



Número: **0801095-70.2019.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **01/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31967 981	01/07/2020 14:59	<u>2731096_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE**

Nº Sinistro: **3180366739**
Vitima: **FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE**
Data do Acidente: **03/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180366739**.

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 13224892



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE**

Nº Sinistro: **3180366739**

Vitima: **FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE**

Data do Acidente: **03/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180366739**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Pag. 00967/00968 - carta_03 - INVALIDEZ

00050484


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

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

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

Carta nº 13227435

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/07/2020 14:59:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070114592557800000030643671>
Número do documento: 20070114592557800000030643671

Num. 31967981 - Pág. 2



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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

085.835.969-25

Nome completo da vítima

Francisco Islanio de Souza Pite

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Francisco Islanio de Souza Pite

CPF titular da conta

085.835.969-25

Profissão

Aprendiz

Endereço

Rua Edgar Gomes

Número

311

Complemento

Casa

Bairro

Centro

Cidade

Aguilar

Estado

PB

CEP

58.778-000

Email

sertur-assessoria@hotmail.com

Telefone (DDD)

83 999971520/99697831

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

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil 00061

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº:

D/V

CONTA

Nº:

D/V

0634

3

18506

X

(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.

Itaperuna 19 de março de 2018.
Local e Data

X Francisco Islanio de Souza Pite

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga-PB



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 808 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 03 / Julho / 2017. HORAS 11h30min.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

Notificante/Vítima:

FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE, brasileiro, Paraibano, Casado, Motorista, nascido no dia 16.11.90, filho de Ivan Alves Leite e Francisca Xavier de Souza Leite, RG 3.443.807/PB e CPF 085.835.964-25, residente na Rua Edgar Gomes s/n centro Aguiar/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, circulava pela Rodovia que liga Igaracy à Aguiar/PB, conduzindo a moto HONDA/CG 125 TITAN ES, cor Azul, Ano 2000, Placa MOG6448/PB e chassi 9C2JC3020YR046110, em nome de ALESSANDRO NOBRE SARMENTO e em um trecho desta Rodovia, precisamente em uma curva perdeu o controle da moto, vindo a cair no acostamento, sendo então socorrido por populares para o Hospital Regional Venceslau Lopes em Piancó/PB.

15 AGO 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Itaporanga (PB), 08 / Dezembro / 2017. Francisco Glório de Souza Leite
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Foto: Suelio Moreira Torres
FNC POLICIA/FAT. 097544
CÓPIA DE CÓPIA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Legal pode 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

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração, juntamente com o "Curador" (que é o "Representante Legal" da vítima).

Nome Completo da Vítima Francisco Irlane de Souza pente	CPF da Vítima 085.835.964-25	Data do Acidente 03/07/2017
--	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA	
Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) 83 999471520/99697881

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 da competência, caso discorde do seu conteúdo.

Steporanga 19 de Mayo de 2018.
Local e Data

卷一 二二二

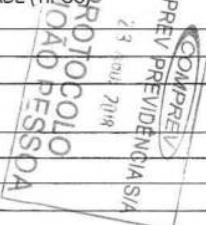
Francesc Maria de Saüe Batle

FIGURA 3 – Assinatura do Beneficiário

© 2014 Pearson Education, Inc.

2011年第四季報告書



 ESTADO REGIONAL SUS WENCESLAU LOPEZ PIANCO - PB		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
Cnes	2600331	CNPJ:	08.778.268/0031-86
Nome:	HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPEZ		
Endereço:	AV. JOAO AGripino FILHO, 302		
Cidade:	PIANCO	Estado:	PARAIBA
		UF:	25
Atendimento:	CONSULTA		
Paciente:	FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE		
Mae:	FRANCISCA XAVIER DE SOUZA LEITE		
Pai:	IVAN ALVES LEITE		
Nascimento:	16/11/1990	Idade:	26
Profissao:	MOTORISTA		
Endereço:	EDGAR GOMES		
Bairro:	CENTRO		
Cidade:	AGUIAR - PB - 58776-000 - 2500205		
Naturalidade:	AGUIAR - PB		
CNS:	706-0013-7041-8640		
CPF:	Recepção: THAYSA		
Data / Hora:	03/07/2017	12:28:06	Ficha Número: 22196
PESO:	PA:	TEMP.:	
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)			
<p><i>pt. d. Intra Mart. b. 2d. qua de 2. Pura C. -</i></p> <p><i>P. fone - Fx Corpo f. medicina</i></p>			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)			
PROTÓCOLO COMPRA PREVIDENCIAS SAÚDE PESO PESSOA			
RESULTADOS			
			

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO <input type="checkbox"/> 06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS		CARÁTER DO ATENDIMENTO
<i>pac. autônomo - inabilitado - cr. Atorom.</i>		

DIAGNÓSTICO
gravma mortal

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTE
	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUT

SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO	
1 -	<i>0 30 19 6 0 0 0 9 1</i>
2 -	<i>0 30 19 0 0 0 0 1 1</i>
3 -	<i>0 30 19 0 0 0 0 1 1</i>
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos <i>Ass. de Profissionais Assistentes - carimbos</i>	

Médico / Crm / Cne

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPROSASVEL	Polag
<i>S. Torres</i>	
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo	ASS. REVISOR ADMINISTRATIV



U presidente daqui a 20 dias, ei
vai ser liberado para o paciente
lera fiz a orientação que
não pode, mas ele disse q me
liberasse que se responsabilizasse
médico Dr. Willame.

Telma Maria da Silva F. Souza
Moreira
COPREVB 230084
SUS 705008298331856



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: 06/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.080,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000000018506-X

Nr. da Autenticação 9165BD3012150BF0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/07/2020 14:59:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070114592557800000030643671>
Número do documento: 20070114592557800000030643671

Num. 31967981 - Pág. 8

FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA LEITE
RUA EDGAR GOMES, SIN - CENTRO
AGUARÁ / PB CEP: 58770000 (AD: 144)

Entrega: 15/03/2018 Referência: Mar / 2018
Cidade/Sus: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B200, Km 25 - Centro Residencial, João Pessoa/PB, CEP 53011-460
RC: 000-E-148-400-5985 NF: medidor: 00036997794

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.169/0001-40 Inc Est: 16015.023-0

* Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0036997794
Cód. para D4b. Automática: 00016260721

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	15/03/2018	16/04/2018	8583596425 Inac Est

UC (Unidade Consumidora):

5/1626072-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 26 de abril de 2002, que estabelece que a tarifa social de energia elétrica é destinada a pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social, que é definida como aquela que não tem condições de garantir a sua sobrevivência e que não pode ser considerada de baixa renda, de modo a garantir a sua permanência no sistema de abastecimento de energia elétrica.

- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Dias	Leratura	Data	Leratura	
14/03/18 2288 15/03/18 2494				
Demonstrativo				
CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor
			Base Calc.	Alm. IPI(R\$) ICM(R\$) ICMS(R\$) PIS/Cofins(R\$) Cofins(R\$)
			Total	ICMS(R\$) ICMS(R\$) PIS/Cofins(R\$) Cofins(R\$)
0601	Consumo ate 30kWh-BR	30.000	0,344540	7,34 27 1,98 7,34 0,04 0,22
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,419802	28,35 29,39 27 7,93 29,08 0,30 0,92
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	98.000	0,422940	81,72 27 18,68 81,72 0,47 1,00
0610	Subtotal		43,28	43,28 0,00 0,00 43,28 0,19 1,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0907	CONTRIBUÇÃO LUM PÚBLICA		12,94	0,00 0 0,00 0,00 0,00 3,00
0904	JUROS DE MORA 03/2018		0,35	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0905	MULTA 03/2018		2,61	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018		0,02	0,00 0 0,00 0 0,00 0,00
0906	Devolução Subsídio		-28,80	0,00 0 0,00

CCN: Código de Classificação do item TOTAL: 129,93 141,51 38,20 141,51 0,65 4,41

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO

22/03/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 126,93

Histórico de Consumo (kWh)

112 | 102 | 108 | 105 | 205 | 230 | 244 | 212 | 242 | 226 | 266 | 221 | 218
Mar17 Abr17 Mai17 Jun17 Jul17 Ago17 Set17 Out17 Nov17 Dez17 Jan18 Fev18

67ca.18c7.aa96.6ae7.2436.0cdd.f648.3958,

Indicadores de Qualidade 1/2018-Período

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DI/ANUAL	1,44	
DI/TRIMESTRAL	1,44	NOMINAL
DI/ANUAL	27,48	320
FI/ANUAL	2,67	1,00
FI/TRIMESTRAL	2,35	CONTATADA
FI/ANUAL	14,76	LIMITE INFERIOR
DI/ANUAL	2,87	LIMITE SUPERIOR
DI/ANUAL	12,22	221

Discriminação	Valor (R\$)	%
Entregas de Cont. de Energia PB	20,06	15,54
Compra de Energia	20,59	16,30
Entregas de Transmissão	4,00	3,15
Encargos Fiscais	5,89	4,65
Impostos Diretos e Encargos	21,72	16,73
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	126,93	100,00

Valor da Euro (Ref: 1/2018) R\$41,12

ATENÇÃO

- AVISO: Fazendo clico em atraso os DEBITOS ANTERIORES, já reavistados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento ate o decurso do prazo de 80 (oitenta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,00.

Faturas em atraso

Jul/17 5985,21

ABR. 2018
PROTÓCOLO
PRESO

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIMA, 96 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (AG: 154)

Emissao: 09/02/2018 Referencia: Fev / 2018 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cleissar Subsídio: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-200, Km 26 - Centro, Rio Preto/PB - CEP: 58001-000
Roteiro: 7 - 164 - 25 - 3680 N° medidor: 00008205001 CNPJ: 09.998.103/0001-40 N° Est: 10.015.323-0



Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica (0001-0007-506
Cód. para Díbt. Automatizado: 200000216634

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	09/02/2018	14/03/2018	3924706409 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4

Canal de contato

- Lembre! Choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não armoque a fechar saquinho. De um banho de segurança.
- Chama os vizinhos e amigos e entre em combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
12/01/18 8904	09/02/18 8910		75	26

Demonstrativo						
CC	Detecção	Consumo Total (kWh)	Valor Base Custo	Alta (100%)	Base Custo Fixo (R\$)	Outros (R\$)
		Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Fixo/Consumo (R\$)	(1,125% do consumo)
0801	Consumo em kWh	75.000,0 720230	54,31	54,31	25	13,50 54,31 0,62 2,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUICAO LUM PÚBLICA		0,16	0,00	0	0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018		0,06	0,00	3	0,00 0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 01/2018		0,06	0,00	0	0,00 0,00 0,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/07/2020 14:59:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070114592557800000030643671>
Número do documento: 20070114592557800000030643671

Num. 31967981 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 Edilson Ribeiro dos Santos Inscrito (a) no CPF/CNPJ 08.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Lelâo de Freitas Inscrito (a) no CPF sob o N° 085.835.964 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Francisco Lelâo de Freitas Inscrito (a) no CPF sob o N° 085.835.964 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Manoel Pereira Caiana</u>		<u>58</u>	<u>base</u>
Beiço	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Itaperanga</u>	<u>PB</u>	<u>53.780-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>vendas.avversario@hotmail.com</u>	<u>831999471520</u>	<u>831996978811</u>	

Itaperanga, 19 de Março de 2018
Local e Data

X Edilson Ribeiro dos Santos
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/07/2020 14:59:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070114592557800000030643671>
Número do documento: 20070114592557800000030643671

Num. 31967981 - Pág. 11

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO:

Eu, Alessandro Nobre Sarmento,
RG nº 4.517.695, data da expedição 07/12/2017, órgão SSDSS PB,

Portador do CPF nº 343.448.768-90, com domicílio na cidade de
Aguilar, estado de Pernambuco,

Onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua São Francisco,

, nº 511, complemento São Francisco, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a

vítima: Francisco Irônio de Souza Freire, cujo
condutor era: o mesmo.

Veículo: Moto

Modelo: Honda CG125 Titan ES

Ano: 2000

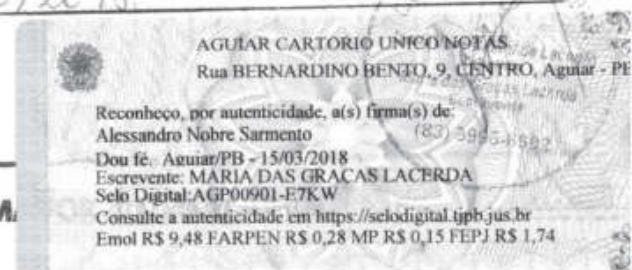
Placa: M0G 6448/PB

Chassi: 9C23C3020YR046110

Data do Acidente: 03/07/2017

15 ABR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data: Itaporanga/PB, 15/11/2018

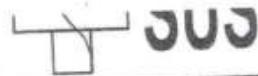


ALESSANDRO NOBRE SARMENTO

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMAR)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES CNPJ: 08.778.268/0031-86
CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000
MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Fran. Luan d 5-20 IDADE: 16 a
PROFISSÃO: Mecanico DOCUMENTO: _____
ENDEREÇO: EDGAR GOMES BAIRRO: CENTRO CEP: _____
MUNICÍPIO: AGUAR ESTADO: _____ UF: _____
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: _____ CNS: _____
DATA DO NASCIMENTO: _____ DATA DO ATENDIMENTO: 03/07/14
CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____ RACA/COR: _____ SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

Prova de Morto

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

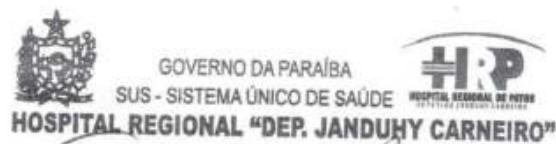
<input type="checkbox"/>							
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CID - 10

PROFISSIONAL

CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL
ASSINATURA DO PACIENTE		OU POLEGAR DIREITO
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





Francisco J. Paixão
"J. Paixão" orct
Domingo 03/07/2011

03/07/11

Dr. Glaucio Melo de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/07/2020 14:59:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070114592557800000030643671>
Número do documento: 20070114592557800000030643671

Num. 31967981 - Pág. 14



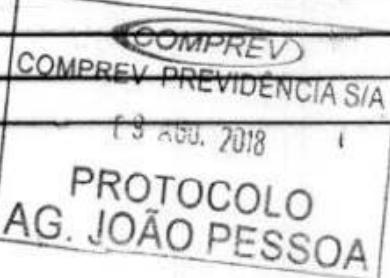
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/07/2020 14:59:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070114592557800000030643671>
Número do documento: 20070114592557800000030643671

Num. 31967981 - Pág. 15

Relatório Médico

Dr Wryell Gomes Muniz

Francisco Tolentino de Souza Leite
Vítima de acidente automobilístico no dia
03/07/117 com fratura do 5º metacarpo
de mês direita e ferimento contuso
de mês esquerda. Tive mês contuso
imobilizado por 9 dias. Perdeu os sentidos
devido ao esforço e a dor com mês exagerado.
Tive com o sequelas em mês direita
abdulemento importante em nível de fratura
e perda de mês do braço pescoço. Apresenta
com sequelas em mês esquerda abdução
modular (com perda de movimentos em
sua mês quando levanta. Até a mês esquerda
é perda de mês direita.



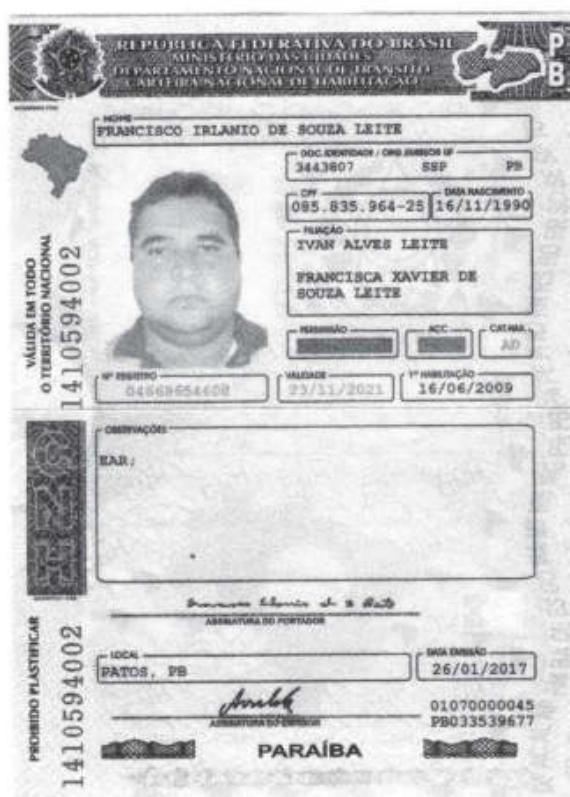
Data 03/08/18

ASS: _____

Itaporanga-PB

Dr. Wryell Gomes Muniz
Médico
CRM-PB 11400



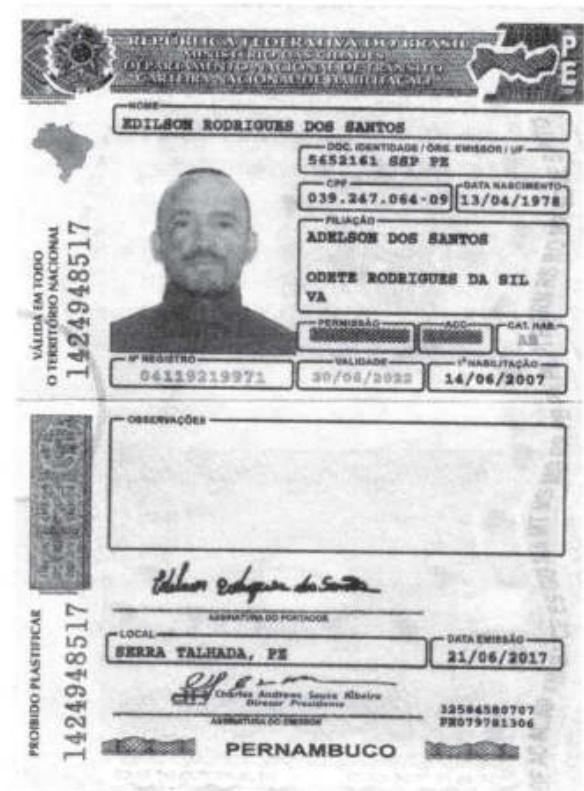


15 MAR. 2000
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/07/2020 14:59:26
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007011459255780000030643671>
Número do documento: 2007011459255780000030643671

Núm. 31967981 - Pág. 17



16 APR 270
PROTÓCOLO *
AG. JOÃO PESON



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/07/2020 14:59:26
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007011459255780000030643671>
Número do documento: 2007011459255780000030643671

Num. 31967981 - Pág. 18

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIÊNCIAS DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO VIA 1 0076031491-8 00/0000000 2017			
ALESSANDRO NOBRE SARMENTO			
34344876890		MOG6448/PB	
NOVO	PB	9C2JC3020YR0496110	PLACA
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC		GASOLINA	
HONDA/CG 125 TITAN ES		COMBUSTIVEL	
2	P/124 /CCL	CATEGORIA	DATA DE VENCIMENTO
I P V A	IPVA PAGO IPVA PAGO IPVA PAGO IPVA PAGO	00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000 00/00/0000	1º 2º 3º
PREÇO IPVA (R\$) *****	IPVA (R\$) *****	PREÇO TOTAL (R\$) *****	DATA DE PAGAMENTO 07/12/2017
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
0			
AGUIAR - PB 19267	DATA 22/12/2017		



A SEGURADORA LÍDER DE CONCONSÓRCIO DPVAT:

Eu Francisco Zilomio de Souza Leite, SINISTRO de nº 3180170796 inscrito no CPF de nº 085 835 964 25, venho respeitosamente a vossa senhoria solicitar o seguinte:

A priori informo a Seguradora Líder que não posso aceitar o indeferimento da minha Indenização, razão pela qual, me encontro com sequelas graves em decorrência do acidente.

Informo ainda que a meu ver, não fui bem avaliado pelo médico do setor, e não passei por nenhum médico cadastrado na Seguradora Líder.

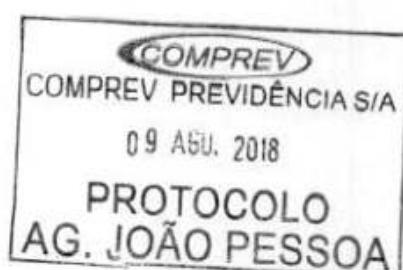
Informo que me encontro à disposição de auditoria caso achem necessário.

Por ter ciência que cabe recurso judicial para tal esta carta tem apenas uma finalidade: que haja nova reanálise no meu processo para que um médico perito possa analisar minhas lesões.

Diante de todo exposto, solicito-lhes, que me encaminhe o mais breve possível para perícia médica, onde de fato, poderei comprovar definitivamente minhas sequelas, objetivando receber a Indenização devida à qual tenho direito, conforme preceitua a **Lei nº 6.194 de 19 de dezembro de 1974**.

Certo de vossa atenção antecipo-lhes meus sinceros agradecimentos.

Itaporanga/PB 09 de 08 de 2018.



Jilson Rodrigues dos Santos

PROCURADOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA
sequelas: E DÉFICIT FUNCIONAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 17,5 %	3,5%	R\$ 472,50
Total			3,5 %	R\$ 472,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	2%	R\$ 270,00
Total		9 %	R\$ 1.215,00	

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total		8 %	R\$ 1.080,00	

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180366739 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO IRLANIO DE SOUZA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
LEITE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUTURA EM 2º DEDO DA ESQUERDA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO 5º METACARPO DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º METACARPO DIREITO E DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA E DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO 2º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total		8 %	R\$ 1.080,00	

