

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2016

Carta nº: 9551388

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vitima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9578000

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vítima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2016

Carta nº: 9677524

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vítima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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: **NERIVALDO ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000151-1**

Conta: **0000063834-X**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Será emitida em 1ª via DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%



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 da indenização no banco.

EU Nivaldo Augusto
 PORTADOR(A) DO RG Nº 649 223 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 23/12/1999
 CPF 593868864-72 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Recurso
 RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Nivaldo Augusto, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação e código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 63-834-X

ANGELUS
seguros

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) _____

02 JUL. 2016

ECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, E ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Patos, 09 de maio de 2016 Nivaldo Augusto
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.

ANGELUS

02 JUL 2016

Central de Atendimento 08 4004 0001 (Declarar) 0200 720 0001 (Omnia localidade)

ASSINATURA AUTORIZADA

04/07/2016 04:12:56

Este cartão é emitido pelo Banco do Brasil S.A.
Se cancelado, favor cancelar em qualquer
agência do Banco do Brasil.

04/07/2016 04:12:56
1-12340



PARA SUA SEGURANÇA:
ESTE CARTÃO ESTÁ BLOQUEADO.
CASO O DESBLOQUEIO NÃO SEJA
EFETUADO EM ATÉ 90 DIAS, ESTE PLÁSTICO
SERÁ AUTOMATICAMENTE DESATIVADO.

VÁLIDO ATÉ 09/16

4389 3590 4026 3803
9181 3333 3333





DOCUMENTO 1 *T196*



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1858/2016**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos QUATRO dias do mês de MAIO do ano DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, por volta das 09:25 horas, compareceu: **NERIVALDO ARAUJO**, brasileira, RG 1649223 SSP/PB, CPF 593.868.864-72, natural de S. J. De Espinharas/PB, data de nasc. 16/07/1965, filho(a) de Maria de Lourdes Araujo e de pai não declarado, residente na Rua, Antonio Barreto, 894, Monte Castelo, Patos/PB, Tel. (83)9.9955.9005:, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 01/01/2016, por volta das 17:00 horas, conduzia sua moto de marca/modelo HONDA/XRE 300, placa QFE-4337/PB, Cód. Renavam 01115013073, licenciada em nome do notificante, quando na rua Rosa de Figueiredo, bairro Maternidade, nesta cidade, perdeu o controle da moto e caiu; Que, foi levado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade, pelo seu irmão.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Nerivaldo Araujo

ANGELUS
seguros

02 JUL, 2016

Patos/PB, 04 de maio de 2016.

APC-ANA MARIA DA C. LEANDRO
Mat.138.428-7

	Av. Tancredo Neves, 137 - Centro 58700-410 - Patos - Paraíba FONE: (83) 3423-2553 FAX: (83) 3423-6020 E-MAIL: drfpatos@gmail.com
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade. Patos-PB 04/05/2016 10:21:12 ZULEYKA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVÃO [2016-015262] EMOL:R\$ 2,12 FAPPEN:R\$ 0,25 FUP:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0,06 SELO DIGITAL: ADG12594-09HJ Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Verivaldo Araújo, portador da carteira de identidade nº 1649223-SSP/PB e inscrito no CPF/IME sob o nº 593868864-72 residente e domiciliado na Rua Antonio Barreto, S/N, Monte Castelo Cidade Patos Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Verivaldo Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

 ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

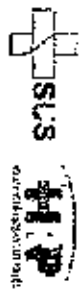
Patos PB, 09 de maio de 2016

Local e data

DOCUMENTO 3 *T3%



ANGELUS
02 JUL 2016



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ATO DECLARATÓRIO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CNES: 263473 CNPJ: 06.776.268/002378

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: NERIVALDO ARAUJO

Nome: MARIA DE LOURDES ARAUJO

Assinatura: 18/7/1985 Idade: 50

Profissão: PEDREIRO

Endereço: ANTONIO BARRETO

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS: 165-6819-7409-0005

CPF: 165-6819-7409-0005

Data / Hora: 11/12/2016 17:30:01

Identidade: Reg. Nasc.: Recepcional: Israel
Ficha Número: 109555

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

At. em 11/12/2016
Paciente: NERIVALDO ARAUJO
Idade: 50 anos
Sexo: M
Profissão: PEDREIRO
Endereço: ANTONIO BARRETO
Bairro: MONTE CASTELO
Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
CNS: 165-6819-7409-0005
CPF: 165-6819-7409-0005
Data / Hora: 11/12/2016 17:30:01
Ficha Número: 109555

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

At. em 11/12/2016
Paciente: NERIVALDO ARAUJO
Idade: 50 anos
Sexo: M
Profissão: PEDREIRO
Endereço: ANTONIO BARRETO
Bairro: MONTE CASTELO
Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
CNS: 165-6819-7409-0005
CPF: 165-6819-7409-0005
Data / Hora: 11/12/2016 17:30:01
Ficha Número: 109555

CARÁTER DO ATENDIMENTO

☐ 01 - ELETIVO

☒ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO

At. em 11/12/2016
Paciente: NERIVALDO ARAUJO
Idade: 50 anos
Sexo: M
Profissão: PEDREIRO
Endereço: ANTONIO BARRETO
Bairro: MONTE CASTELO
Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
CNS: 165-6819-7409-0005
CPF: 165-6819-7409-0005
Data / Hora: 11/12/2016 17:30:01
Ficha Número: 109555

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	1. PRESCRITA	2. APLICADA	OBSERVAÇÃO	OUTRO HOSPITAL	RESIDÊNCIA	ÓBITO	INTERNAÇÃO	OUTROS
01	01								
02	02								
03	03								
04	04								
05	05								
06	06								
07	07								
08	08								
09	09								
10	10								
11	11								
12	12								
13	13								
14	14								
15	15								
16	16								
17	17								
18	18								
19	19								
20	20								
21	21								
22	22								
23	23								
24	24								
25	25								
26	26								
27	27								
28	28								
29	29								
30	30								
31	31								
32	32								
33	33								
34	34								
35	35								
36	36								
37	37								
38	38								
39	39								
40	40								
41	41								
42	42								
43	43								
44	44								
45	45								
46	46								
47	47								
48	48								
49	49								
50	50								

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

MARCELO ALVES - 7381 - 111-1111-1111

ASS. REVISOR TÉCNICO - carlindo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carlindo

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: 02/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NERIVALDO ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

CONTA: 000000063834-X

Nr. da Autenticação 0ABA830F3906BDCE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Nerivaldo Araújo

RG nº 1649223, data de expedição 23/12/1999 Órgão SSP/PB

CPF nº 593868864-72, 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>Antonio Barreto</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Castelo</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58700000</u>
Telefone de Contato	<u>83 999103948/999910193</u>
E-mail	<u>Verissimoamara@live.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos PB, 09 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: Nerivaldo Araújo


ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

JOSE FRANCISCA PEREIRA RIBEIRO
RUA ANTONIO BARRETO, S/N - MONTE CASTELO
PATOS/PB CEP: 58700000 (AG: 119)



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R 200, Km 25 - Gilda Redondo - José Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 08.095.180/0001-40 - Ins. Est. 15.045.829-0

Cidade/Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 118 - 495 - 7360 Referência: Fev/2016
Nº medidor 00000098784 Emissão: 28/02/2016

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001 353 601
Código para Dúvida Automática: 00912144353

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 61714435-3

Fev/2016

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha para o potencial 1, R\$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2015

29/02/2016

Data prevista da próxima leitura

30/03/2016

CPF/CNPJ/RANI

3208189471
Ins. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
28/01/16 584	29/02/16 707	1	113	32

Faturas em atraso

Demonstrativo

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 24/02/2016 PAGAS
OBRIGADOR

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	143	0,41877	59,78
Adic. B Vermelha			4,49
ICMS			29,41
PS			1,27
CONFES			5,08

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	18,35
JUROS DE MORADIA/2016	0,44
MULTA 01/2016	1,47
COMP. INDICADOR-DIC TRIMESTRAL 12/2015	-0,13
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIC 12/2015	-0,89

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/16	103
Dez/15	100
Nov/15	110
Out/15	104
Set/15	78
Ago/15	0
Jul/15	1
Jun/15	0
Mai/15	7
Abr/15	70
Mar/15	25
Fev/15	21

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	87,82	33,00	29,41
PS	87,82	1,3000	1,27
CONFES	87,82	5,8000	5,08

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

07/03/2016

R\$ 109,02

Méda dos últimos meses
47 kWh

DE 20 AO 42500

85b8.17e3.79db.a57c.2da8.c35f.55bd.0ae8.

Indicadores de Qualidade

12/2015 - Janeiro

Composição do valor total da sua conta

Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,98	
DIC TRIMESTRAL		
DIC ANUAL		
FIC MENSAL	2,00	
FIC TRIMESTRAL		
FIC ANUAL		
DNIC	3,54	
DCIR	12,22	

Observações	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia - PD	21,47	19,50
Contrib. de Energia	34,35	31,20
Serviços de Transmissão	1,87	1,52
Encargos Setoriais	8,78	8,17
Impostos Oneros e Encargos	45,80	41,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	110,28	100,00

Valor do EUSD (Prez. 12/2015) R\$ 22,21

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

ANGELUS
SEGUROS

02 JUL. 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE BAUNO OLIVEIRA DE OLIVEIRA,

RG nº 2680243, data de expedição 11/09/13, Órgão SSP-PB,

CPF nº 047.494.194-94, 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)	RUA HORACIO NOBREGA
Número	SIN.
Apto / Complemento	SALA 03 POSTO WOLA.
Bairro	BELD HORIZONTE
Cidade	PATOS
Estado	PARAIBA
CEP	58709-000
Telefone de Contato	(83) 99910-3948 / 99991-0193
E-mail	UNESHA SAMANA@LIVE.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PATOS-PB, 07 DE JULHO DE 2016


ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Assinatura do Declarante: 

oi FIA

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E FINANÇAS



Para envio - Emissão de Recibo



PAULA GOMES FERREIRA DE OLIVEIRA
RUA MARCELO MOREIRA, S/N L.J. 3
CELO HORIZONTE
PATO-000 PATOS-PB



RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Em nome do PÓLO 0000

ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Bawaio Azevedo de Oliveira, portador(a) do RG nº 26.80.243, expedido por SSP-PB, em 22/09/2013, CPF/CNPJ nº 042.494.194-94, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Nivaldo Araújo do sinistro de DPVAT da natureza Acidente da vítima Nivaldo Araújo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

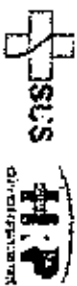
ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Documentos comprobatórios: 0801PB

26

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.288/0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, SN

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: NERIVALDO ARAUJO

Viz: MARIA DE LOURDES ARAUJO

Assimilado: 16/7/1955 Idade: 50

Cor: BRANCA

Sexo: M

Profissão: PEDREIRO

Endereço: ANTONIO BARRETO

Bairro: MONTE CASTELO

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS: 165-6819-7409-0006

Identidade:

CPF:

Data / Hora: 11/12/2015 17:30:01

Reg. Nasc.: Recepção: Israel

Ficha Número: 109555

58393

PESO:

PA

TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Na coxa a femur
do ombro a perna
na coxa

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados = 3 PR

RESULTADOS

MATERIAL DE MEDICAMENTOS E OUTROS

Material de medicamentos e outros

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

Receita de medicamentos para tratamento

DIAGNÓSTICO

Fratura de humero direito

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERVENÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

01	04	08	05	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbos

Médico / Cmt / Cms

MARCELO ALVES - 7381 - 111-1113-1111-1111

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 21/10/2016 HORA: : h

1. USUÁRIO:

Leandro de Jesus

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Transtorno em Transição Dismórfica

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

4. ALERGIAS:

☐ SIM

☒ NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:

☐ SIM

☒ NÃO

6. DOENÇA PREEXISTENTE:

☐ SIM

☒ NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	irpm	%	130 x 80 mmHg	mg/dl



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANGELUS
seguros

VERMELHO	AMARELO	VERDE (1)	VERDE (2)	AZUL 2 JUL. 2016
Sem acompanhante * Setor Crítico **	1 acompanhante	Sem acompanhante Sem visita	1 acompanhante	Agendamento em UBS

ENFERMEIRO/CARIMBO

Leandro de Jesus

* Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado para idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar. (art. 18 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).

** Setor com alta demanda de procedimentos invasivos onde são realizadas técnicas estóveis para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito.



VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

1-649.223-2 via

DATA DE EXPEDICÃO: 23.06.1999

NOME: NERIVALDO ARAÚJO

MARIA DE LOURDES ARAÚJO

DATA DE NASCIMENTO: 18.07.1965

MUNICÍPIO: São José de Espinharas-PR

Cert. Cas. 10730. Ms. 40. Liv. 29-B

CPF: 593868864-72

ASSINATURA DO DIRETOR: [Assinatura]

LEI Nº 13.039 DE 2001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DATA DE EXPEDICÃO: 12.07.2016

CARTÃO DE IDENTIDADE: 12.07.2016

ASSINATURA DO TITULAR: [Assinatura]

ANGELUS

SECURITY

02 JUL. 2016

DOCUMENTO 3 *T34*



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 71381687

USO DEMONSTRATIVO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(CNPJ 11.111.111/0001-91)



ASSINATURA DO FORNECEDOR

VALIDADE



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

18817

ADVOGADO
JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

PROCURADOR
VADEROR FERREIRA DE OLIVEIRA

PROCURADORA
MARIA DO SOCORRO DANTAS QUEIROGA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE SAQUEAMENTO
18/07/1984

CPF
2640243 - SSP-PB

047.494.184-94

DATA DE EMISSÃO
01/11/2013

ASSINATURA DO PRESIDENTE

ANGELUS
SEGUROS

02 JUL. 2015

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012029623859
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
C B E 0040771466
VIA Cód. RENAVAM 0015000001987 38859
0111501307 00/00000000 2015

NOME
NERIVALDO ARAUJO

OPF / CNRU 59386886472 PLACA QPB4337/PB
PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2ND110ER025977 CHASSI

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
BAS/MOTOCICLO/NAO ARLIC ALCO/GASOL
MARCA / MODELO ANO FAB / ANO MOI
HONDA/XRE 300 2014 2014
CAP / POT / OIL 2 P/291 / Cx CATEGORIA CON PRECUIVANTE
PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1º IPVA PAGO EM 23/07/2015
2º FAIXA LEVA PARCELAMENTO / COTAS
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00 OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 23/07/2015

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PATOS PB LOCAL 36838 02 38859
DATA 23/07/2015

DOCUMENTO 6 *T64*

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NAO, SEGURO DPVAT

PB Nº 012029623859 BILHETE DE SEGURO DPVAT

23/03/2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SOTA 0 003MD110ER025977 DATA EMISSÃO 23/07/2015

VIA 11013071466 DPVAT 38859 PLACA QPB4337/PB
RENAVAM 59386886472 MARCA / MODELO
01115013073 HONDA/XRE 300 2014
ANO FAB. 2014 ALT. MAR. 9C2ND110ER025977

PREMIO TARIFARIO
FMS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** OF (R\$) SEGURO P A G O
S COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE EMISSÃO 23/07/2015

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.602/0001-04
www.seguradolider.com.br

38857-1111238-20150723

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160488207

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NERIVALDO ARAUJO

Data do acidente: 01/01/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TORNOZELO 50%

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160488207

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NERIVALDO ARAUJO

Data do acidente: 01/01/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DESCONFORTO A DEAMBULAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE SALIÊNCIA ÓSSEA NO DORSO DO PÉ COM EDEMA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DA DORSO FLEXÃO, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 50 DIAS. RECEBEU ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

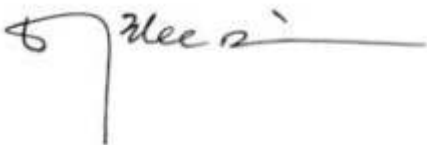
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 21/10/2016 HORA: : h

1. USUÁRIO:

Francisco de Assis

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Transtorno em Transição Dignidade

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

4. ALERGIAS:

☐ SIM

☒ NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:

☐ SIM

☒ NÃO

6. DOENÇA PREEXISTENTE:

☐ SIM

☒ NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	irpm	%	130 x 80 mmHg	mg/dl



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANGELUS
seguros

VERMELHO	AMARELO	VERDE (1)	VERDE (2)	AZUL 2 JUL. 2016
Sem acompanhante * Setor Crítico **	1 acompanhante	Sem acompanhante Sem visita	1 acompanhante	Agendamento em UBS

ENFERMEIRO/CARIMBO

Francisco de Assis

* Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado para idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 18 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).

** Setor com alta demanda de procedimentos invasivos onde são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito.

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Bawaio Azevedo de Oliveira, portador(a) do RG nº 26.80.243, expedido por SSP-PB, em 22/09/2013, CPF/CNPJ nº 042.494.194-94, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Nivaldo Araújo do sinistro de DPVAT da natureza Acidente da vítima Nivaldo Araújo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Documentos comprobatórios: 0801PB

JB

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Nerivaldo Araújo

RG nº 1649223, data de expedição 23/12/1999 Órgão SSP/PB

CPF nº 593868864-72, 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>Antonio Barreto</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Castelo</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58700000</u>
Telefone de Contato	<u>83 999103948/999910193</u>
E-mail	<u>Verissimoamara@live.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos PB, 09 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: Nerivaldo Araújo

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

JOSE FRANCISCA PEREIRA RIBEIRO
RUA ANTONIO BARRETO, S/N - MONTE CASTELO
PATOS/PB CEP: 58700-000 (AG: 119)



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R 200, Km 25 - Gilda Redondo - José Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 08.095.180/0001-40 - Ins. Est. 15.045.829-0

Cidade/Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 118 - 495 - 7360 Referência: Fev/2016
Nº medidor 00000098784 Emissão: 28/02/2016

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001 353 601
Código para Dúvida Automática: 00912144353

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 61714435-3

Fev/2016

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha para o potencial 1, R\$ 3,00 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2015

29/02/2016

Data prevista da próxima leitura

30/03/2016

CPF/CNPJ/RANI

3208189471
Ins. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
28/01/16 584	29/02/16 707	1	113	32

Faturas em atraso

Demonstrativo

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 24/02/2016 PAGAS
OBRIGADOR

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	143	0,41877	59,78
Adic. B. Vermelha			4,48
ICMS			29,41
PIS			1,27
COFINS			5,08

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	18,35
JUROS DE MORADIA/2016	0,44
MULTA 01/2016	1,47
COMP. INDICADOR-DIC TRIMESTRAL 12/2015	-0,13
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DIC 12/2015	-0,89

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/16	103
Dez/15	100
Nov/15	110
Out/15	104
Set/15	78
Ago/15	0
Jul/15	1
Jun/15	0
Mai/15	7
Abr/15	70
Mar/15	25
Fev/15	21

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	87,82	33,00	29,41
PIS	87,82	1,5000	1,27
COFINS	87,82	5,8000	5,08

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

07/03/2016

R\$ 109,02

Méda dos últimos meses
47 kWh

DE 20 AO 45 CO

85b8.17e3.79db.a57c.2da8.c35f.55bd.0ae8.

Indicadores de Qualidade

12/2015 - Janeiro

Composição do valor total da sua conta

Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,98	
DIC TRIMESTRAL		
DIC ANUAL		
FIC MENSAL	2,00	
FIC TRIMESTRAL		
FIC ANUAL		
DNIC	3,54	
DCIR	12,22	

Observações	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia - PD	21,47	19,50
Contrib. de Energia	34,35	31,20
Serviços de Transmissão	1,87	1,52
Encargos Elétricos	8,78	8,17
Impostos Oneros e Encargos	45,80	41,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	110,28	100,00

Valor do EUSD (Prez. 12/2015) R\$ 22,21

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

ANGELUS
SEGUROS

02 JUL. 2016



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE BAUNO OLIVEIRA DE OLIVEIRA,RG nº 2680243, data de expedição 11/09/13, Órgão SSP-PB,

CPF nº 047.494.194-94, 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 HORACIO NOBREGA</u>
Número	<u>SIN.</u>
Apto / Complemento	<u>SALA 03 POSTO WOLA.</u>
Bairro	<u>BELD HORIZONTE</u>
Cidade	<u>PATOS</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58709-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99910-3948 / 99991-0193</u>
E-mail	<u>UNESHA SAMANA@LIVE.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PATOS-PB, 07 DE JULHO DE 2016


ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Assinatura do Declarante: 



ATO ① DECLARATOR ①

ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016

50393

TEMP

ANALIMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

⑥ 100 gms in
25 gms

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

John and the Bach

CARATER DO ATENDIMENTO

URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITIVO

5th Ave. 2nd fl.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO
Infección de Shingles - 1 (Múltiple)
Infección de Shingles = 1
CID-10

CFD-10

MEDICACÃO

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

RESIDÊNCIA	OBSERVAÇÃO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

LITERATURE

2. APPLICATIONS

COLEMAN, J. A.

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

[illegible]

Associação dos Policiais Penais - Carinhas

Medicines & Health Care

MARCELO ALVES - 7391 - 11-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	Polígraf Digital
---	------------------

Polagat Dineid

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo	ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo
--------------------------------	---------------------------------------

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - cambio



DOCUMENTO 1 *T196*



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1858/2016**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos QUATRO dias do mês de MAIO do ano DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, por volta das 09:25 horas, compareceu: **NERIVALDO ARAUJO**, brasileira, RG 1649223 SSP/PB, CPF 593.868.864-72, natural de S. J. De Espinharas/PB, data de nasc. 16/07/1965, filho(a) de Maria de Lourdes Araujo e de pai não declarado, residente na Rua, Antonio Barreto, 894, Monte Castelo, Patos/PB, Tel. (83)9.9955.9005:, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 01/01/2016, por volta das 17:00 horas, conduzia sua moto de marca/modelo HONDA/XRE 300, placa QFE-4337/PB, Cód. Renavam 01115013073, licenciada em nome do notificante, quando na rua Rosa de Figueiredo, bairro Maternidade, nesta cidade, perdeu o controle da moto e caiu; Que, foi levado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade, pelo seu irmão.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Nerivaldo Araujo

ANGELUS
seguros

02 JUL, 2016

Patos/PB, 04 de maio de 2016.

APC-ANA MARIA DA C. LEANDRO
Mat.138.428-7

	Av. Tancredo Neves, 137 - Centro 58700-410 - Patos - Paraíba FONE: (83) 3423-2553 FAX: (83) 3423-6020 E-MAIL: drfpatos@gmail.com
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade. Patos-PB 04/05/2016 10:21:12 ZULEYKA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVÃO [2016-015262] EMOL:R\$ 2,12 FAPPEN:R\$ 0,25 FPP:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0,06 SELO DIGITAL: ADG12594-09HJ Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Verivaldo Araújo, portador da carteira de identidade nº 1649223-SSP/PB e inscrito no CPF/IME sob o nº 593868864-72 residente e domiciliado na Rua Antonio Barreto, S/N, Monte Castelo Cidade Patos Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Verivaldo Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

 ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Patos PB, 09 de maio de 2016

Local e data

DOCUMENTO 3 *T3%



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Será emitida em 1ª via DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%



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 da indenização no banco.

EU Nivaldo Augusto
 PORTADOR(A) DO RG Nº 649 223 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 23/12/1999
 CPF 593868864-72 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Recurso
 RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Nivaldo Augusto, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação e código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 63-834-X

ANGELUS
seguros

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) _____

02 JUL. 2016

ECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, E ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Patos, 09 de maio de 2016 Nivaldo Augusto
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.

ANGELUS

02 JUL 2016

Central de Atendimento 08 4004 0001 (Capitais) 0800 720 0001 (Demais localidades)

ASSIGNATURA AUTORIZADA

04/01/51 00.11.31.3300
BANCO BR S/A
04/01/51 00.11.31.3300
1-1240

Este cartão é emitido pelo Banco do Brasil S.A.
Se cancelado, favor entregar em qualquer agência do Banco do Brasil.

04/01/51 00.11.31.3300
1-1240

VALIDO SOMENTE NO EXTER



PARA SUA SEGURANÇA:
ESTE CARTÃO ESTÁ BLOQUEADO.
CASO O DESBLOQUEIO NÃO SEJA
EFETUADO EM ATÉ 90 DIAS, ESTE PLÁSTICO
SERÁ AUTOMATICAMENTE DESATIVADO.

VALIDO ATÉ

09/16

4389 3590 4026 3803
9181 3333 3333



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2016

Carta nº: 9677524

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vítima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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: **NERIVALDO ARAUJO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000151-1**

Conta: **0000063834-X**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9578000

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vítima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2016

Carta nº: 9551388

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vitima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 02/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NERIVALDO ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

CONTA: 000000063834-X

Nr. da Autenticação 0ABA830F3906BDCE

**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): **NERIVALDO ARAUJO** Sinistro: **3160488207** Data: **01/01/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO BARRETO, S/N - MONTE CASTELO - Patos - PB - CEP 58704-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1649223**

Data local do exame: [**31/08/2016**] **Pombal** [**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 NO TORNOZELO DIREITO. VÍTIMA REFERE DOR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DESCONFORTO A DEAMBULAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE SALIÊNCIA ÓSSEA NO DORSO DO PÉ COM EDEMA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DA DORSO FLEXÃO, EVERSAO E INVERSAO DO PÉ DIREITO.

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.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 50 DIAS. RECEBEU ALTA MÉDICA.

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 pé direito

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

% 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.


Rosana Bezerra Duarte de Paiva
CRM: 4183 - PB

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160488207

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NERIVALDO ARAUJO

Data do acidente: 01/01/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DESCONFORTO A DEAMBULAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE SALIÊNCIA ÓSSEA NO DORSO DO PÉ COM EDEMA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DA DORSO FLEXÃO, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 50 DIAS. RECEBEU ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

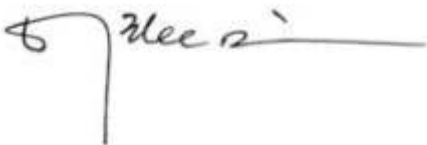
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Nereuvaldo Amorim
 brasileiro, estado civil _____, profissão _____
 portador do CPF 593868864-72 e RG 1.649.223
 residente e domiciliada Rua Antônio Bonetto, s/n
 Bairro Monte Castelo, na cidade de Patos, CEP.: 58.700-000.

OUTORGADO: DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o n.º 18.817, com Escritório Profissional situado na Rua Horácio Nóbrega, s/n, Posto Viola, sala 03 – Centro – Patos – PB. CEP 58.700-020.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Patos, PB 07 / Julho



ANGELUS
 SEGUROS

02 JUL. 2016



Nereuvaldo Amorim
 Outorgante

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de Nereuvaldo Amorim, portador do CPF 593868864-72 e RG 1.649.223, residente e domiciliado na Rua Antônio Bonetto, s/n, Bairro Monte Castelo, Patos, PB, CEP 58.700-000, em data 07/07/2016 às 16:30:02 horas, para a verificação da veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado, conforme consta no presente instrumento. 02/07/2016 às 16:30:02 horas, em Patos, PB.
 Selo Digital: AM25409-2700
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160488207

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NERIVALDO ARAUJO

Data do acidente: 01/01/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TORNOZELO 50%

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 012029623859
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C - VIA Cód. RENAVAM 011501307-3 00/00000000 2015
E 0040771466

NOME
NERIVALDO ARAUJO
PLACA QPB4337/PB
OPF / CNRJ
59386886472
CHASSI
NOVO PB 9C2ND110ER025977

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
BAS/MOTOCICLO/NAO ARLIC ALCO/GASOL
MARCA / MODELO ANO FAB / ANO MOI
HONDA/XRE 300 2014 2014
CAP / POT / OIL CATEGORIA CON PREC/DOMINANTE
2 P/291 /CI PARTIC VERMELHA

VENIC: COTA ÚNICA 1º
COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 23/07/2015
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º
A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) OF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 23/07/2015

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PATOS PB LOCAL
36838
38857
38857

DOCUMENTO 6 *T64*



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS, OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012029623859 BILHETE DE SEGURO DPVAT

23/07/2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SUTA 0 003ND110ER025977 DATA EMISSÃO 23/07/2015

PLACA QPB4337/PB
RENAVAM 59386886472
MARCA / MODELO 0115013073 HONDA/XRE 300
ANO FAB / CAL MAR 2014 9C2ND110ER025977

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
OF (R\$) SEGURO
TOTAL SEGURO PAGO 23/07/2015

PAGAMENTO
COTA ÚNICA ☐ PARCELADO ☐

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.628/0001-04
www.seguradoredider.com.br

38857-1111238-20150723

DETTRAN

DOCUMENTO 3 *T34*



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 71381687

USO DEMONSTRATIVO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(CNPJ 11.161.827/0001-01)

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDADE

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

18817

ADVOGADO
JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

PROCURADOR
VADEROR FERREIRA DE OLIVEIRA

PROCURADORA
MARIA DO SOCORRO DANTAS QUEIROGA

NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE SAQUEAMENTO
18/07/1984

CPF
2640243 - SSP-PB

047.494.184-94

DATA DE EXERCÍCIO
11/09/2013

PROCURADOR
JOÃO PESSOA-PB

PROCURADORA
JOÃO PESSOA-PB

PROCURADOR
JOÃO PESSOA-PB

PROCURADORA
JOÃO PESSOA-PB

ANGELUS
SEGUROS

02 JUL. 2015

A black and white photograph of a Brazilian identification card (Carteira de Identidade). The card is rectangular with a thick black border. At the top left, it reads "REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL". In the top center, it says "ESTADO DA PARAIBA". At the top right, it reads "SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA". On the middle left, it says "INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO". On the middle right, it says "DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO". At the bottom right, it reads "CARTÃO DE IDENTIDADE". In the center of the card is a black and white portrait of a man with a mustache, wearing a dark suit and a light-colored shirt. The card is placed on a light-colored surface.

ANGELUS
SOURCES

02 JUL 2016

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Nereu Carlos Amorim
brasileiro, estado civil _____, profissão _____
portador do CPF 593868864-72 e RG 1.649.223
residente e domiciliada Rua Antônio Bonetto, s/n
Bairro Monte Castelo, na cidade de Porto, CEP.: 58.700-000.

OUTORGADO: DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o n.º 18.817, com Escritório Profissional situado na Rua Horácio Nóbrega, s/n, Posto Viola, sala 03 – Centro - Patos – PB. CEP 58.700-020.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Patos, PB 07 / Julho



ANGELUS
EQUINOX

02 JUL 2016

Emiliano A. Lago
Outorgante


ALDO AMORIM
 CNPJ Nº 06.908.231/0001-01
 ENDEREÇO: RUA SANTOS, 100 - JARDIM LINDO, ALTO DE LIMA
 SÃO PAULO - SP
 CEP: 05404-000
 FONE: (11) 3061-1000
 FAX: (11) 3061-1001
 E-MAIL: ALDO@ALDOAMORIM.COM.BR
 ALDO@ALDOAMORIM.COM.BR

**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): **NERIVALDO ARAUJO** Sinistro: **3160488207** Data: **01/01/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO BARRETO, S/N - MONTE CASTELO - Patos - PB - CEP 58704-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1649223**

Data local do exame: [**31/08/2016**] **Pombal** [**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 NO TORNOZELO DIREITO. VÍTIMA REFERE DOR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DESCONFORTO A DEAMBULAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE SALIÊNCIA ÓSSEA NO DORSO DO PÉ COM EDEMA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DA DORSO FLEXÃO, EVERSAO E INVERSAO DO PÉ DIREITO.**

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. **REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 50 DIAS. RECEBEU ALTA MÉDICA.**

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 pé direito

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

% 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.


Rosana Bezerra Duarte de Paiva
CRM: 4183 - PB