

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2017

Carta nº: 10713457

A/C: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170160745 ASL-0102109/17

Vitima: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA

Data Acidente: 18/12/2015

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](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**



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2017

Carta nº: 10717371

A/C: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170160745 ASL-0102109/17  
Vitima: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA  
Data Acidente: 18/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- 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, 13 de Julho de 2017

Carta nº: 11303411

A/C: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA

**Sinistro:** 3170160745 ASL-0102109/17  
**Vítima:** ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA  
**Data Acidente:** 18/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

FU, Adriano de Costa Souza Braga  
 PORTADORA(A) DO RE Nº 2948096 EXPEDIDO POR SSP/RS EM 01/02/02  
 CPF 058089404-40 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Motorista  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Adriano de Costa Souza Braga, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

DOCUMENTO 1 \*T19\*



Para evitar reproar,

relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem 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).
- 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 Lotéricas 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 SISDPVA; Sinistros que não é o mesmo de conta destinada 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 informações 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 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 11 00 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 21635-4

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.

Albino grande 16 de Dezembro de 2016

*Alvaro da Costa Sousa Lemos*  
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 ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

rapidez e segurança em suas compras.



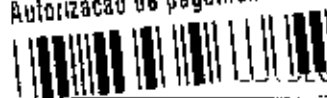


Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_



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.

FU Adriano da Costa Souza Bezerra  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2948096 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 00/02/02 E  
 CPF 058089704-4 /CNPJ 000000000-000000000 PROFISSÃO Motociclista  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Adriano da Costa Souza Bezerra 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 Lotéricas 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 e cancelamento da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

03/01/2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 904 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1100 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00021635-4

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 30 de Março de 2017  
 LOCAL E DATA

Adriano da Costa S. Bezerra  
 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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

garanta a segurança em suas compras.



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
03 JUL. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Vitoriano da Costa Souza Bezerra, portador da carteira de identidade nº 2948096 e inscrito no CPF sob o nº 038.089.406-40 residente e domiciliado na Rua Clemente Cavalcante, 241 - centro, Cidade Alagoinha Grande, Estado Pernambuco, 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
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

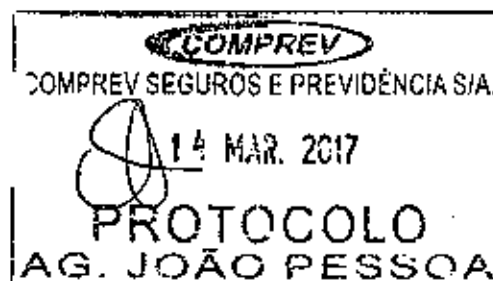
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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.

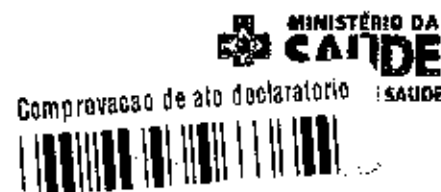
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Vitoriano da Costa Souza Bezerra  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Alagoinha Grande, 16 de dezembro de 2016  
Local e data

DOCUMENTO 2 \*T24\*





## CERTIDÃO

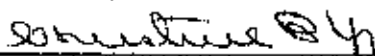
Nº. 0009/2016

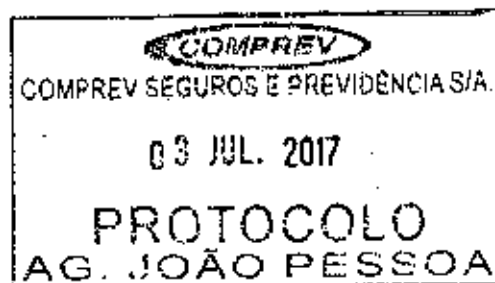
Atendendo solicitação de EGUINALDO DA SILVA BATISTA JR e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 815129 pertencentes a **ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA** atendido no dia 18/12/2015 às 07H43min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em ombro esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e liberado.

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

João Pessoa, 05 de janeiro de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AC. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 815129 Atd: Nao Regular  
Data: 18/12/2015  
Hora: 07:43:38  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: PEDIATRICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2015.12.001412

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2978096 Fone: 93385118

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/06/1983 Id: 32 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, SNSEM CARTAO DO SUS MOTORISTA DE CAMINHAO

Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: ADERMAR BEZERRA DA COSTA

Mae: MARIA JOSE DA COSTA SOUZA BEZERRA

Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA

Tel/Doc. Responsavel: 93385118 / IDENTIDADE: 2978096

Procedencia: BAIRRO ERNESTO GEISEL

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO PROX DA CIZA ONTEM AS 8/ HS DA NOITE

Vitima de violencia por: CONDUTOR DA MOTO MORENO ENS M C

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

EC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

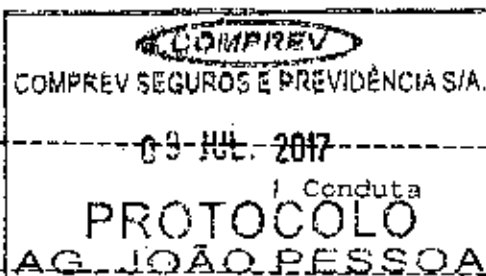
Observacao

QUEDA DE MOTO, TRAUMA EM MSE

*Da em o livro (E) pós acidente motociclistas.*

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

*cp: Rm livro (E)*



Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. José Rodriguez Zorrilla  
Cirurgia do Joelho  
CRM - 9390

*Dr. Valter / Rm Im*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|------|--------------|------|---------|----------|

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*P. Chaves da Costa S.*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriano Costa Souza Bezerra

RG nº 2948096, data de expedição 01/02/02

Órgão SSP/PB, CPF nº 058.089.404-40, 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:

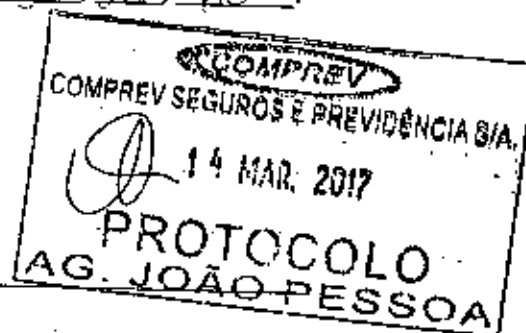
|                                   |                                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Ernesto Cavalcanti</u>                   |
| Número                            | <u>241</u>                                      |
| Aptº / Complemento                | <u>DOCUMENTO 2 "T290"</u>                       |
| Bairro                            | <u>centro</u>                                   |
| Cidade                            | <u>Alagoa Grande</u>                            |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>                                  |
| CEP                               | <u>58388-000</u>                                |
| Telefone de contato               | <u>(73) 3512-6361 / 98432-6361 / 98854-1132</u> |
| E-mail                            | <u>alexandresouza.bezerra@netmail.com</u>       |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Alagoa Grande / 16/02/16

Adriano Costa Souza Bezerra

Assinatura do Declarante



JOAO OTILIO BEZERRA  
RUA ERNESTO CAVALCANTE, 211/A - CENTRO  
ALAGOA GRANDE/PB CEP: 5838000 (AG 22)

**energisa**

Centro Subst. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO D-230, Rm-25 - Oito-Paralela - João Pessoa/PB - CEP: 53071-630  
Roteiro: 1-40-532-0810 Referência: Dez/2016 CNPJ: 08.908.162/0001-40 - Ins. Est. 15.015.423-0  
Nº medidor: 00000807852 Entregador: 05/12/2016

Nota Fiscal / Contador Energia Elétrica Nº000-000-011  
Código para Débito Automático: 000000000000

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/881019-4

Dez / 2016 Canal de contato

Apresentação

05/12/2016

Data prevista da próxima leitura

04/01/2017

CNPJ / CNPJ / RANI

1102271407

11/11/2016

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

100,17

| Anterior | Atual    | Constante | Consumo | Dias |
|----------|----------|-----------|---------|------|
| 04/11/16 | 05/12/16 | 1         | 131     | 31   |

| Descrição                    | Quantidade | Preço   | Valor (R\$) |
|------------------------------|------------|---------|-------------|
| Consumo em kWh               | 131        | 0,44028 | 57,67       |
| Adic. B. Amarelo             |            |         | 1,63        |
| ICMS                         |            |         | 23,77       |
| PIS                          |            |         | 0,00        |
| COFINS                       |            |         | 4,00        |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS       |            |         |             |
| CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA    |            |         |             |
| Juros de Mora 100019         |            |         |             |
| Multa 100210                 |            |         |             |
| Atualização Monetária 100310 |            |         |             |

| BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR R\$ |
|-----------------|----------|-----------|
| ICMS - I        | 00,00    | 21,77     |
| PIS             | 00,00    | 0,00      |
| COFINS          | 00,00    | 4,00      |

VENCIMENTO 12/12/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 101,07

RESERVADO AO RISCO b88b.f0d5.9b17.7b70.3425.f022.ac26.285c.

| Indicadores de Qualidade | Limite da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|--------------------------|-----------------|---------|----------------------|
| DE MÊS                   | 6,67            | 0,00    | NOMINAL 220          |
| DE TRIMESTRE             | 13,34           |         |                      |
| DE ANO                   | 26,68           |         |                      |
| DE MÊS                   | 1,55            | 0,00    | CONTRATADA 220       |
| DE TRIMESTRE             | 3,10            |         |                      |
| DE ANO                   | 14,20           |         |                      |
| DE MÊS                   | 3,97            | 0,00    | LIMITE INFERIOR 220  |
| DE MÊS                   | 12,27           |         | LIMITE SUPERIOR 220  |

| Descrição                    | Valor (R\$) | %      |
|------------------------------|-------------|--------|
| Serviço de O&M de Energia PB | 27,94       | 27,30  |
| Consumo de Energia           | 20,20       | 20,00  |
| Serviço de Transmissão       | 1,55        | 1,53   |
| Serviço de Distribuição      | 0,95        | 0,94   |
| Impostos Diretos e Encargos  | 41,77       | 41,23  |
| Outros Serviços              | 0,00        | 0,00   |
| Total                        | 101,07      | 100,00 |

**ATENÇÃO**  
RESERVA DE VENCIMENTO: Caso o(s) faturamento(s) acima mencionado(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 20/12/2016. Conforme Resolução 474 da ANEEL, O consumidor, após essa data, não poderá alegar desconhecimento da dívida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ao consumidor por meio de carta ou e-mail, exceto na Unidade Consumidora para comprovação. Caso já tenha recebido o pagamento do(s) faturamento(s) acima, desconsidere essa mensagem. Faltas sanadas a qualquer tempo não geram direito ao crédito no caso de inadimplência.

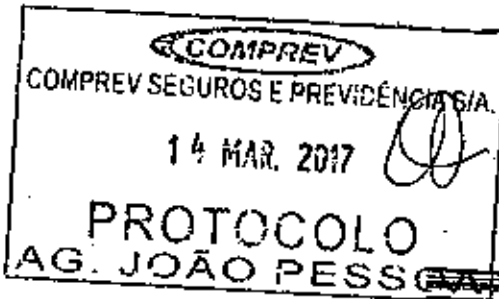
energisa PARQUE VENCIMENTO 12/12/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 101,07  
Roteiro: 1-40-532-0810 Medidor: 081019-2016-12-3  
83800000001-8 01070054000-7 08810192016-8 12/12/2016-8

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
14 MAR. 2017  
PROTOCOLO  
AG JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 1 "T196"



Atendimento Claro - Ligue 1052.  
Auto-Atendimento - Ligue \*1052#  
Na Web - [www.claro.com.br/finhaclearo](http://www.claro.com.br/finhaclearo)



OTC RECIFE PEJPA PLS  
JOSE EDUARDO DA SILVA  
R JOAO MACHADO 399  
SALA CENTRO  
58013-520 JOAO PESSOA PB

DATA DE VENCIMENTO: 15/08/2016 - DATA DE POSTAGEM: 01/08/16  
721134357504928000007251430010815



Número do seu Claro  
83 99342 1170

Período de Uso  
de 23/06/2016 a 22/07/2016

Vencimento  
15/08/2016

Total a Pagar  
R\$ 39,87



## 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.

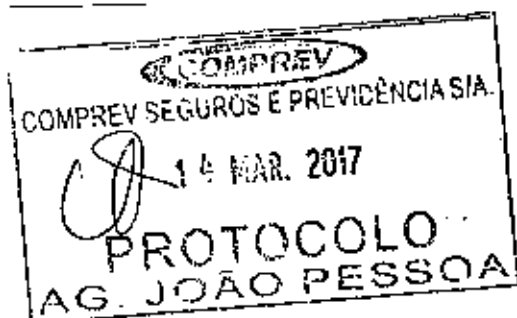
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recusa

Documentos comprobatórios: Recusa

[Assinatura]  
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Adriano de Costa Souza Bezerra  
brasileiro, Quarado, Motorista, portador do RG de Nº  
2948096 e CPF de Nº 038.089.404-40, vítima de acidente de  
transito dia 18/12/15 no veículo Moto Honda Popico de placa  
NAF8199/B, onde eu era Condutor, de propriedade  
de Antônio Salustiano de Miranda, VENHO aqui informar  
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a  
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por  
um destes motivos abaixo marcado.

( ) o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE  
VEÍCULO

(X) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à  
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do  
meu processo de \_\_\_\_\_, pois eu não posso ser prejudicado por  
um destes motivos acima.

Adriano de Costa Souza Bezerra  
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Alagoinha Quisseli, \_\_\_\_\_, 16 de Dezembro de 2016.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

99338-5108/99197-8341

Ficha Nr: 815129 Atd: Nao Regulac.  
Data: 18/12/2015  
Hora: 07:43:38  
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: PEDIATRICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2978096 Fone: 93385118 Num. Prontuario: 2015.12.001412  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/06/1983 Id: 32 ano(s)  
End.: RUA PROJETADA, SNSEM CARTAO DO SUS MOTORISTA DE CAMINHAO  
Bairro: CUIA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Pai: ADERMAR BEZERRA DA COSTA  
Mae: MARIA JOSE DA COSTA SOUZA BEZERRA  
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: ADRIANO DA COSTA SOUZA BEZERRA  
Tel/Doc. Responsavel: 93385118 / IDENTIDADE: 2978096  
Procedencia: BAIRRO ERNESTO GEISEL



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO PROX DA CIZA ONTEM AS 8/ HS DA NOITE

Vitima de violencia por: CONDUTOR DA MOTO MORENO ENS M C

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO, TRAUMA EM MSE

*Do am e bno (E) pós acidente motociclistas*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*ce Ra ambo (E)*

Diagnostico

Conduta

Prescricao

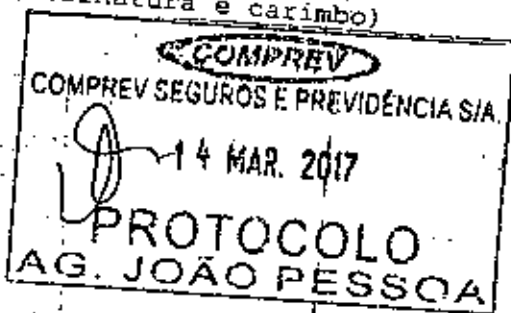
Horario da medicacao

Dr. José Rodriguez Zorrilla  
Cirurgia do Joelho  
CRM 9390

DOCUMENTO 4 \*T4\*



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|------|--------------|------|---------|----------|

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

BO 202 0079  
BO 206 0200

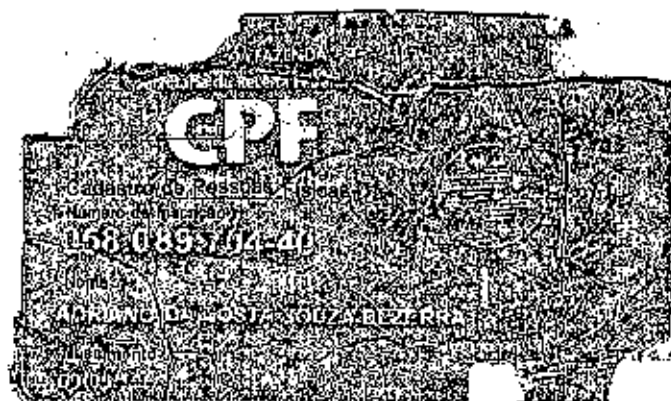
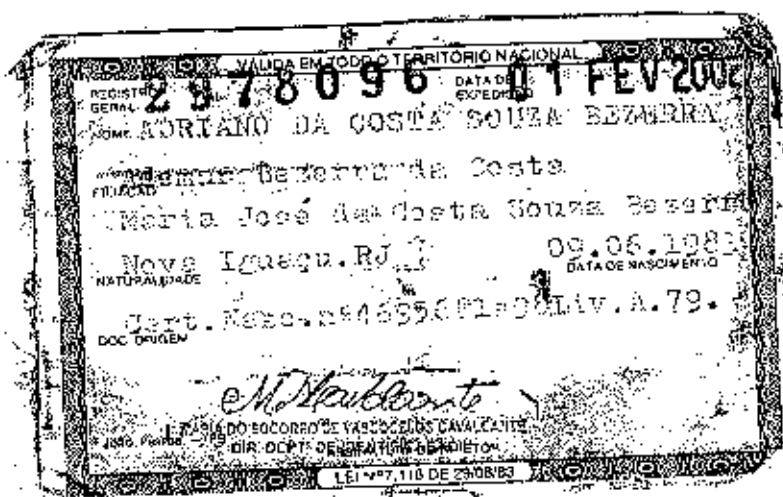
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

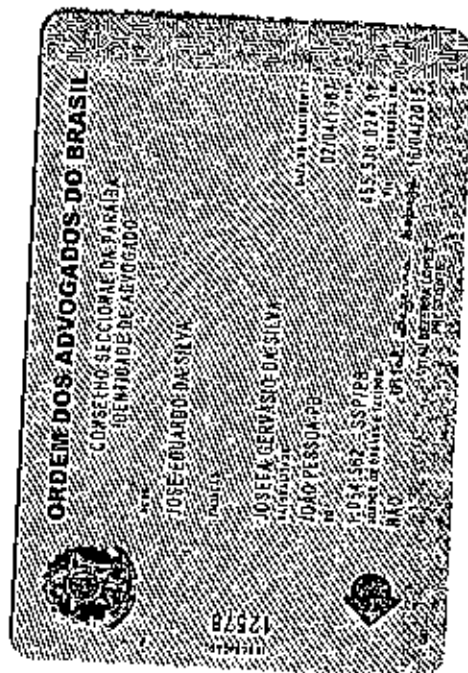
*[Signature]*  
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



DOCUMENTOS \*TSN\*





**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 14 MAR. 2017  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 012029853529  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 20150500010415 EXERCÍCIO  
1 00254304990 00/00000000 2015

NOME  
ANTONIO SALUSTIANO DE MIRANDA

CPF / CNPJ  
21925224449 NQF8199/PB

PLACA ANT. / UF  
NOVO PB 9C2HB0210AR119048

CHASSI  
9C2HB0210AR119048

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/POP100 2010 2010

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2-P/97 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS  
IPVA PAGO EM 23/12/2015 1ª

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS  
A\*\*\*\*\* 0 2ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 23/12/2015

OBSERVAÇÕES  
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

ALACOA GRANDE PB DATA  
23/12/2015

6297 36269

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 012029853529 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2015 23/12/2015

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 21925224449 NQF8199/PB

RENAVAM MARCA / MODELO  
00254304990 HONDA/POP100

ANO FAB. CAT. DAN. Nº CHASSI  
2010 9 9C2HB0210AR119048

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FAS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELA EMISSÃO DO BILHETE  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 23/12/2015

SEGURADORA LÍDER DPVAT  
CNPJ 09.258.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

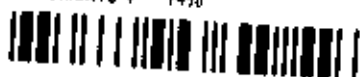
36269-0945315-20151223

DOCUMENTO 6 "T696"

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAR. 2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

Adriano da Costa Souza Bezerra  
 brasileiro(a), estado civil Casado profissão motonista  
 CI RG nº 2978096  
 CPF/MF nº 058.089.704-40 residente e domiciliado(a) à Rua Ernesto Cavalcante - 241 centro  
 Cidade de Alagoinha Grande Estado Paraná  
 CEP: 58388-000 telefone (83) 99157-9562 (83) 993385118

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 MAR. 2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Alagoinha Grande 16 de dezembro de 20 16.

Adriano da Costa Souza Bezerra

Selo Digital: AEE37421-R9XE

Consulte a autenticidade em <https://selo.digitaltrib.jus.br>

TABELA PÚBLICA

Reconheço, a(s) Fimal(s) por ( ) Semelhança e/ou  
 Autenticidade de: Adriano da Costa Souza Bezerra  
Alagoinha Grande, 16 de Dezembro de 2016



Cartório do Segundo Ofício de Notas - Alagoinha Grande-PB  
 Rua Francisco Lino Cavalcanti de Alencar, 68 - CEP: 58388-000  
 Fone: (83) 3373-2388 - E-mail: segundoficio@cartorioalagoinha.com  
 Social: Eimar Nogueira de Aguiar