61,29

Média das últimas meses
121 kWh

Nº DE LEITURA AUTOMÁTICA

1467.383c.d325.a720.0c95.73a0.92fa.2469

Indicadores de Qualidade

Unidade de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DICINSA	5,80	3,17
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	11,10	
DISCONTINUIDADE ANUAL	22,21	
FIDELIDADE TRIMESTRAL	2,50	1,00
FIDELIDADE ANUAL	5,07	
PERDA DE ENERGIA	13,85	3,17
PERDA DE ENERGIA	3,20	
PERDA DE ENERGIA	12,72	

Observações: 1. O valor da leitura automática é o valor da leitura manual.

Observação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa PB	3,73	25,81
Consumo de Energia	7,42	39,89
Serviço de Transmissão	1,04	2,32
Imposto de Renda	4,21	6,81
Imposto de Renda e Encargos	15,33	25,00
Quilômetro	0,00	0,00
Total	61,29	100,00

Valor de EMB (R\$ 8/2016) R\$ 29,08

ATENÇÃO

Leitura confirmada

JINCOR/PB

30 OUT. 2017



CERTIDÃO

Nº. 1471/2016

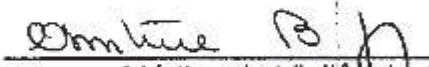
Atendendo solicitação de **MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de prontuário nº2016.08.002158 e de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 880228 pertencente ao requerente que foi atendido dia 25/08/2016 às 08h46min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura diafisária do rádio esquerdo.

Submetido a procedimento cirúrgico dia 03/09/2016 e alta medica dia 04/09/2016.



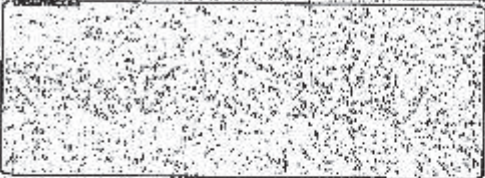
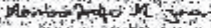

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de setembro de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

SINCOR/PP

30 OUT. 2017

IDENTIFICACION PERSONAL MINISTERIO DE LA CIUDAD DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACION CARTELA NACIONAL DE IDENTIFICACION	
NOMBRE MAURICIO PASCIFICO MONTENEGRO JUNIOR	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DE 31296381
	CDT 079-550-104-85
	DATA DE NACIMIENTO 10/12/1980
	NOMBRE MAURICIO PASCIFICO MONTENEGRO ELIDA MARTA DE SOUZA MELO
	FIRMADO 
N° RECIBIDO 0511613640	VALOR 18/11/2010
N° RECIBIDO 0511613640	VALOR 03/01/2011
DESCRIPCION 	
FIRMADO POR 	
LOCAL JUAN PESSOA PB	DATA DE EMISSAO 19/11/2015
	57717691720 EBD311660762
SECRETARIA DE IDENTIFICACION	

30 OCT. 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PB

Nº 013026900515
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 0105025881-4 2017/00001488515
0105025881-4 00/00000000 2017

NOME: MEXICITO PACIFICO M JUNIOR

CPF / CNPJ: 07955010485 PLACA: OFB2292/PB

PLACA ANT.: NOVO CHASSI: PB 9C6KG0380G0001307

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/MAO APPLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: YAMAHA/XZ250-500-2015-2015

CAP / POT / CIL: 2 P/249 V/CH CATEGORIA: PARTICIP LAPIRKA

COTA UNICA: 00/00/0000 VENC. COTA UNICA: 1º

FAIXA LPIVA: 1ª PARCELA VENC. / COTAS: 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 20/01/2017

PREMIOS: 2 A G O 20/01/2017

JOAO PESSOA - PB

1739786 761

CONTRA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRRE, CUI OR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 013026900515 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 04/05/2017

VIA: CPF / CNPJ: 07955010485 PLACA: OFB2292/PB

RENAVAM: 0105025881-4 MARCA / MODELO: YAMAHA/XZ250-500-2015-2015

ARC FAB: 2015 9 CHASSI: 9C6KG0380G0001307

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 20/01/2017

PRÊMIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 20/01/2017

PRÊMIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 20/01/2017

PRÊMIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 20/01/2017

PRÊMIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 20/01/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

1739786 761

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR** Sinistro: **3170587962** Data: **24/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Laudina da Cunha Santos, 975 - Funcionários I - João Pessoa - PB - CEP 58079-115**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3128638**

Data local do exame: [**20/11/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura rádio ESQ (diáfise). Pct entrar deambulando no consultório, sem uso de dispositivos auxiliares (órtese, imobilização, etc).

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Pct foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura fechada da diáfise do rádio ESQ. Realizou Sessões de fisioterapia e está de alta.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Presença cicatriz cirúrgica na topografia do antebraço ESQ, via de acesso de Thompson, compatível com acesso para diáfise do rádio ESQ. Tem déficit da ADM do punho ESQ. Pct tem as seguinte amplitudes: desvio ulnar (DIR:20º/ ESQ: 10º), Desvio radial (DIR: 40º/ ESQ: 25º), flexão (DIR: 80º/ ESQ: 70º), extensão (DIR: 75º/ ESQ: 40º). Pronação (-10º finais) e supinação (-20º finais).

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PUNHO ESQ

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Não portava exames de imagem.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170587962 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR **Data do acidente:** 24/08/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura rádio ESQ (diáfise)

Descrição do exame médico pericial: Paciente entra deambulando no consultório, sem uso de dispositivos auxiliares (órtese, imobilização, etc). Presença cicatriz cirúrgica na topografia do antebraço ESQ, via de acesso de Thompson, compatível com acesso para diáfise do rádio ESQ. Tem déficit da ADM do punho ESQ. Pct tem as seguintes amplitudes: desvio ulnar (DIR:20º/ ESQ: 10º), Desvio radial (DIR: 40º/ ESQ: 25º), flexão (DIR: 80º/ ESQ: 70º), extensão (DIR: 75º/ ESQ: 40º). Pronação (-10º finais) e supinação (-20º finais).

Resultados terapêuticos: Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura fechada da diáfise do rádio ESQ. Realizou Sessões de fisioterapia e está de alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Não portava exames de imagem.
Indenização em grau leve do membro superior devido à repercussão funcional do membro (limitação da flexo-extensão do punho e da pronosupinação do antebraço).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170587962 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR **Data do acidente:** 24/08/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170587962 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO PACIFICO MONTENEGRO JUNIOR **Data do acidente:** 24/08/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura rádio ESQ (diáfise)

Descrição do exame médico pericial: Paciente entra deambulando no consultório, sem uso de dispositivos auxiliares (órtese, imobilização, etc). Presença cicatriz cirúrgica na topografia do antebraço ESQ, via de acesso de Thompson, compatível com acesso para diáfise do rádio ESQ. Tem déficit da ADM do punho ESQ. Pct tem as seguintes amplitudes: desvio ulnar (DIR:20º/ ESQ: 10º), Desvio radial (DIR: 40º/ ESQ: 25º), flexão (DIR: 80º/ ESQ: 70º), extensão (DIR: 75º/ ESQ: 40º). Pronação (-10º finais) e supinação (-20º finais).

Resultados terapêuticos: Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura fechada da diáfise do rádio ESQ. Realizou Sessões de fisioterapia e está de alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Não portava exames de imagem.
Indenização em grau leve do membro superior devido à repercussão funcional do membro (limitação da flexo-extensão do punho e da pronosupinação do antebraço).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

