

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de:** FLAVIA FERREIRA

**Nº Sinistro:** 3180536834

**Vítima:** CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

**Data do Acidente:** 14/09/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180536834**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180536834

Vítima: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

Data do Acidente: 14/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FLAVIA FERREIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório  
Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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 221206 (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 ou ASL

CPF da Vítima

700.208.124-18

Nome completo da vítima

CAIO VIANO DE MOURA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

FLÁVIA FERREIRA

CPF titular da conta

038.323.884-80

Profissão

DO LAR

Endereço

RUA ERNANDO MARINHO FILHO

Número

65

Complemento

CASA

Bairro

ALTO DOMATEUS

Cidade

JOÃO PESSOA

Estado

PB

CEP

58.090-635

Email

Telefone (DDD)

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECLUIO INFORMAR

X 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

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

X CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

0036

D/V

CONTA

6339

D/V

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGENCIA

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

D/V

(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.

JOÃO PESSOA, 06 de novembro de 2018

Local e Data

X Flávia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
SAG 0800 725 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

309-623110991-0

05/NOV/2018 HORA DF 15:39:51

LOT: 13.013102-4 TERM: 018652  
LOCALIDADE: JOAO PESSOA  
AG. VINCULADA: 0036 CONTROLE: 61746041

DEPOSITO EM DINHEIRO

0036 013 00006119-9

FLAVIA FERREIRA

VALOR :

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

309-623110991-0

1a VIA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
14 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (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 ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

700.208.124-18

CAIO VIANO DE MOURA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

FLÁVIA FERREIRA

CPF titular da conta

038.323.884-80

Profissão

DO LAR

Endereço

RUA ERNANDO MARINHO FILHO

Número

65

Complemento

CASA

Bairro

ALTO DOMATEUS

Cidade

JOÃO PESSOA

Estado

PB

CEP

58.090-635

Email

Telefone (DDD)

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECLUIO INFORMAR

X 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

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

X CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

0036

D/V

CONTA

6339

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGENCIA

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 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.

JOÃO PESSOA, 06 de novembro de 2018

Local e Data

X Flávia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
SAG 0800 725 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

309-623110991-0

05/NOV/2018 HORA DF 15:39:51

LOT: 13.013102-4 TERM: 018652  
LOCALIDADE: JOAO PESSOA  
AG. VINCULADA: 0036 CONTROLE: 61746041

DEPOSITO EM DINHEIRO

0036 013 00006119-9

FLAVIA FERREIRA

VALOR :

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

309-623110991-0

1a VIA

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
14 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 02123.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02123.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:25 horas do dia 06 de novembro de 2018, 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Flavia Ferreira**, CPF nº 035.323.884-80, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria de Fátima Martiniano da Silva e Raimundo Gaspar Ferreira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/05/1976 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Ernandes Marinho Filho, Nº 065, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Ponto Final dos Ônibus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-0490.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Principal -próximo Ao Campo de Futebol, Campo de Futebol, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/09/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

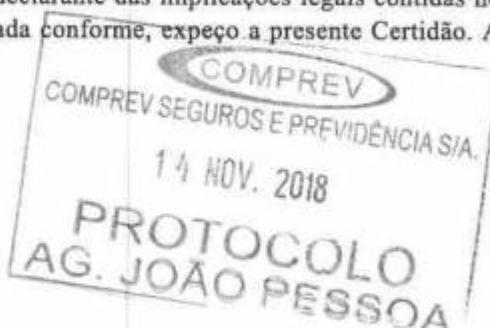
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE segundo a declarante já qualificada acima, relata que o seu filho menor de 16 anos de idade de nome: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA, CPF nº 700.208.124-18, RG nº 4.717.605 SSP/PB, filho da declarante e de Manoel Gomes de Moura; QUE segundo a declarante o seu filho vinha de carona no veículo tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/POP 110 I, ano e modelo: 2018 de cor Branca, placa: QSC 5568/PB, Chassi nº 9C2JB0100JR114194, registrado em nome de Paulo Pereira de Moura-CPF nº 061.713.344-13, CNH registro: 044597122273, categoria "AB", QUE segundo a declarante o piloto vinha com destino a uma farmácia, quando o piloto caiu em um buraco vindo o mesmo a perder o controle e caído ao chão, vindo a se machucar o carona; QUE o seu filho (carona) foi socorrido por terceiro para o ortotrauma conforme laudo médico CID 10 S82.1 datado de 28/09/2018, ASSINADO PELO MÉDICO: Arão S. de Alencar CRM 7967/PB; QUE não quer representar criminalmente. OBS SEGUE DECLARAÇÃO DO HOSPITAL SAMARITANO COM COPIAS DO PRONTUÁRIO.

**ADENDO(S):**

Que na data 06/11/2018, à(s) 09:47 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: CNH REGISTRO Nº 04459712273. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL**  
P A R A I B A



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 06 de novembro de 2018.

*Diogenes*  
\_\_\_\_\_  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigacao

*Flavia Ferreira*  
\_\_\_\_\_  
FLAVIA FERREIRA

Noticiante



Procedimento Policial: 02123.01.2018.1.00.420

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:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CAROL MANOEL DE MOURA

CPF da Vítima

700.208.124-18

Data do Acidente

14/09/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

FLAVIA FERREIRA

CPF do Representante legal

035.323.884-80

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOÃO PESSOA, 06 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

 14 NOV. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

Flávia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

- Dr. Andre Luis L. G. de Siqueira  
 Dr. Antônio Almeida de Lacerda  
 Dr. Arão Santos de Alencar  
 Dr. Felipe Tavares Sena  
 Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa  
 Dr. Milton da Silva Linhares  
 Dr. Renzo Soares de Castro  
 Dr. Rodrigo Castro do Amaral  
 Dr. Rômulo Soares de Castro  
 Dr. Rossana Cavalcante Almeida  
 Dr. Túlio Augusto de M. Tormes  
 Dr. Vlademir Antônio Cousseau

# Ato declaratório



**ORTOTRAUMA**  
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

## LAUDO MÉDICO

CAIO MANOEL FERREIRA DE MORUA

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 14/09/2018, COM FRATURA DE PLATO TIBIAL LATERAL E MEDIAL, ASSOCIADO A AVULSAO DE ESPINHA TIBIAL E FRATURA -AVULSAO DO LIG CRUZADO POSTERIOR, REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSO E HOJE APRESENTA-SE EM TRATAMENTO AMBULATORIAL.

CID: S82.1

JOÃO PESSOA – 28/09/2018

ARÃO S. DE ALENCAR

CRM-PB 7967 TEOT 14049

CIR. DO JOELHO



- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Oncologia Musculoesquelética
- Cirurgia do Ombro

Av. Epitácio Pessoa, 2491  
 Pedro Gondim - João Pessoa / PB  
 Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002  
 3244.1452

Raio X •  
 Artroscopia •  
 Clínica de Fraturas •  
 Ortopedia Dedicada

# 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: 18/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FLAVIA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 00000006119-9

---

Nr. da Autenticação 431533A428CB9D73

FLAVIA FERREIRA  
FLA FERNANDO MARINHO FILHO, SIN/ C 5 L 65 - ALTO DO MATEUS  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58080035 (AG: 1)



Emissao: 17/09/2018 Referencia: Set/2018  
Classe/Subs: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 8730 Km25-Dicto Parreira-Joao Pessoa/PB ZEP 58071-680  
Refero: 3-1-348-1940 NF medidor 00001104358

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ:05.095.163/0007-40 - Inf. Est 16.015.123-0  
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°012.433.309  
Cód. para Dib. Automatico:0000244626

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0600 083 0196 Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Set / 2018	17/09/2018	17/10/2018	035.323.884-60 Insc. Est
<b>UC (Unidade Consumidora):</b>			<b>5/324662-6</b>
<b>Canal de contato:</b>			

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
7/08/18	21351	17/08/18	21493	1
<b>Consumo</b>				
30	Descrição	Quantidade	Valor base CDE	Alm. ICMS/IBI Base CDE PIS/PIV
		Tributos Total (R\$) ICMS/IBI ICMS PIS/COFINS/R\$ (0,8000%) (0,7164%)		
3021	Consumo em kWh	162.000	0,798820	129,37 129,37 27 34,83 129,37 1,04 4,80
3021	Adic. B. Vermelha	11,82	11,82 27	3,19 11,82 0,08 0,44
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
3027	CONTRIB SERVILUM PÚBLICA	5,65	0,00 0	0,00 0,00 0,00
3024	COMPENSACAO POR INDICADOR-DMC 07/2018	-0,32	0,00 0	0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: \* 146,52 141,18 28,12 141,18 1,13 6,24

**Média últimos meses (kWh):** 141 **VENCIMENTO:** 24/09/2018 **TOTAL A PAGAR:** R\$ 146,52

**Histórico de Consumo (kWh):**

136 | 146 | 142 | 147 | 136 | 142 | 140 | 151 | 41 | 250 | 128 | 125  
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

fd86.eed4.7656.2cac.0833.86d8.25c3.d6e9

Indicadores de Qualidade		
Unidade	Aplicado	Máxima da Tensão
DIC ANUAL	4,88	3,23
DIC TRIMESTRAL	8,81	NOMINAL 220
DIC ANUAL	19,92	
FIG 1-ENSAI	2,19	1,00 CONTRATADA
FIG 2-ENSAI	2,47	INT. INFERIOR 202
FIG 3-ENSAI	12,25	INT. SUPERIOR 231
DIF	2,17	3,22
DIF	72,22	

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energia PB	31,54	21,47
Compra de Energia	22,79	15,65
Imposto de Renda	4,60	3,24
Encargos Fiscais	7,67	5,30
Impostos Diretos e Encargos	50,14	34,76
Outros Serviços	3,00	2,00
Total	146,52	100,00

Valor do EU-30 (Ref T/2018) R\$ 24,12

**Faturas em atraso:**

COMPREV  
COMPREV SEGUROSE ACOMPANHAMENTO S/A

14/09/2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

FLAVIA FERREIRA  
FLA FERNANDO MARINHO FILHO, SIN/ C 5 L 65 - ALTO DO MATEUS  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58080035 (AG: 1)



Emissao: 17/09/2018 Referencia: Set/2018  
Classe/Subs: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 8730 Km25-Dicto Pernambu-João Pessoa/PB ZEP 58071-680  
Refero: 3-1-348-1940 NF medidor 00001104358

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ:09.095.163/0007-40 - Inf. Est: 16.015.123-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°012.433.309

Cód. para Dib. Automatizado: 0000244626

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0600 083 0196 Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Set / 2018	17/09/2018	17/10/2018	036.323.884-00 Insc. Est:
<b>UC (Unidade Consumidora):</b>			<b>5/324662-6</b>
<b>Canal de contato:</b>			

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
7/08/18	21493			31
<b>Consumo</b>				
30	Descrição	Quantidade Leitor	Vídeo base CDE Alm. ICMS/IBI Base CDE PIS/PIB Cofins/IBI	
			Tributos Total (R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/PIB Cofins/IBI (0,8000%) (0,7164%)	
3021	Consumo em kWh	162.000	0.798820 129,37 129,37 27	34,83 129,37 1,04 4,80
3021	Adic. B. Vermelha	11,82	11,82 27	3,19 11,82 0,08 0,44
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
3027	CONTRIB SERVILUM PÚBLICA	5,65	0,00 0	0,00 0,00 0,00
3024	COMPENSACAO POR INDICADOR-DMC 07/2018	-0,32	0,00 0	0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: \* 146,52 141,18 28,12 141,18 1,13 6,24

**Média últimos meses (kWh):** 141 **VENCIMENTO:** 24/09/2018 **TOTAL A PAGAR:** R\$ 146,52

**Histórico de Consumo (kWh):**  
136 | 146 | 142 | 147 | 136 | 142 | 140 | 151 | 41 | 250 | 128 | 125  
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

fd86.eed4.7656.2cac.0833.86d8.25c3.d6e9

Indicadores de Qualidade		
Unidade	Aplicado	Máximo de Tensão
DIC ANUAL	4,88	3,23
DIC TRIMESTRAL	8,81	NOMINAL 220
DIC ANUAL	19,92	
FIG 1-ENSAI	2,19	1,00 CONTRATADA
FIG 2-TRIMESTRAL	2,47	INT. INFERIOR 202
FIG 3-NOMINAL	12,25	INT. SUPERIOR 231
DIC 3	2,17	3,22
DIC 4	72,22	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energia PB	31,54	21,47
Compra de Energia	22,79	15,65
Benefícios Transmissão	4,60	3,24
Encargos Fiscais	7,67	5,30
Impostos Diretos e Encargos	50,14	34,76
Outros Serviços	3,00	2,00
Total	146,52	100,00

Valor do EU-30 (Ref T/2018) R\$ 24,12

**Faturas em atraso**

Resumo Tarifário-Vigência 26/03/18-Res. ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,41% Médio  
Resumo Tarifário-Vigência 26/03/18-Res. ANEEL nº 2.439-Alta Tensão 18,75% Médio

COMPREV  
COMPREV SEGUROSE PROVINCIAIS/A

14/09/2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO PEREIRA DE MOURA,

RG nº 2.988.304, data de expedição 02/03/2002 Órgão SSP/PB,  
portador do CPF nº 063.713.344-13, com Domicílio na  
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA JULIO PORFIRIO DE AGUIAR, ALTODONATOS  
nº 176, complemento AP 202, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA,  
cujo o condutor era PAULO PEREIRA DE MOURA.

Veículo: MOTOCICLETA

Ano: 2018

Modelo: 2018

Placa: ASC 5568 - PB

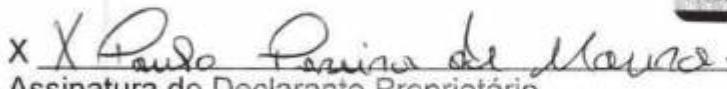
Chassi: 9C2J801003R114194

Data do acidente: 14/10/2018

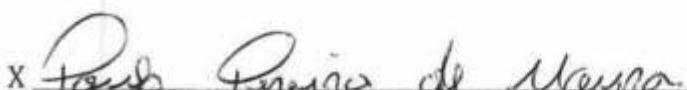


Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
PAULO PEREIRA DE MOURA  
En test. da verdade, João Pessoa-PB 29/10/2018 09:28:27  
Luciano Augusto de Farias Macedo - Escrivente  
[2018-051861] JEND:R\$ 9,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,94 LS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AHP68410-0PSY  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Local e data: João Pessoa, 29/10/2018

  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

MONTEIRO DA FRANCA  
5º Ofício de Notas



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



- Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- Dr. Arão Santos de Alencar
- Dr. Felipe Tavares Sena
- Dr. Francisco Kurtney S. Pedrosa
- Dr. Milton da Silva Linhares
- Dr. Remo Soares de Castro
- Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- Dr. Rômulo Soares de Castro
- Dr.ª Rossana Cavalcante Almeida
- Dr. Tálio Augusto de M. Tormes
- Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- Dr. Vlademir Autônio Cousseau



**ORTOTRAUMA**  
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA

**Para: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA**

LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HA 2,5 MESES , COM FRATURA DE TIBIA PROXIMAL ( PLATO TIBIAL MEDIAL COM CISALHAMENTO E DEPRESSÃO ARTICULAR , AVULSÃO ESPINHA TIBIAL E AVULSÃO DO LCP SEM DESVIO), FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE DE ESPINHA COM PARAFUSO CANULADO , LEVANTAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR E OSTEOSÍNTESE MEDIAL COM PLACA E PARAFUSO, COM INDICAÇÃO DE RETIRADA DE PARAFUSO DE ESPINHA TIBIAL APÓS CONSOLIDAÇÃO OSSEIA. HOJE APRESENTA-SE COM FRATURA CONSOLIDADA. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DO JOELHO, COM DEFÍCIT DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO.

CID: S821

Arão S. de Alencar  
Ortopedista / TEOT 14049  
Cirurgia de Joelho  
CRM-PB 7987 / CSM-PE 23257

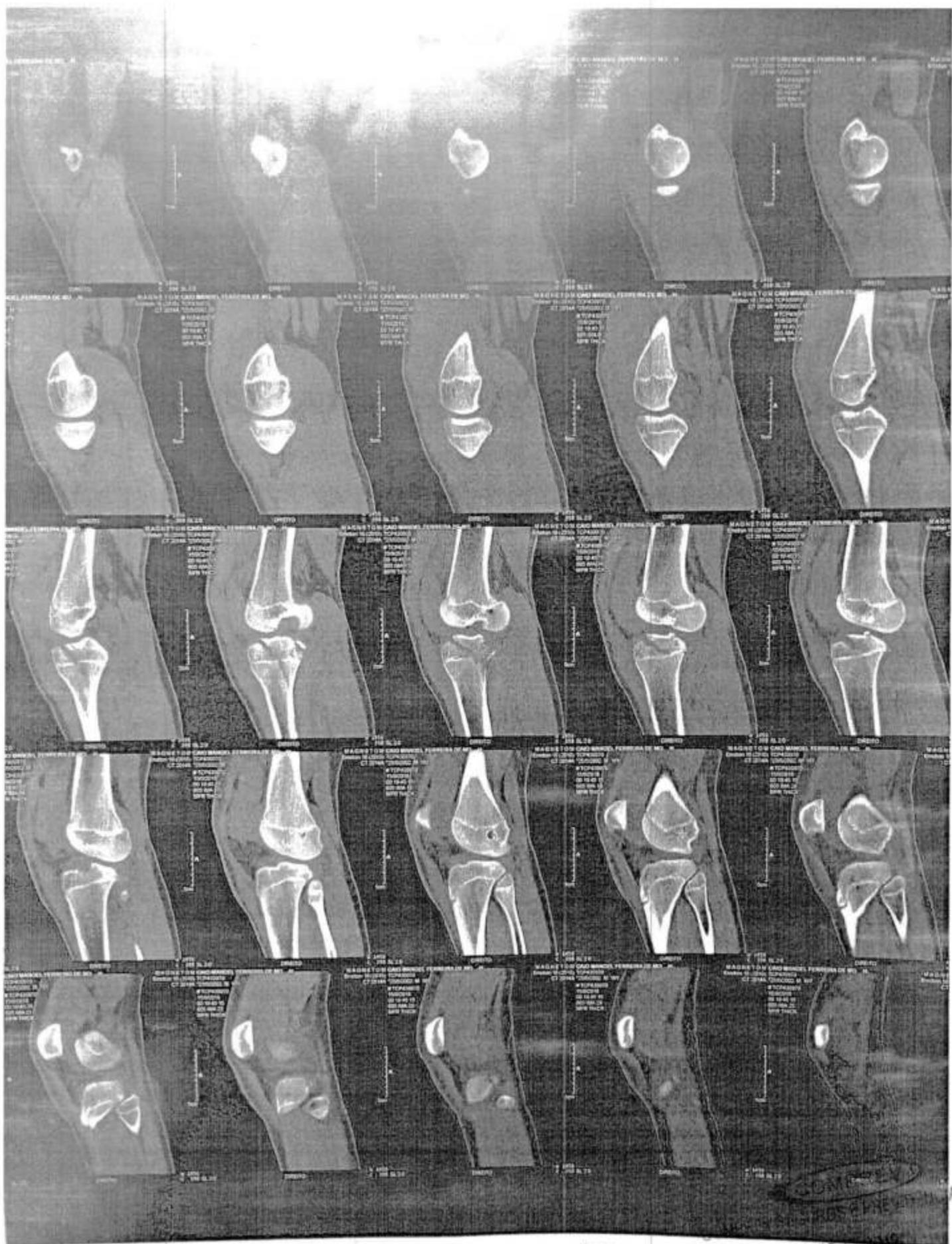
JOÃO PESSOA, 26/11/2018

- \* Ortopedia
- \* Cirurgia da Mão
- \* Cirurgia do Joelho
- \* Cirurgia do Quadril
- \* Cirurgia do Cotovelo
- \* Cirurgia do Ombro
- \* Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491  
Pedro Gondim - João Pessoa / PB  
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002  
3244.1452

Raio X \*  
Artroscopia \*  
Clínica de Fraturas \*

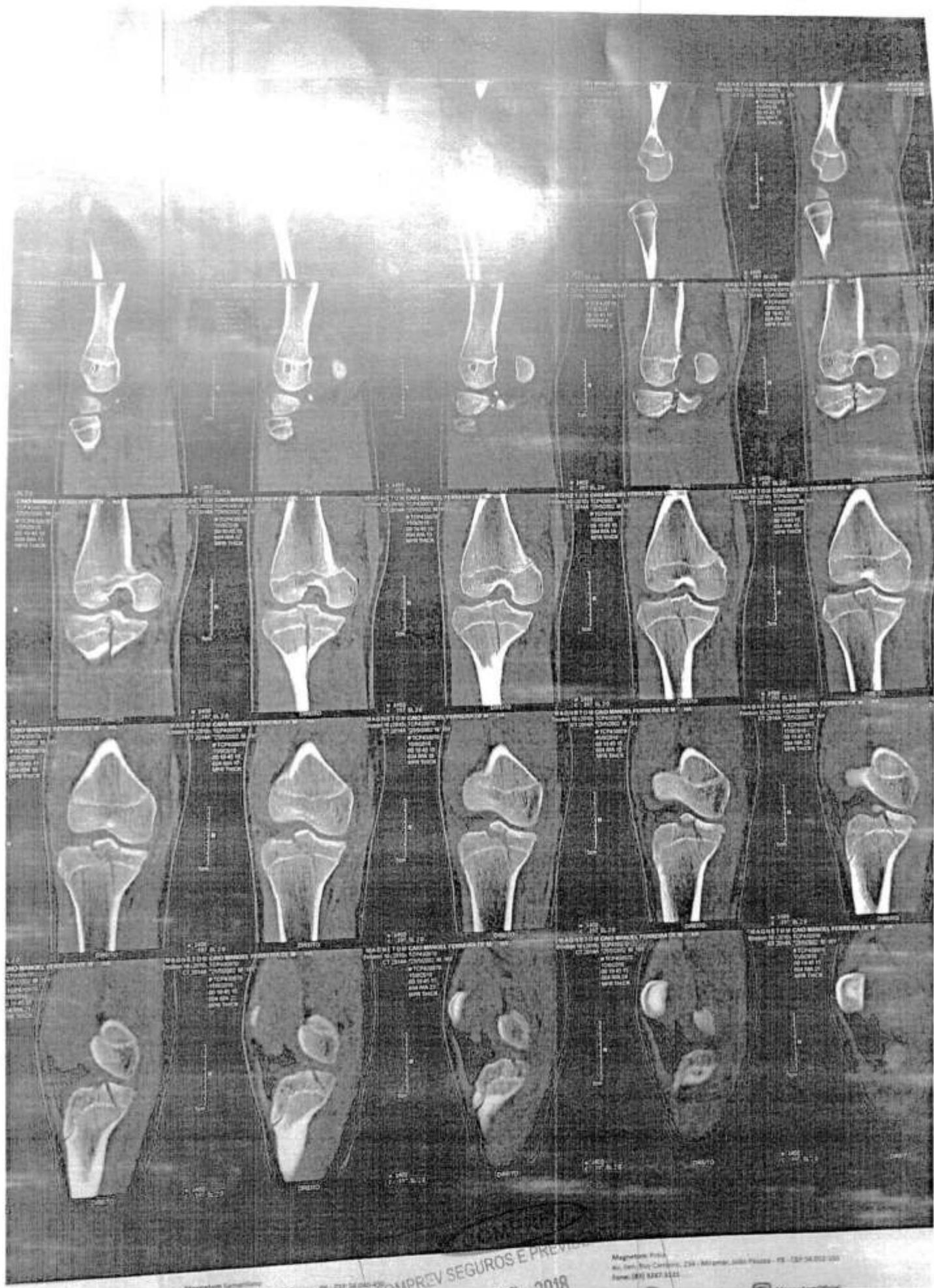


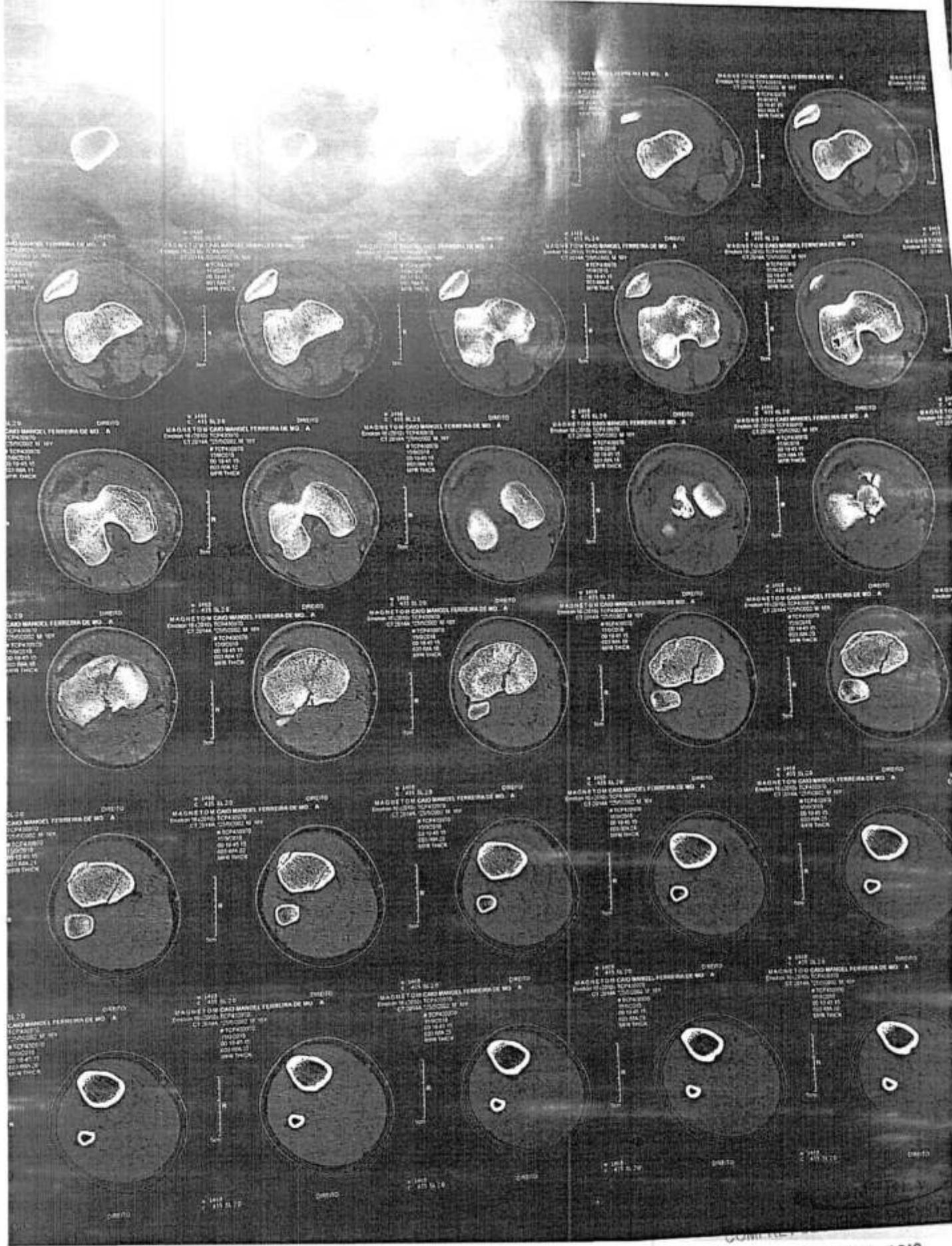


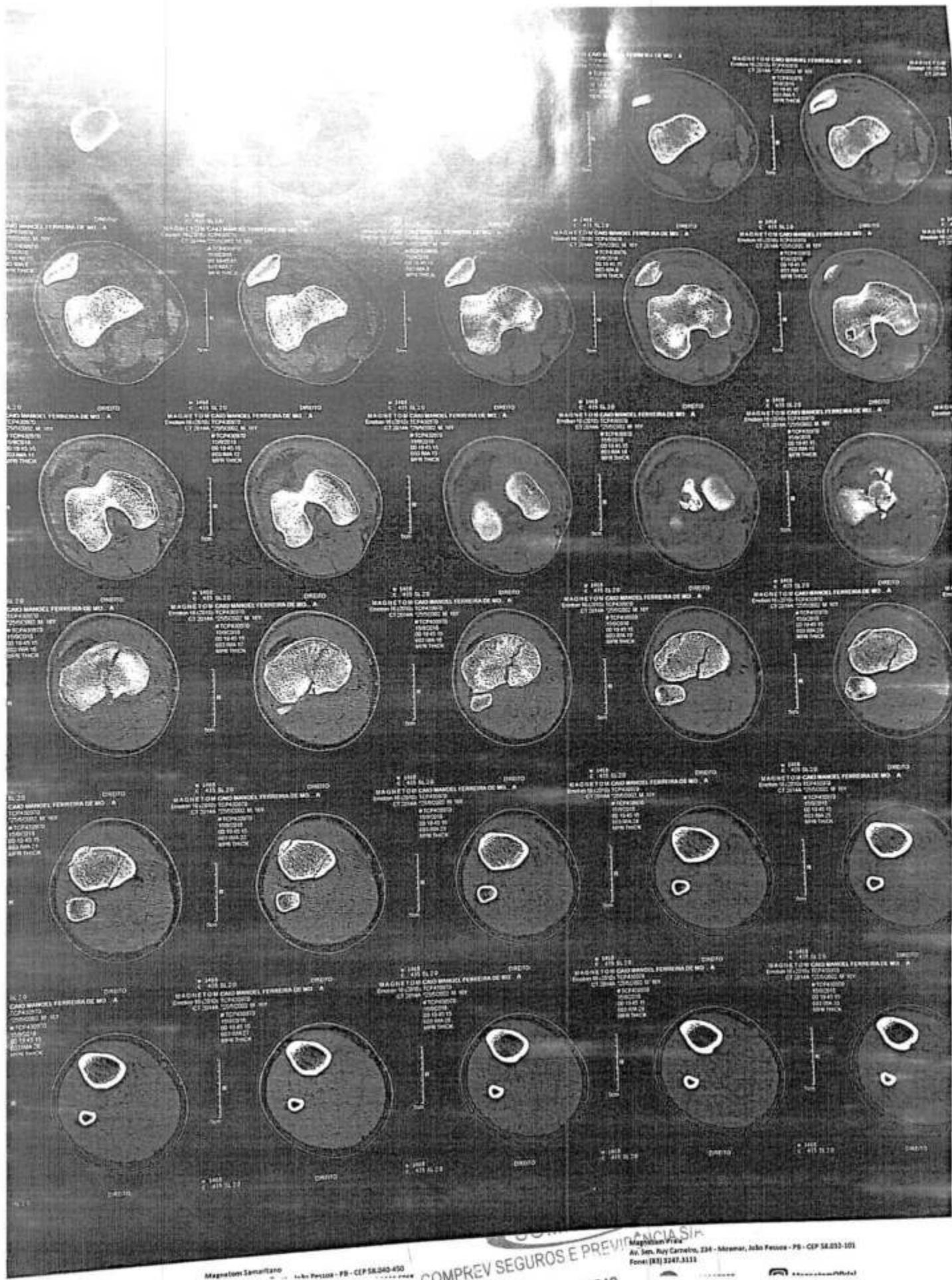
Magnetrone Diagnóstico:  
Av. Santa Ifigênia, 75 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 58020-450  
Fone: (83) 3742-2888 / Recado: (83) 3264-8869

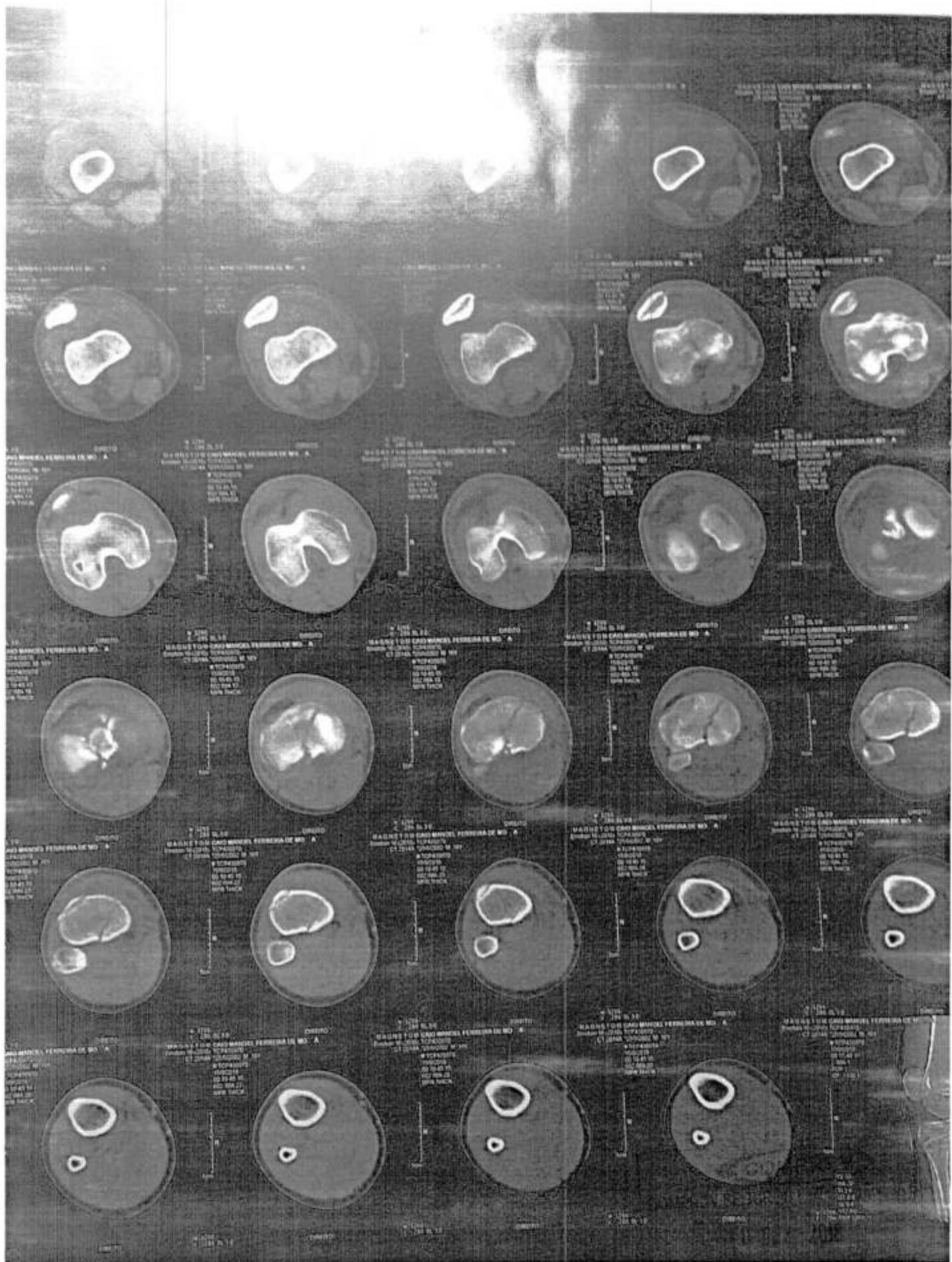
Magnetrone PB  
Av. São Luís, Centro, 200 - Minervino - João Pessoa - PB - CEP 58020-3111  
Fone: (83) 3242-3111

10 DEZ. 2010  
ASIA.  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

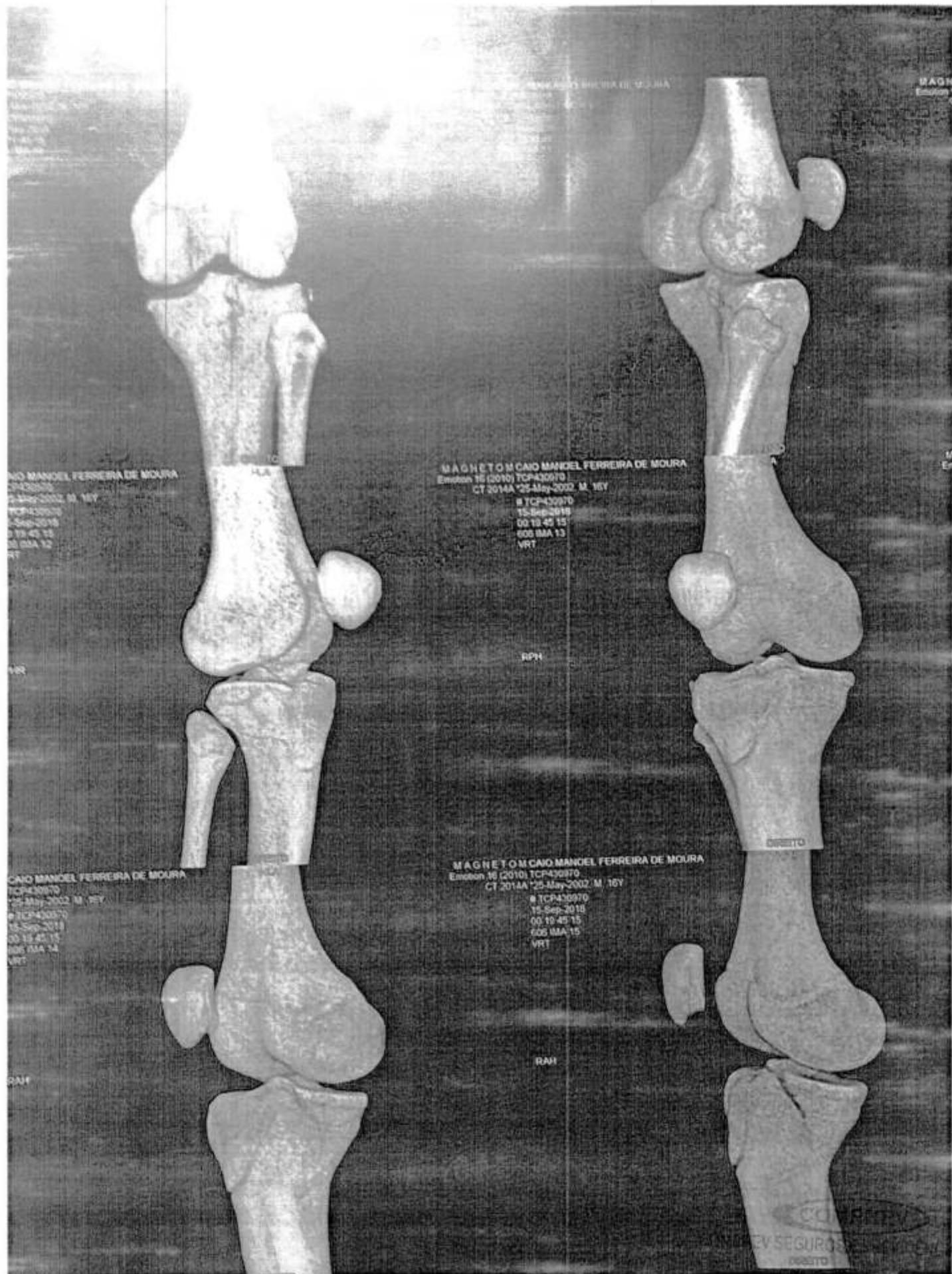








PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



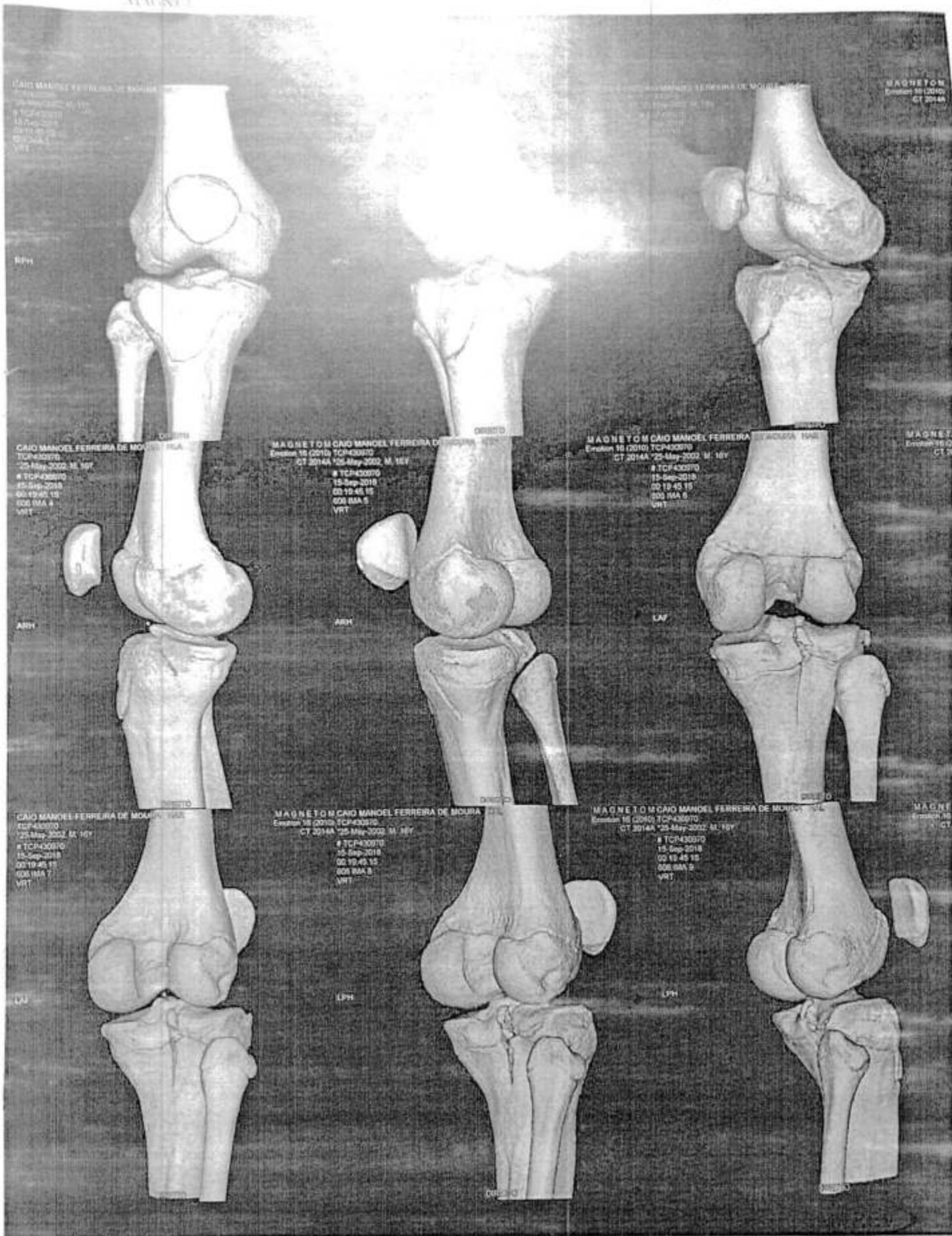
CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA  
TCP430970  
25-May-2002, M, 16y  
TCP430970  
15-Sep-2018  
00:19:45:15  
605IMA:12  
VRT

CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA  
TCP430970  
25-May-2002, M, 16y  
TCP430970  
15-Sep-2018  
00:19:45:15  
605IMA:12  
VRT

MAGNETOM CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA  
Emissor 16 (2010) TCP430970  
CT 2014A 25-May-2002, M, 16y  
# TCP430970  
TS-BKF-2018  
00:19:45:15  
605IMA:13  
VRT

MAGNETOM CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA  
Emissor 16 (2010) TCP430970  
CT 2014A 25-May-2002, M, 16y  
# TCP430970  
15-Sep-2018  
00:19:45:15  
605IMA:15  
VRT

10 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
102 JOÃO PESSOA





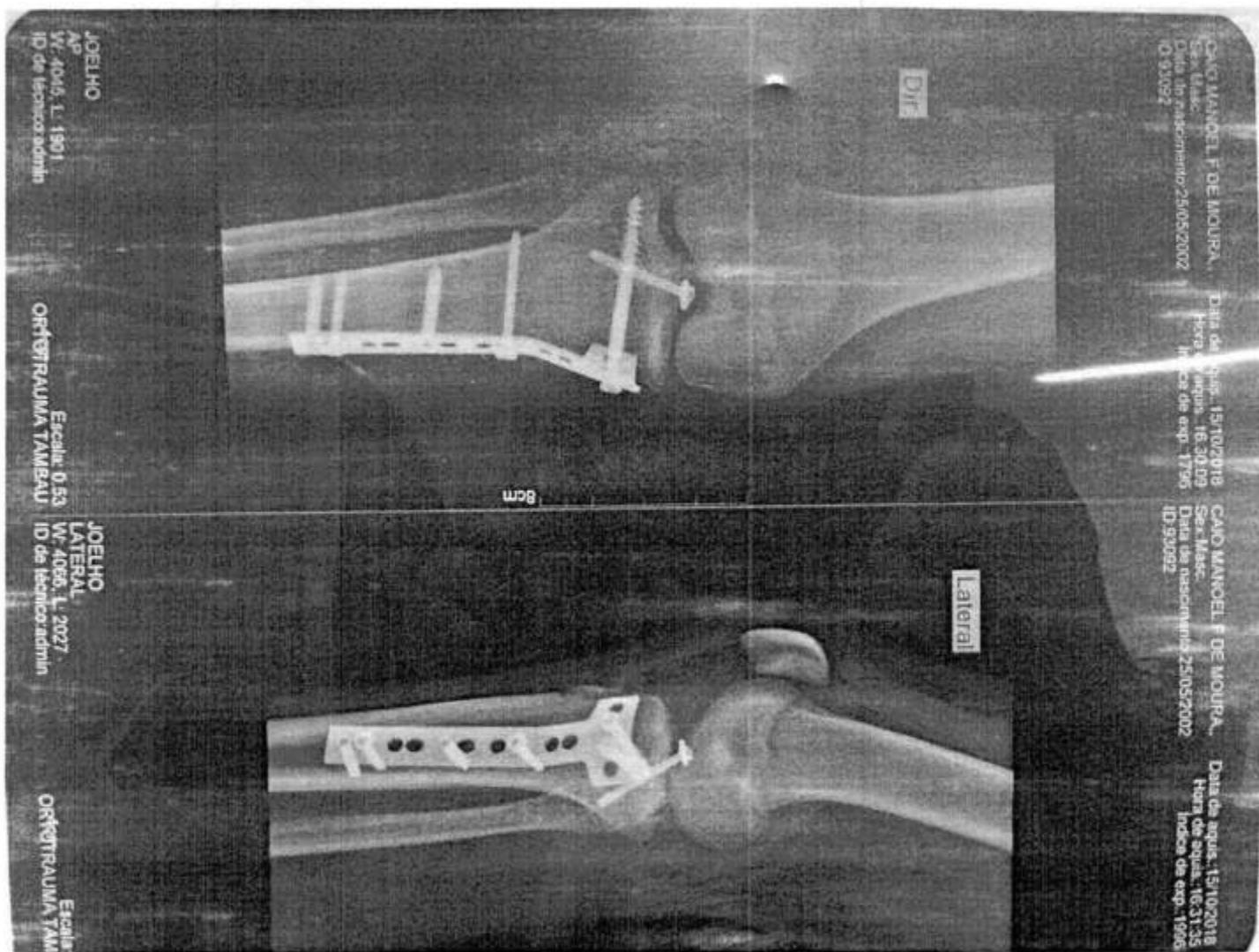
201809156 CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA M  
18.09.2018  
D IMAGEM

SC: 66 %

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 DEZ. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
10 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
^G. JOÃO PESSOA



201809156 CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA M  
18.09.2018  
D IMAGEM

SC: 57 %

SC: 52

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 DEZ. 2018

PROTÓCOLO  
DE PESSOA

José Pessoa, 03 de Dezembro 2018

Meu filho menor CAIO MANUEL FERREIRA DE  
MOURA, brasileiro, Solteiro, estudante, portador  
do RG nº. 4.717.605 - SSP/PB e inscrito no  
CPF sob o nº. 700.208.124-48, neste ato  
representando por sua genitora, FLAVIA FERREIRA,  
brasileira, solteira no CPF sob nº 035 323.  
884-80, podendo ser intimado na Rua  
ERNANDO MARINHO FILHO - nº 65 Alto Matos

João Pessoa - PB, CEP: 58.090.635 foi vítima de acidente de moto ocorrido no dia 34 de setembro de 2018 enquanto caminhava pela estrada. O condutor da moto caiu em um buraco, perdeu o controle e caiu ao solo, onde, em decorrência disso, CAIO MANUEL que estava de corona sofreu diversas lesões e escoriações. Sendo assim, ele foi socorrido por Técnicos ao ORTOTRAUMA, posteriormente, ele foi transferido para o HOSPITAL SAMARITANO onde foram realizados médicos tratamentos cirúrgicos para CID: S82.4, conforme se verifica nos laudos médicos, RX que segue em anexo bem anexos, bem como os demais preventórios que fazem parte da Seguradora.

Assino a presente carta firmo-a ser a  
mais pura verdade

Flavia Ferreira

RG nº. 2.536.322 - SSP/PB  
CPF nº. 035.323.884-80

Flavia Ferreira



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 4.717.605

DATA DE  
EXPEDIÇÃO 17/07/2018

NOME CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

RESIDÊNCIA MANOEL GOMES DE MOURA  
FLÁVIA FERREIRA

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
25/05/2002

DOC ORIGEM  
NASC.N.76978 FLS.197 LIV.A-72  
CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

CPF  
700.208.124-18

João Pessoa - PB

*Caio Manoel Ferreira de Moura*

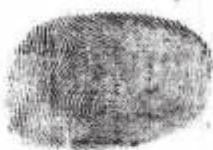
LEI N° 6.890 05/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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

P-917

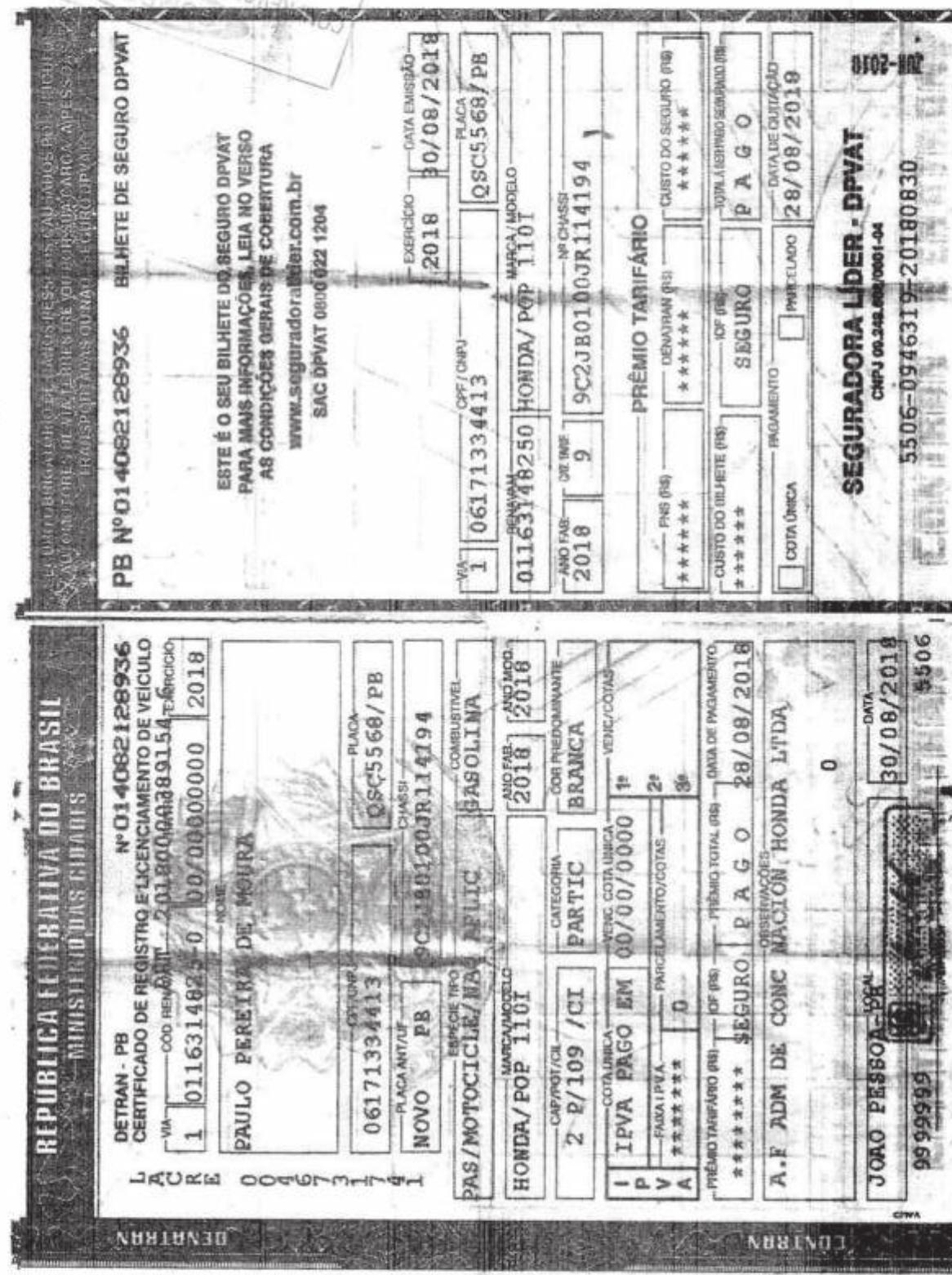


*Caio Manoel Ferreira de Moura*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV  
COMPREV  
SEGURAS E DOCUMENTOS  
14 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

MINISTERSTWÓW

DENITHAN

CONGRATULATIONS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180536834      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA      **Data do acidente:** 14/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414026/18

**Vítima:** CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

**CPF:** 700.208.124-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/09/2018

**Titular do CPF:** CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FLAVIA FERREIRA : 035.323.884-80**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

**CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA : 700.208.124-18**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018  
Nome: FLAVIA FERREIRA  
CPF: 035.323.884-80

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

FLAVIA FERREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414026/18

**Número do Sinistro:** 3180536834

**Vítima:** CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

**CPF:** 700.208.124-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/09/2018

CAIO MANOEL FERREIRA  
DE MOURA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 10/12/2018

Nome: FLAVIA FERREIRA

CPF: 035.323.884-80

Data do cadastramento: 10/12/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

---

FLAVIA FERREIRA

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414026/18

**Vítima:** CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

**CPF:** 700.208.124-18

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/09/2018

**Titular do CPF:** CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FLAVIA FERREIRA : 035.323.884-80**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

**CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA : 700.208.124-18**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018  
Nome: FLAVIA FERREIRA  
CPF: 035.323.884-80

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

FLAVIA FERREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA