

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

Carta nº 13612052



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 médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado 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 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

Carta nº 13613676



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

CAIOUANOGH DE MOURA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

FLÁVIA FERREIRA

035.323.884-80

DO LAR

Endereço

Número

Complemento

RUA ERNANDO MARINHO FILHO

65

CASA

Bairro

Cidade

Estado

CEP

ALTO DOMATEUS

JOÃO PESSOA

PB

58.090635

E-mail

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLAMO INFORMAR

☒ SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

Nº

CONTA

Nº

DIV

Nº

0036

(informar dígito se existir)

6519

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

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

JOÃO PESSOA, 06 de novembro de 2018

Local e Data

Flávia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

309-623110991-0

05/NOV/2018

HORA DE 15:39:5

LOT: 13.013102-4

TERM: 01865

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTROLE: 61746041

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0036 013 00006119-9

FLAVIA FERREIRA

VALOR :

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

309-623110991-0

1ª VIA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO 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 HANOGN DE MOURA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

FLAVIA FERREIRA

035.323.884-80

DO LAR

Endereço

Número

Complemento

RUA ERNANDO MARINHO FILHO

65

CASA

Bairro

Cidade

Estado

CEP

ALTO DOMATEUS

JOÃO PESSOA

PB

58.090635

E-mail

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

Nº

CONTA

Nº

DIV

Nº

0036

(informar dígito se existir)

6519

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

(informar dígito se existir)

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

JOÃO PESSOA 06 de novembro de 2018

Local e Data

Flavia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

309-623110991-0

05/NOV/2018

HORA DE 15:39:5

LOT: 13.013102-4

TERM: 01865

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTROLE: 61746041

DEPÓSITO 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 É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

309-623110991-0

1ª VIA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO 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 Fatima 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.**

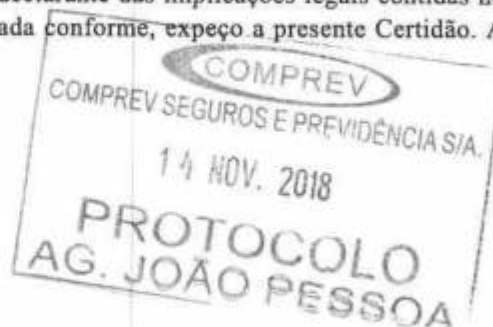
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 044597122273. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

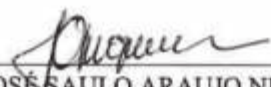
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

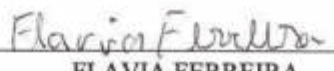


Procedimento Policial: 02123.01.2018.1.00.420



João Pessoa/PB, 06 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FLAVIA FERREIRA
Noticiante



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

CAIO 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

FLÁVIA FERREIRA

CPF do Representante legal

035.323.984-80

Email

Telefone (DDD)

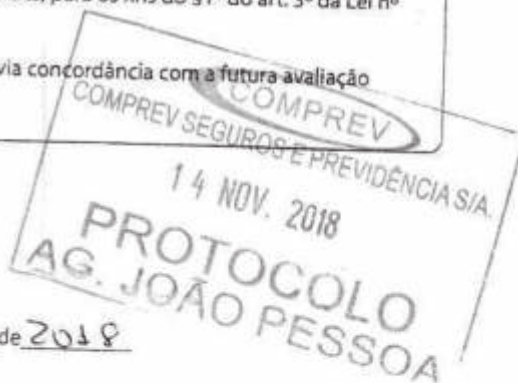
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Flávia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

- ☐ Dr. André 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. Remo 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 AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E FRATURA -AVULSÃO DO LIG CRUZADO POSTERIOR, REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO E HOJE APRESENTA-SE EM TRATAMENTO AMBULATORIAL.

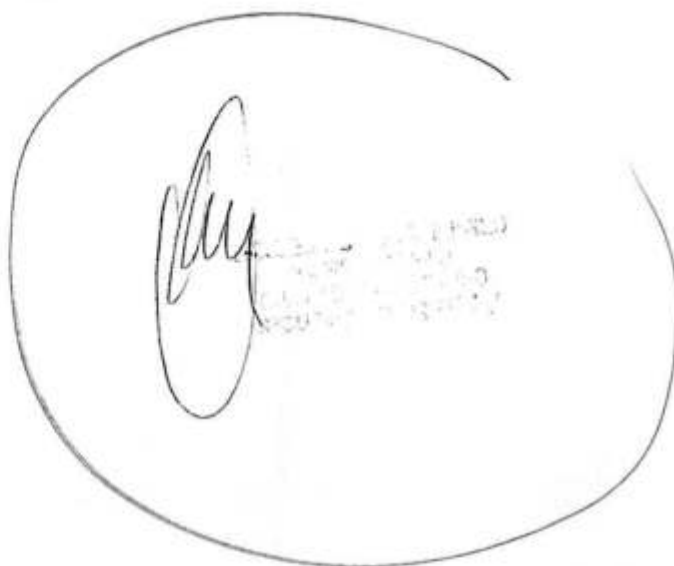
CID: S82.1

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 Pediátrica •

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: 000000006119-9

Nr. da Autenticação 431533A428CB9D73



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km25 - Distrito Reventim - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.085.163/0001-40 - Ind. Ext. 18 015.823-0

Nga Fiscal Costa de Energia Eléctrica N°012 423 309
Cód. para Déb. Automático: 00003746626

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Set / 2018	17/09/2018	17/10/2018	036.323.984-60

Canal de contacte

Demonstrative

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E AGENCIA S/A
14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FLAVIA FERREIRA
RUA ERNANDO MARINHO FILHO, S/N - Q 5 L 85 - ALTO DO MATEUS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58080835 (AQ: 1)
Emissão: 17/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 6/230 Km25 - Distrito Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Setores: 3-1-348-1940 Nº medidor: 01001124058



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.985.163/0001-43 Ins. Est. 18.015.823-0

Nda Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 12.433.309
Cód. para Dtb. Automático: 0000324662

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Set / 2018	17/09/2018	17/10/2018	035.323.984-80 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/324662-6

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 7/08/18 Leitura: 21331	Data: 17/09/18 Leitura: 21493	1	162	31

Demonstrativo						
Qtd	Descrição	Quantidade (kWh)	Valor Base (R\$)	Alíq. (R\$/kWh)	Base Calc. (R\$)	Cótrib. (R\$)
3571	Consumo em kWh	162,000	0,798820	128,37	27	34,83
3571	Adic. B. Vermelha		11,82	11,82	27	3,19
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
3577	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA		5,65	0,00	0	0,00
3574	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMIC 07/2018		-0,32	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL * 146,53 141,18 38,12 141,18 1,19 6,24

Média últimos meses (kWh): 141

VENCIMENTO 24/09/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 146,52

Histórico de Consumo (kWh)											
136	145	142	147	136	142	140	151	41	253	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
fd36.eed4.7656.2cac.0833.86d8.25c3.d6e9

Indicadores de Qualidade			
Índice	Limite	Atualizado	Limite de Tolerância
DIC MENSAL	4,85	3,22	
DIC TRIMESTRAL	6,81		
DIC ANUAL	19,82		
FIC MENSAL	3,23	1,00	
FIC TRIMESTRAL	5,47		
FIC ANUAL	12,55		
DM'S	2,7	3,22	
DICR	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	31,54	21,47
Compra de Energia	52,79	35,95
Serviço de Transmissão	4,60	3,14
Encargos Setoriais	7,67	5,23
Impostos Diretos e Encargos	50,14	34,15
Outros Serviços	0,70	0,48
Total	146,52	100,00

Valor do EL 33 (Ref. 7/2018): R\$ 34,12

ATENÇÃO
Requisito Tarifário - Vigência 26/05/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Médio
Requisito Tarifário - Vigência 26/05/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 18,75% Médio

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E ADERÊNCIA S/A
14 NOV. 2018
PROTOCOLADO
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 065.713.344-13, com Domicílio na
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA JULIO PORFIRIO DE OLIVEIRA, ALTO DO MATEUS,
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: QSC 5568-PB

Chassi: 9C2JB0300JR114194

Data do acidente: 24/09/2018

Local e data: JOÃO PESSOA, 29/10/2018



X Paulo Pereira de Moura
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Paulo Pereira de Moura

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 Lucena
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Tâlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiriçá de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vladimir Antônio 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 TÍBIA PROXIMAL (PLATO TIBIAL MEDIAL COM CISALHAMENTO E DEPRESSÃO ARTICULAR, AVULSÃO ESPINHA TIBIAL E AVULSÃO DO LCP SEM DESVIO). FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSINTESE DE ESPINHA COM PARAFUSO CANULADO, LEVANTAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR E OSTEOSINTESE MEDIAL COM PLACA E PARAFUSO, COM INDICAÇÃO DE RETIRADA DE PARAFUSO DE ESPINHA TIBIAL APÓS CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA. HOJE APRESENTA-SE COM FRATURA CONSOLIDADA. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DO JOELHO, COM DEFICIT DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO.

CID: S821

Arão S. de Alencar
Ortopedista / TEOT 14049
Cirurgia de Joelho
CRM-PB 7957 / CRM-PE 23257

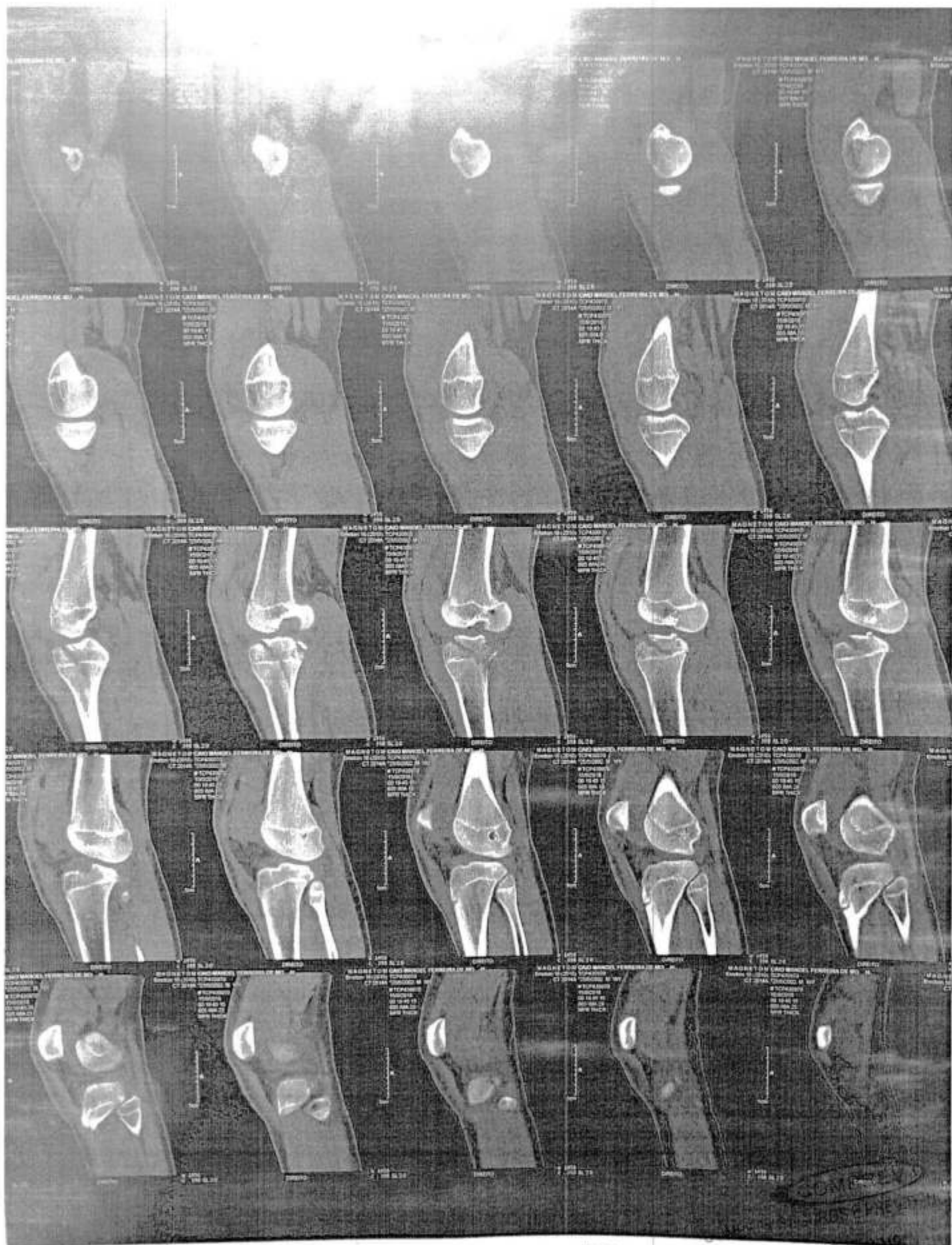
JOÃO PESSOA, 26/11/2018

- 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 •

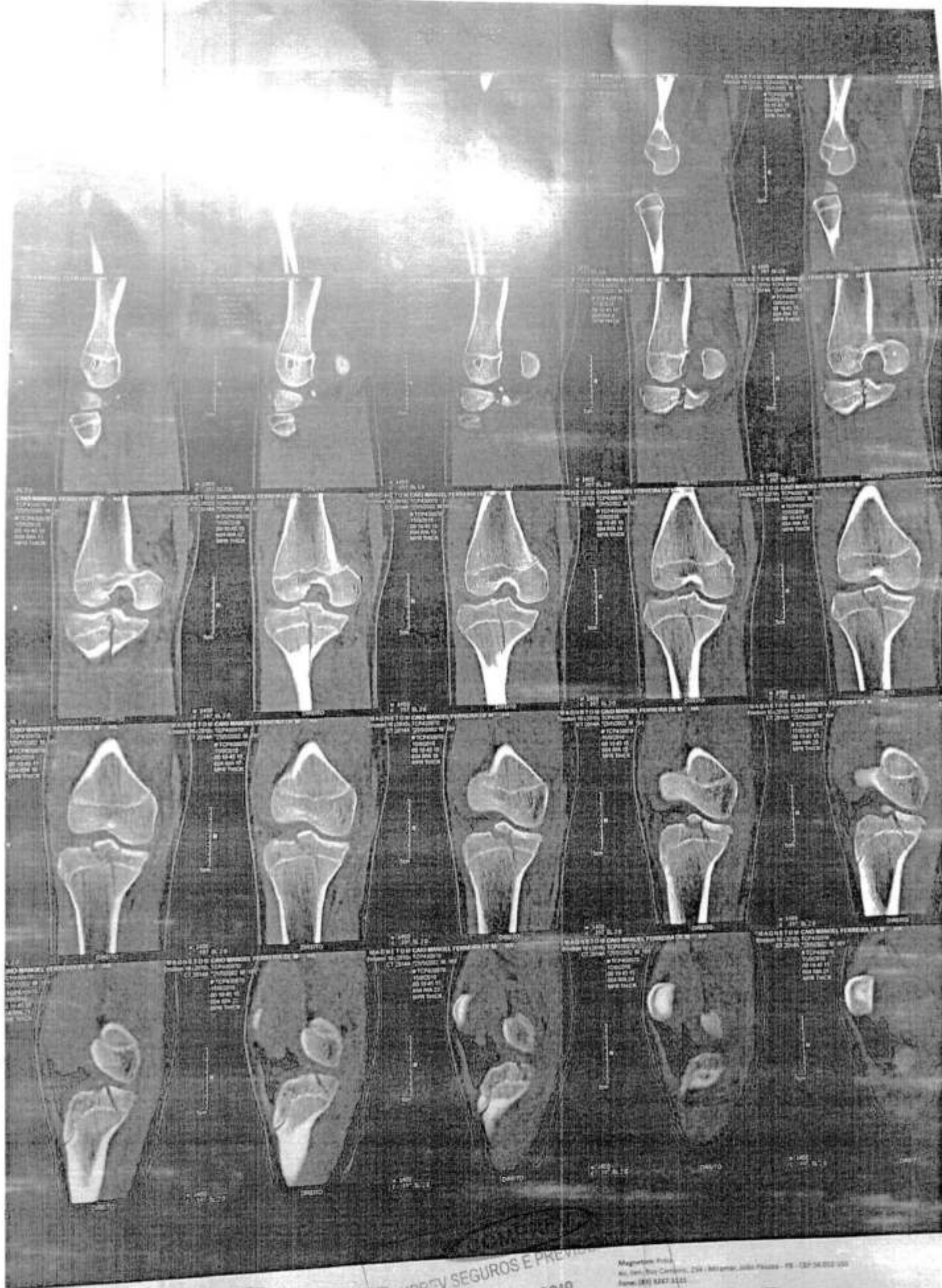
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Magnatone Diagnostica
Av. Santa Lúcia, 55 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 53.040-410
Fone: (31) 3244.2008 / Residência: (31) 3244.0800

Magnatone Free
Av. São Ruy Carneiro, 200 - Mirante São-Pedro - PB - CEP 53.012-101
Fone: (31) 3247.5115

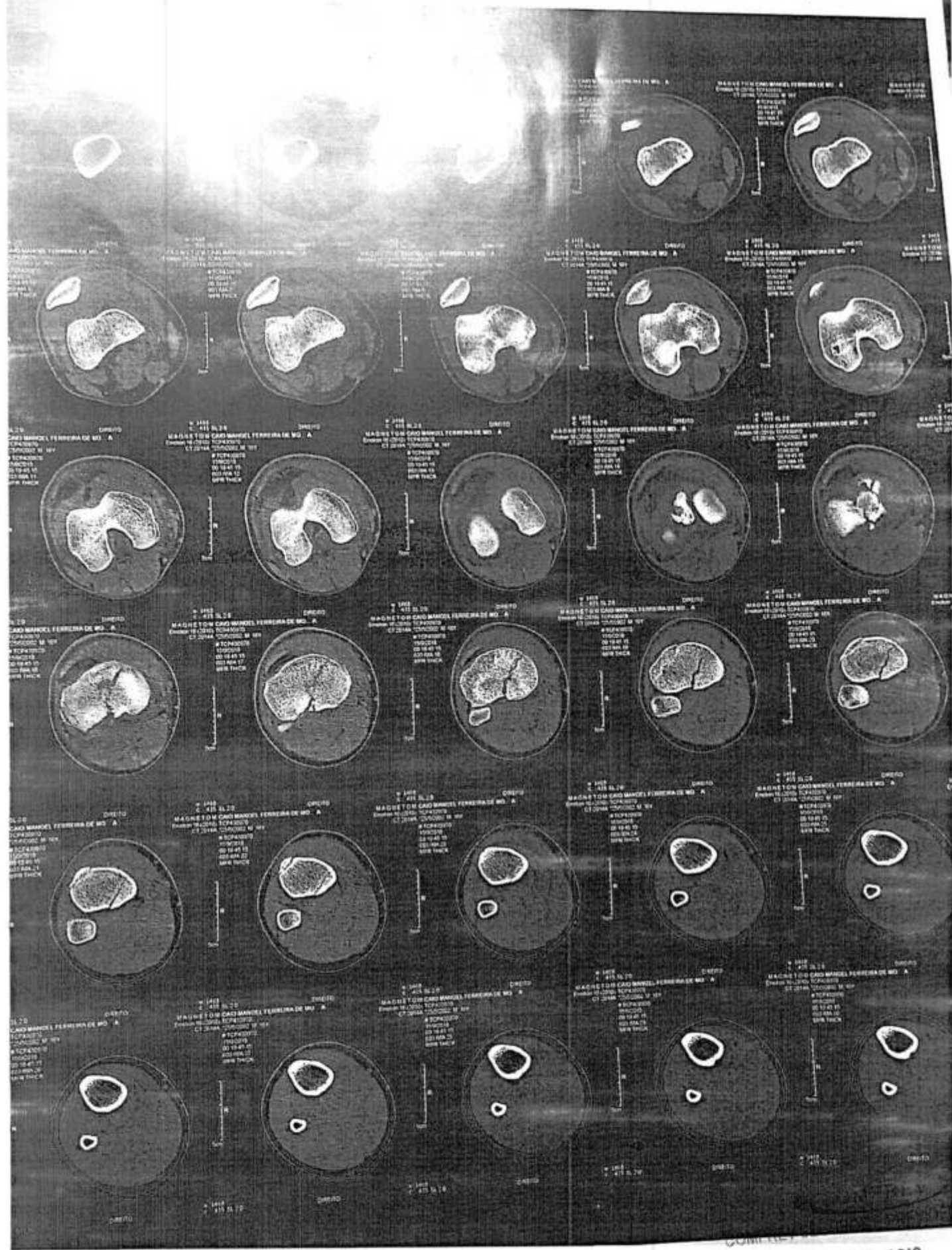
10 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

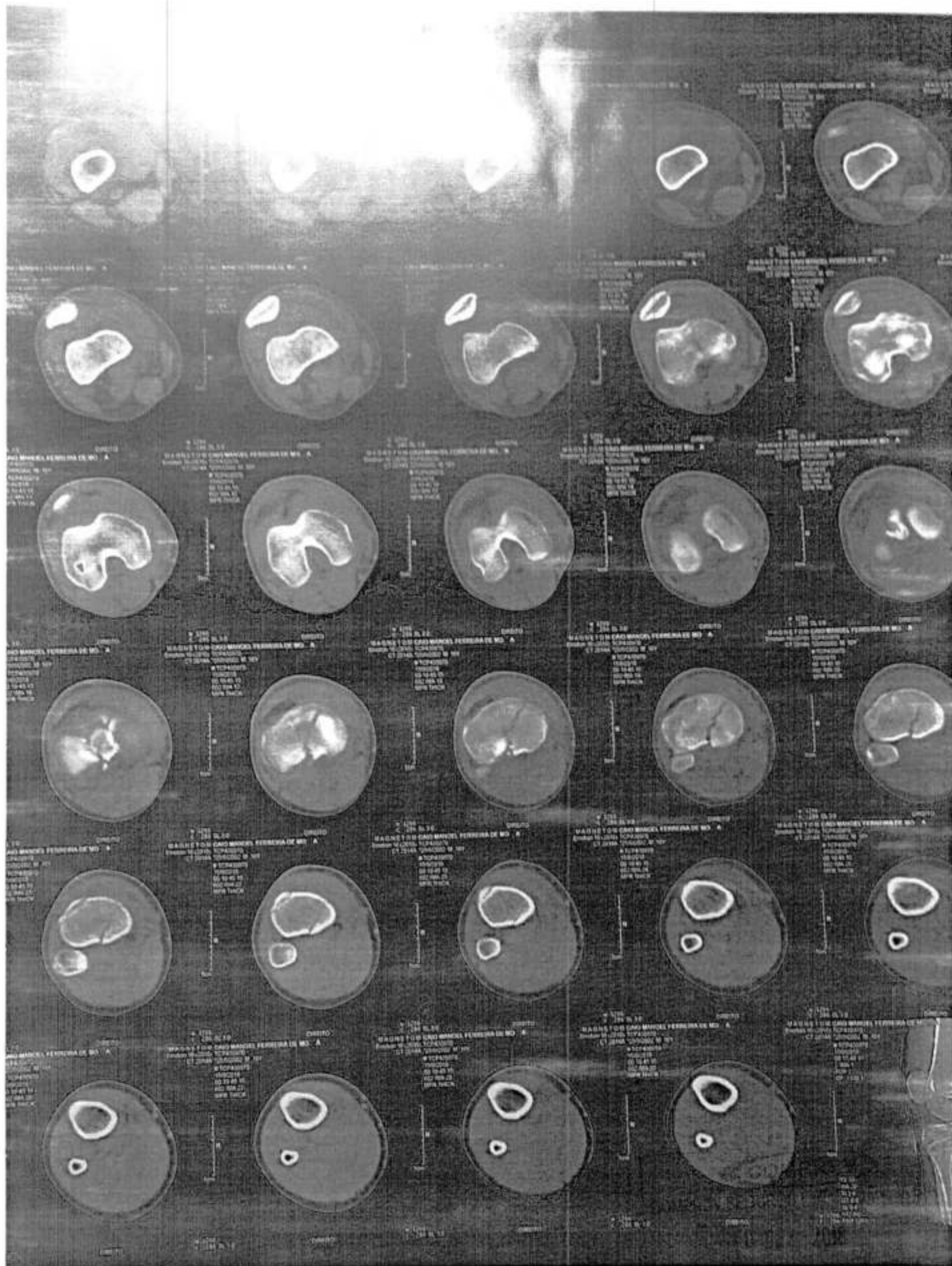


COMPREV SEGUROS E PREVIDA

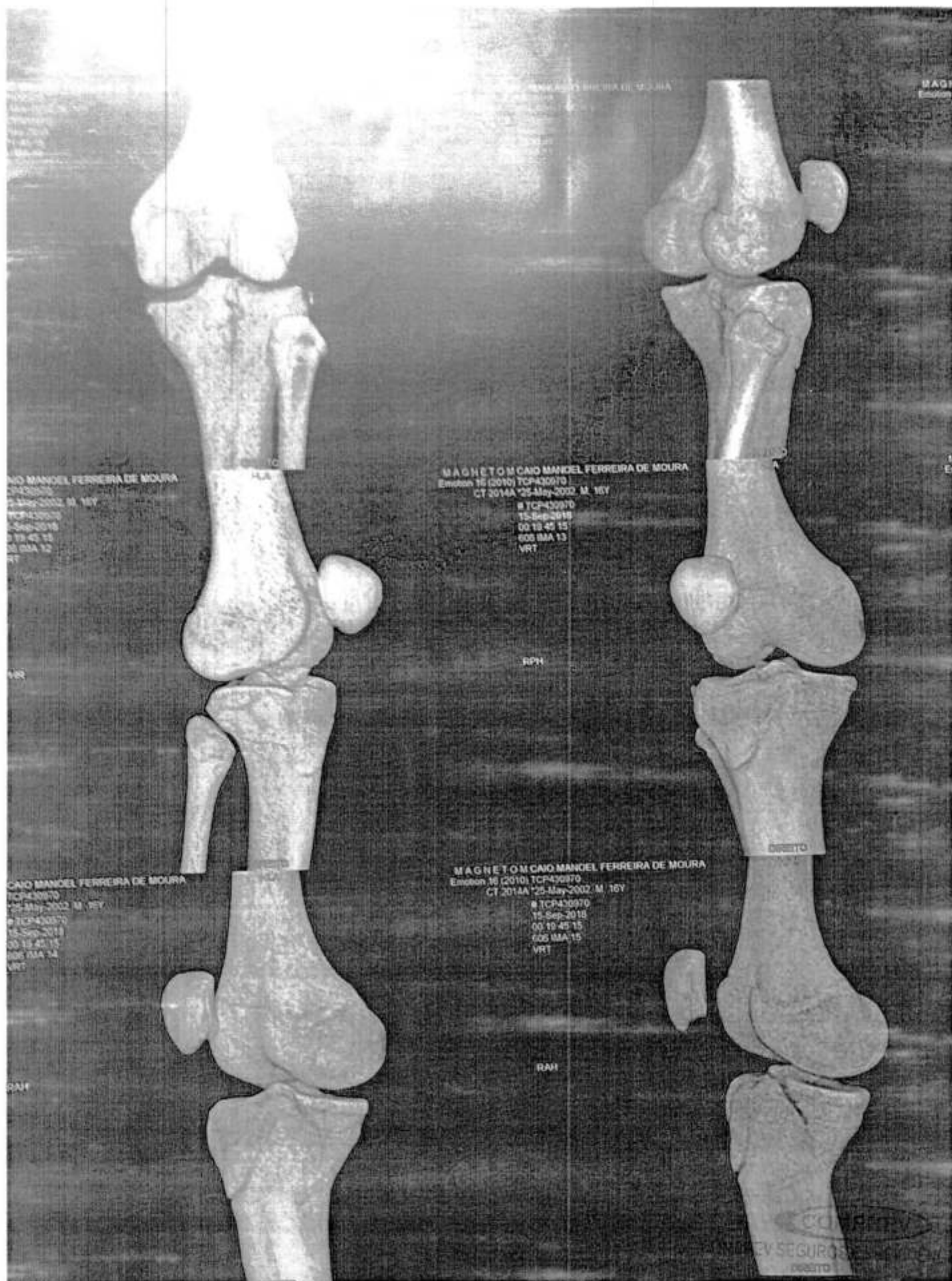
10 DEZ. 2018
PROTOCOLO
210 PESSOA

Magnetom - Prosa
Av. Gen. Ruy Carneiro, 249 - Miramar, João Pessoa - PB - CEP 54.000-000
Fone: (83) 3247.3111





PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA
TCP430070
25-May-2002 M. 16Y
TCP430070
15-Sep-2018
00 10 45 15
605 IMA 12
VRT

MAGNETOM CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA
Emotion 16 (2010) TCP430070
CT 201AA 25-May-2002 M. 16Y
TCP430070
15-Sep-2018
00 10 45 15
605 IMA 13
VRT

CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA
TCP430070
25-May-2002 M. 16Y
TCP430070
15-Sep-2018
00 10 45 15
605 IMA 14
VRT

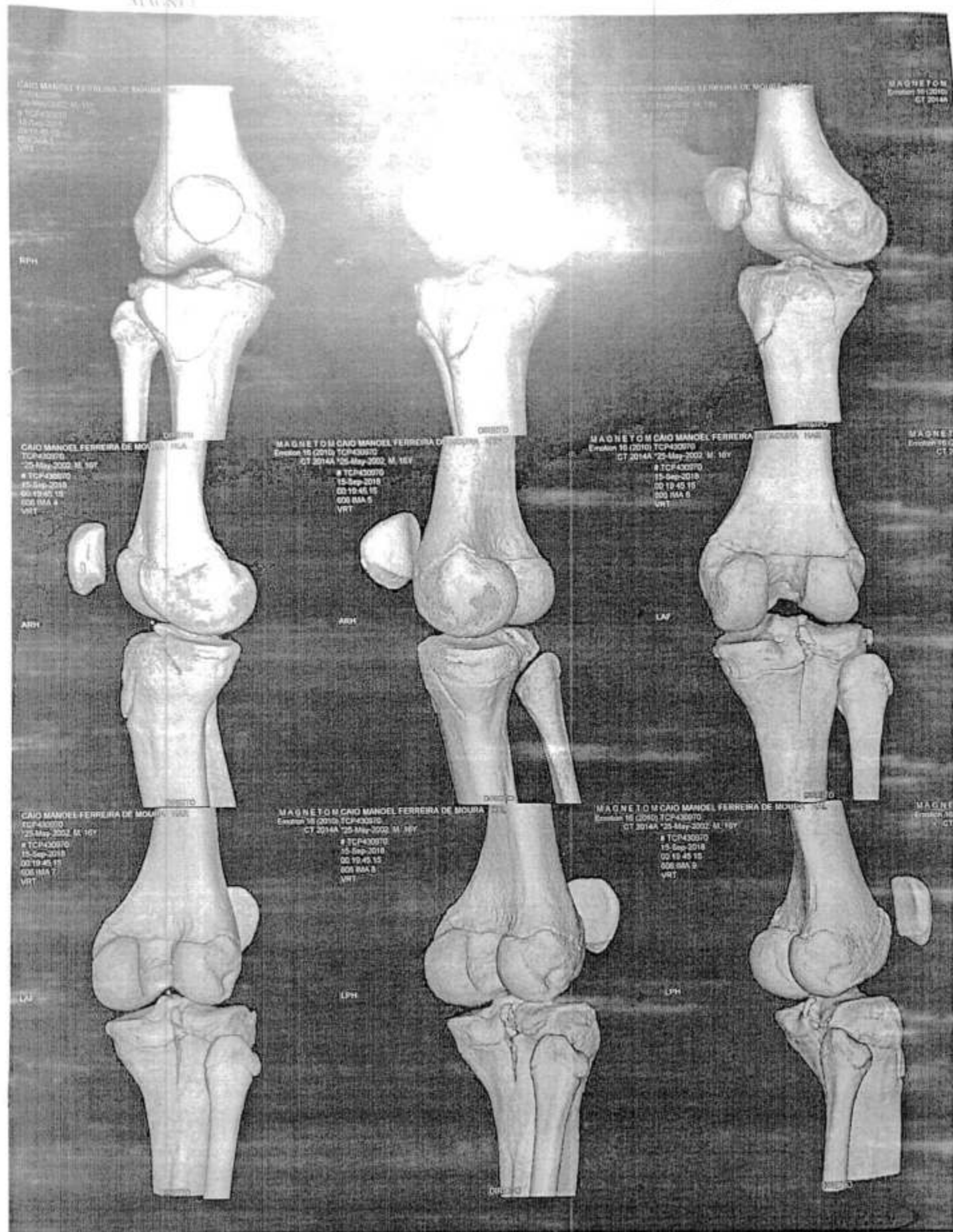
MAGNETOM CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA
Emotion 16 (2010) TCP430070
CT 201AA 25-May-2002 M. 16Y
TCP430070
15-Sep-2018
00 10 45 15
605 IMA 15
VRT

CO
SEGUROS
DESAITO

A S/A.

10 DEZ. 2018

PROTUCOLO
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
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAIO MANOEL F. DE MOURA
Data da aquis. 15/10/2018
Hora da aquis. 16:30:09
Data de nascimento 25/05/2002
ID: 93092

Data da aquis. 15/10/2018
Hora da aquis. 16:30:09
Data de nascimento 25/05/2002
ID: 93092

CAIO MANOEL F. DE MOURA
Sex: Masc.
Data da aquis. 15/10/2018
Hora da aquis. 16:31:35
Data de nascimento 25/05/2002
ID: 93092

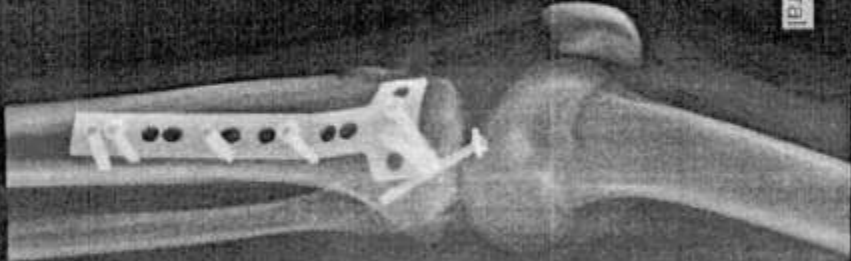
Data da aquis. 15/10/2018
Hora da aquis. 16:31:35
Data de nascimento 25/05/2002
ID: 93092

Dif



8cm

Lateral



JOELHO

AP
W: 4046, L: 1901
ID de técnico admín

Ortopedia TAMBAU
Escala: 0.53

JOELHO

LATERAL
W: 4066, L: 2027
ID de técnico admín

Ortopedia TAM
Escala:

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



201809156 CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA M SC: 57 %
18.09.2018
D IMAGEM

SC: 52

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 DEZ. 2018
PROTUCULO
C. JOÃO DESSOA

João 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 representado por sua genitora, FLAVIA FERREIRA, brasileira, solteira no CPF sob nº 035.323.884-80, podendo ser intimada na Rua ERNANDO MARINHO FILHO - nº 65 Alto matheus

João Pessoa - PB, CEP: 58.090.635, foi vítima de acidente de moto ocorrido no dia 24 de setembro de 2018 enquanto vinha 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 calção sofreu diversas lesões e escoriações. Sendo assim, ele foi socorrido por Terceiros ao ORTOTRAUMA, posteriormente, ele foi transferido para o HOSPITAL SAMARITANO onde foram realizados médicos tratamentos cirúrgicos para CID. S82.1, conforme se verifica nos laudos médicos, RX que segue em anexo bem como os demais prontuários que se estão na posse da Seguradora

Assino a presente carta firmada por mim a mais pura verdade

10 DEZ. 2018
PROT. 100
JOÃO PESSOA

Flavina Ferreira

RG nº. 2.536.322 - SSP/PB

CPF nº. 035.323.884-80

Flavina Ferreira



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.717.605 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2018

NOME CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

FILIAÇÃO MANOEL GOMES DE MOURA
FLAVIA FERREIRA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 25/05/2002

DOO ORIGEM NASC.N.76978 FL3.197 LIV.A-72
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

CPF 700.208.124-18

João Pessoa - PB

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.494 DE 06/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Caio Manoel Ferreira de Moura

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E APOIAMENTO S/A

14 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2536322 DATA DE EXPEDIÇÃO 23 MAR. 1998

NOME FLAVIA FERREIRA

Reimundo Gaspar Ferreira.

Maria de Fátima Martiniano da Silva.

João Pessoa-PB 10.05.1976

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

vert. Nasom. 546-fls. 255v-Liv A91-5ª Cart. de João Pessoa-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.166/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

R.02

JOÃO DE GODOY

RECIBO

Flavia Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082128936

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD RENAVAM - 201800000389154 - EXERCÍCIO - 2018

1 01163148250 00/00000000 2018

PAULO PEREIRA DE MOURA

06171334413 QSC5568/PB

NOVO PB 9C2JB0100JR114194

PAS/MOTOCICLETA/NOVA

HONDA/POP 110I

2 P/109 /CI

1 IPVA PAGO EM 00/00/0000

1º 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) - OF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

***** \$EGURO P A G O 28/08/2018

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA - PB

9999999 30/08/2018 5506

LAURE 004973741

PB Nº 014082128936 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO - 2018 DATA EMISSÃO - 30/08/2018

1 06171334413 QSC5568/PB

01163148250 HONDA/POP 110I

2018 9 9C2JB0100JR114194

PREMIO TARIFARIO

***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

***** CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** ICF (R\$) ***** TOTAL ESTIMADO SEGURO (R\$) *****

***** SEGURO P A G O 28/08/2018

***** COTA ÚNICA ***** PAGAMENTO ***** DATA DE QUITAÇÃO *****

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.342.000/0001-04

5506-0946319-20180830

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA
14 NOV. 2018
COLEÇÃO DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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

Valoração 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414026/18

Vítima: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

CPF: 700.208.124-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2018

Titular do CPF: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

CPF de: Próprio

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 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

FLAVIA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

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 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: 10/12/2018

Nome: FLAVIA FERREIRA

CPF: 035.323.884-80

FLAVIA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2018

Titular do CPF: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

CPF de: Próprio

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 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

FLAVIA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA