

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11686017

A/C: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170504425 ASL-0353432/17
Vitima: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA
Data Acidente: 11/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11686217

A/C: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170504425 ASL-0353432/17

Vitima: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Data Acidente: 11/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/06/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA
Nº Sinistro: 3170504425
Vitima: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA
Data do Acidente: 11/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170504425**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11994041



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA**

Sinistro: **3170504425**
Vítima: **ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA**
Data do Acidente: **11/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170504425** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Carta nº: 12453965

A/C: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Nº Sinistro: 3170504425
Vítima: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA
Data do Acidente: 11/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002696-4

Conta: 0000019295-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170504425 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA **Data do acidente:** 11/06/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NÃO ESPECIFICADA NOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE PARESTESIA NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, MARCHA CLAUDICANTE E CICATRIZ CIRÚRGICA DE 10 CM NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Autorização de pagamento

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 indenizatório no banco.

EU, Antônio Carlos de Almeida
 FORNADOR(A) DO RG Nº 3502854 EXPEDIDO POR SSDS/PIB EM 10/11/2006
 CPF: 0186462439-43 / CNPJ: 000000000000000000, PROFISSÃO Recusou-se
 E RENDA MENSAL DE R\$ 2.500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Carlos de Almeida. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susseg 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 fonte 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 aparecerem 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 Unidades 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, bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítimas/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colori 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2916-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 19995-3

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

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

DECLARO QUE A CONTA AQUI 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.

Solânea PB 29 de Agosto
 LOCAL E DATA

Antônio Carlos de Almeida
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 15.500,00 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\$ 15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e do acordo com o tabelão de seguro previsto na Lei 21.084/64); e reembolso de até R\$ 7.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0411205.

www.paga.com.br
Sua conta, seu controle
TERM 00009022 AGENTE 701547 AUTE 13611
COBAN:067114 LOJA:0001 PDV:009022
25/07/2017 BANCO DO BRASIL 13:02:34
001111401 CORRESPONDENTE BANCARIO 0616
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: ANTONIATO C DE ALMEIDA
AGENCIA: 2696-4 CONTA: 19.295-3

=====

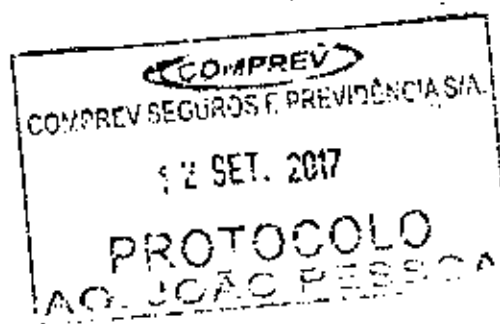
DATA	25/07/2017
NR. DOCUMENTO	116.711.400.616
VALOR DINHEIRO	2200
VALOR TOTAL	2200

=====

NR.AUTENTICACAO 9.3C1.73F.90A.14A.058

VIA DO CLIENTE

PAG FACIL





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 719/2017

Aos QUATRO dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:00min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA, conhecido(a) por **ANTONIATO**, Identidade nº 3.502.854-SSS/PB, CPF nº _____, nacionalidade brasileiro, estado civil: divorciado, profissão: autonomo, filho(a) de Antonio Da Costa Almeida E Maria De Lourdes Cavalcante De Almeida, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/06/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Getulio Vargas, 480, Centro De Solânea/PB, tendo como ponto de referência: proximo a Delegacia Seccional, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: _____

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
 - 2) **Data do Fato:** 11 de junho de 2017;
 - 3) **Horário do fato:** 18h:00min;
 - 4) **Local do fato:** Centro de Solânea/PB;
 - 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE TRAUMINHA JOÃO PESSOA/PB;
 - 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
 - 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
 - 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MARCA/MODELO HONDA/POP 100; COR VERMELHA; ANO 2011/2012; PLACA OFE8329/PB; CHASSI 9C2HB0210CR428575 EM NOME DE ANTONIO DA COSTA ALMEIDA

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

JOSÉ HELIO VIRTURINO E VANESSA FERNANDES DA SILVA

8) **Breve resumo do fato:**

QUE o comunicante transitava em sua motocicleta acima descrita no centro de Solânea, quando em um certo momento a pessoa conhecida como CREMILDA que vinha em outra motocicleta colidiu frontamente na motocicleta do comunicante; QUE a colisão fez com que o comunicante caísse gravemente ferido ao solo, assim sendo necessario a equipe da SAMU socorrer o mesmo, logo após o mesmo foi encaminhado com urgencia para o Hospital de Trauminha de João Pessoa/PB.; QUE após passar uma semana no Trauminha de João Pessoa o comunicante foi transferido para o Hospital Particular Pronto Socorro de Fratura de Guarabira/PB, para assim se realizada uma cirurgia com urgencia.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Coudank de Almeida, portador da
carteira de identidade nº 3.502.054 e inscrito no CPF nº 086.462.434-43,
residente e domiciliado na Rua Presidente Getúlio Vargas, 400 - Centro
Cidade Solânea,
Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado

de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins do
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 à
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.

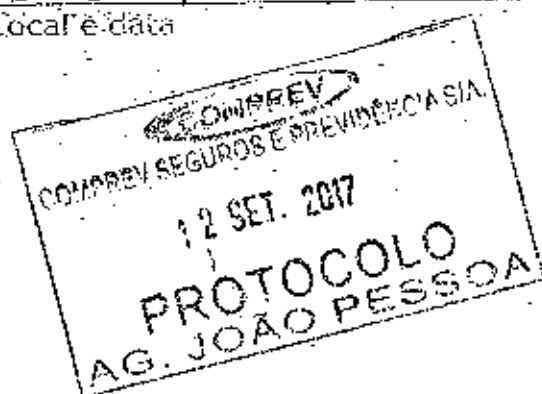
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa
perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antônio Coudank de Almeida

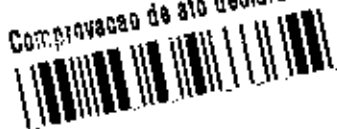
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Solânea PB 29.08.2014

Local e data



Comprovação de ato declaratório



SAMU

192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

(ATO DECLARATÓRIO)

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que foi prestado atendimento PRÉ-HOSPITALAR pelo SAMU do município de Solânea - PB, à vítima Antoniato Cavalcante de Almeida portador de RG 3502854 na cidade de Solânea e transferido para o Hospital Ontofranco de Mangabeira na cidade de João Pessoa - PB no dia 11 de Junho de 2017.

OBS: O paciente acima citado foi vítima de acidente de trânsito.


Vânia Cândida da Silva
Enfermeira
COREN-PB 287.296


COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02696-4

CONTA: 000000019295-3

Nr. da Autenticação C91F98AED87C2D3C

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Carlos de Almeida

RG nº 3.502.854

data de expedição 10/11/2006

Órgão SSDS/PB

CPF nº 086.462.434-93

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 Presidente Getúlio Vargas</u>
Número	<u>480</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Solânea</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58225-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 998137333 (83) 981995008</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Solânea PB

29.08.2017

Antônio Carlos de Almeida

Assinatura do Declarante



MAIA DE LOURDES CAVALCANTE DE ALMEIDA
RUA PRES GETULIO VARGAS, 480 - CENTRO
SOANEA/PB CEP. 58225000 (AO. 44)

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Clas. de Abastecimento: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-200 Km 25 - Creta Federer - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
Rótulo 7 - 44 - 40 - 430 Referência Mai/2017 CNPJ 08.086.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.825-0
Nº medidor 00030975220 Emissão: 12/05/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 482 106

Código para Débito Automático: 00000891100

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 Acesso: www.energis.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 5/5957120

Canal de contato

Mai/2017

Apresentação

12/05/2017

Data prevista da próxima leitura

12/06/2017

CPF/CNPJ/RANI

B1719429472

Faturas em atraso

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Letura Data Letura 1 100 31

11/04/17 21517 12/05/17 21707

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	190	0,41102	79,09
Adic. B. Vermeja			5,70
ICMS			33,77
PIS			1,34
COFINS			8,16

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	10,78
JUROS DE MORA 04/2017	0,47
MULTA 04/2017	2,18

Histórico de Consumo (kWh)

04/17	158
M/17	190
Fev/17	155
Jan/17	209
Dez/16	297
Nov/16	188
Out/16	154
Set/16	169
Ago/16	155
Jul/16	178
Jun/16	207
Mai/16	170

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	125,08	27,00	33,77
PIS	125,08	1,0757	1,34
COFINS	125,08	6,449	8,16

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

19/05/2017 R\$ 138,50

Mês de 24 últimos meses
177

RECEBIMENTO DO PAGADOR

2421.1145.5f02.ebf6.02db.383e.d18a.518d.

Indicadores de Qualidade

Limites ANEEL Aplicado

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Composição do valor total da sua conta

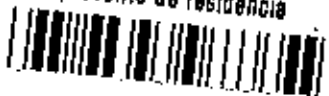
Discriminação	Valor (R\$)	%
Servço de Dist. de Energia PB	30,15	21,77
Consumo de Energia	40,88	29,39
Servço de Transmissão	2,07	1,49
Encargos Setoriais	10,89	7,89
Impostos, Oribtos e Encargos	54,71	39,50
Outros Servços	0,00	0,00
Total	138,50	100,00

Valor do BLS (R\$ 0,12017) R\$ 41,75

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
2 SET. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

37



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leandro Luiz Nascimento RodriguesRG nº 02493868258 data de expedição 04/11/2015Órgão João Pessoa PB CPF nº 813404104-49 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:

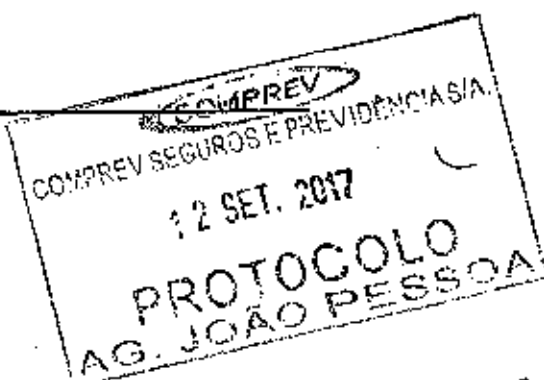
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Ode Carneiro Pereira de Melo</u>
Número	<u>154</u>
Aptº / Complemento	<u>AP 105</u>
Bairro	<u>JD. Oceânico</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58037-562</u>
Telefone de contato	<u>(83) 998137333 (83) 981995008</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

João Pessoa PB 29.08.2017

Assinatura do Declarante



energisa

0800 083 0195

MAY2017

18/05/2017

20/06/2017

[illegible]

11-25-2024 11:25:24 AM

Month	2017	2018
JAN	200	200
FEB	324	324
MAR	228	228
APR	1	1
MAY	311	311
JUN	388	388
JUL	341	341
AUG	43	43
SEP	38	38
OCT	48	48
NOV	42	42
DEC	50	50

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	155,50	27,00%	42,01
PIS	155,50	1,0767%	1,67
COFINS	155,50	4,9404%	7,69

25/05/2017

R\$ 162,60

RECEIVED

4017 2023.4193.0385.2023.1011.1.002.5050

[illegible][illegible]

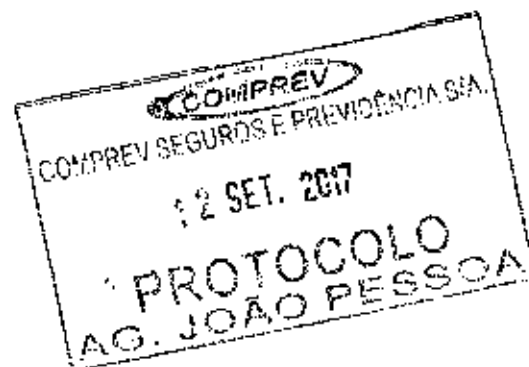
2. **2000-2001**

Filing: 11-000-830-3240
 Mailing: 143 510-2017-057

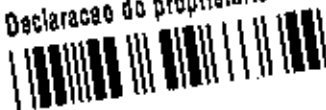
25/05/2017

R\$ 162,60

03690000001-0 82600169000-4 01435102017-8 05700080019-7



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO DA COSTA ALMEIDA

RG nº 575.007, data de expedição 18/09/2010, Órgão SSPB,
portador do CPF nº 364.787.844-87, com Domicílio na
cidade de SOLÂNIA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) GETULIO DAGAS,
nº 480, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ANTONIO CAVALCANTE DE ALMEIDA,
cujo o condutor era ANTONIO CAVALCANTE DE ALMEIDA.

Veículo: Moto
Ano: 2011/2012
Modelo: HONDA POP 100
Placa: O.F.E. 8329
Chassi: 9C2HB0210C6428575
Data do acidente: 11-06-2017

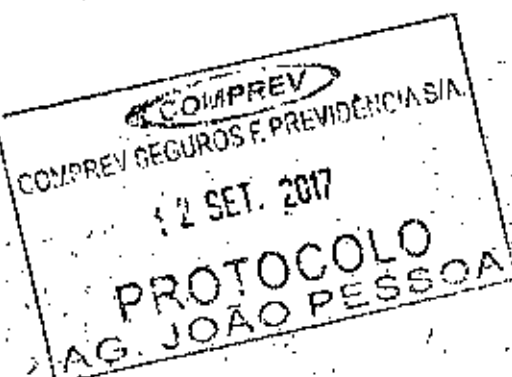
Local e data: _____

X Antônio da Costa Almeida
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Elda Sousa Alencar de Brito
Escrivente

X Antonio Cavalcante de Almeida
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



PROSFRAG – PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA LTDA
AV: RIO BARBOSA, NO 240 – CENTRO-GUARABIRA/PB
FONE: 833271-1156

CNPJ: 09.239.906/0001-38

ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Documentação médica – hospitalar



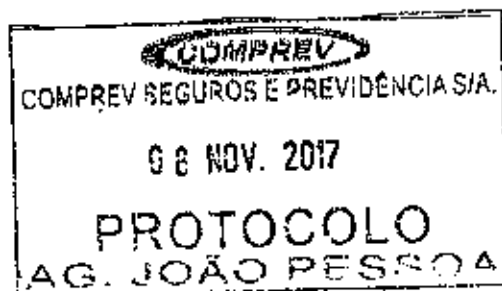
LAUDO MÉDICO

Paciente apresenta o CID 10: T93, referente a Fratura Dos Ossos da perna esquerda, como sequela de acidente de Moto, exames e imagem em anexo, déficit de função importante de mais 30% da capacidade laboral.

Dr. Temístocles A. R. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 7618 / REC 15747

Dr. Temístocles de Almeida Ribeiro Filho
CRM 7618

Guarabira, 09 de Outubro de 2017.



PROSFRAG – PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA LTDA
AV: RIO BARBOSA, NO 240 – CENTRO-GUARABIRA/PB
FONE: 833271-1156

CNPJ: 09.239.906/0001-38

ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Documentação médico – hos



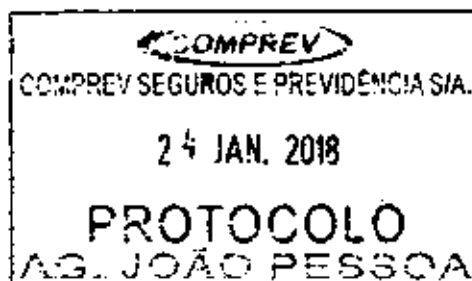
LAUDO MÉDICO

Paciente apresenta o CID 10: T93, referente a Fratura Dos Ossos da perna esquerda, como sequela de acidente de Moto, exames e imagem em anexo, déficit de função importante de mais 30% da capacidade laboral.

Dr. Temístocles A. R. Filho
Ortopedista - Traumatologista
CRM 7618 / RGO 15747

Dr. Temístocles de Almeida Ribeiro Filho
CRM 7618

Guarabira, 09 de Outubro de 2017.





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **086.462.434-43**

Nome: **ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA**

Data de Nascimento: **08/06/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/01/2007**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: 16:59:36 do dia 29/08/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8924.8F0A.3210.FF54**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
	NOME FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES
	DOC. IDENTIFIC. / END. RESID. DE 15020703 SSP SP
	CPF 813.407.107-49
	DATA NASCIMENTO 17/03/1965
FILIAÇÃO WALDOMIRO LEITE RODRIGUES ZAYDE NASCIMENTO RODRIGUES	
TERMINADO ACC CAPHA AB	
1º REGISTRO 02493868250	
VALIDADE 03/11/2020	
1ª EMISSÃO 01/12/1984	
OBSERVAÇÕES	
<i>[Signature]</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 04/11/2015	
<i>[Signature]</i> ASSINATURA DO EMISSOR	
65888953619 00031571662	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1169687961

PROIBIDO PLASTIFICAR

1169687961

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 SET. 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 PROFISSÃO: ARTESÃO Nº DO RG: 3.502.854
 ORGÃO EMISSOR: SSDS IPB DATA DE EMISSÃO: 10/11/2006
 Nº CPF: 086.462.434-43 ENDEREÇO: R. GETÚLIO VAGAS
Nº 480 SOLÂNIA PB

OUTORGADO: Fernando Luiz Nascimento Rodrigues
 NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
 PROFISSÃO: CONSULTOR Nº DO RG: 024.938.682-58
 ORGÃO EMISSOR: Detran PB DATA DE EMISSÃO: 04/11/2015
 Nº CPF: 813.407.107-49 ENDEREÇO: Rua Odebrecht Camarero Penanc
de Nelo 154 Ap 105 JD. Oceanic - João Pessoa - PB

PODERES:

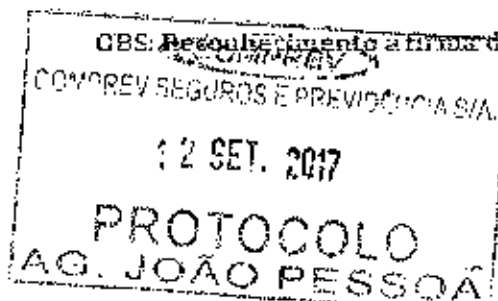
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Solanec PB 06 de Julho de 20 17



x/ Antoniato Cavalcante de Almeida
 Assinatura

22



**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): **ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA** Sinistro: **3170504425** Data: **11/06/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PRESIDENTE GETULIO VARGAS, 480 - CENTRO - Solânea - PB - CEP 58225000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3502854**

Data local do exame: [**21/02/2018**] **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 NÃO ESPECIFICADA NOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. VÍTIMA REFERE PARESTESIA NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, MARCHA CLAUDICANTE E CICATRIZ CIRÚRGICA DE 10 CM NO TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA.

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.
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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.

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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):
Tornozelo esquerdo

% 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.


Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB