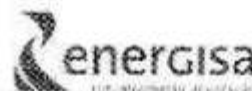


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do boleto.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. Nº 037.641.360



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.895.163 / 0401-40 Insc. Est. 16.015.623-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

20/01/2020

CONSUMO

227

VENCIMENTO

27/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

PR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 86 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidorial: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/815107EC4WEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSEGURANÇA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Carlos de Moraes inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.622.824-72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Carlos de Moraes

inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.622.824-72 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 à 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: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Telefone (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/03/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOÃO CARLOS DE MORAES				PRONTUÁRIO Nº:	
IDADE: 61	SEXO: MASC.	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 21/12/19		DATA DE ALTA: 03/01/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: PX RIMPLEOLIA				CID: S. 87.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: PX.					
PROCEDIMENTO REALIZADO: ROPI.					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: **HISTÓRIA: EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÃO:**

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO ATRAVÉS DE REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA TITÂNIO.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **LIVRE**

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **AINA + CEFALGINS**

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do **DR. LERIOUX** em **30 dias** para revisão. **07/01/20**

03/01/20

DATA

Dr. Yuri Cordeiro
CRM 11.507-0
Ortopedia e Traumatologia
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

CERTIDÃO

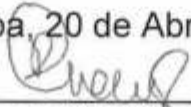
Nº. 0350/2020

Atendendo solicitação de **JOAO CARLOS DE MORAES** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº289123 e Prontuário nº 2019.10.1812 pertencente ao paciente **JOAO CARLOS DE MORAES** que foi atendido dia 21/12/2019 às 18h13min, vítima de colisão de moto x cachorro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia, 02/01/2020. Com alta médica dia 03/01/2020.

E para constar eu Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Abril de 2020


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Dra Rosana de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica/Medicina Intensiva
GERIATRIA / CRM - PB 3533

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
34056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 289123 Atd: Nao Regula
Data: 21/12/2019
Hora: 18:13:32
Recepcionista: GISELLE ETELVINO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO CARLOS DE MORAES

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2019.10.001812

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 713.622.824-72

CNS: 700206973212630 Sexo: M IDENTIDADE: 585474 Fone: 987647281

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/05/1958 Id: 61 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 72

Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: EDITE NEVES DE MORAIS

Pai: JOSE CARLOS DE MORAIS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

FORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JOAO CARLOS DE MORAES

Tel/Doc. Responsavel: 987647281 / IDENTIDADE: 585474

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispineia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☒ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APOS COLISAO
CACHORRO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*queda de moto. Apenas escoriações em MSE,
pele sem movimentos de formigão*

Diagnostico

Conduta

*Alta da cirurgia
2/08/2020*

Prescrição

Horario da medicacao

*3 dias
4 internados p/
seu curativo.*

[Signature]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ U.T.I
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐ S.V.O ☐ I.M.L

PM^s da Glória S. moris

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João 1. Moura</i>		Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	Registro:
Data: <i>21/11/20</i>		Cirurgião:		3º Assistente:		1º Assistente:		
2º Assistente:		Tipo Anestesia:		Horário:		Instrumentador:		
Anestesista:		CID		DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID		

Tran. de 11/20

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

0 mm

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

John + Peter + Blum + Pinheiro

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não

Riôpsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Outro durante o Ato Cirúrgico

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: fx TVE Ⓢ.Conduta: no curado.Dr. Jucimar Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CRM 8807

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Dobrt. sup

Incisão:

1m lip do mto e sup

Achados:

Fórnix de mto e sup
mto

Conduta:

Libr. cont + pres. q. pla. D.B.C.
como + pres. mto

OMA em q. m. com
+ + mto mto

Fechamento:

OBS:

Data: 02/01/20

MÉDICO/CRM

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
A SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



NOME
JOAO CARLOS DE MORAES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA DE
505474 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
713.622.824-72 05/05/1958

FILIAÇÃO
JOSE CARLOS DE MORAES
EDITE NEVES DE MORAES

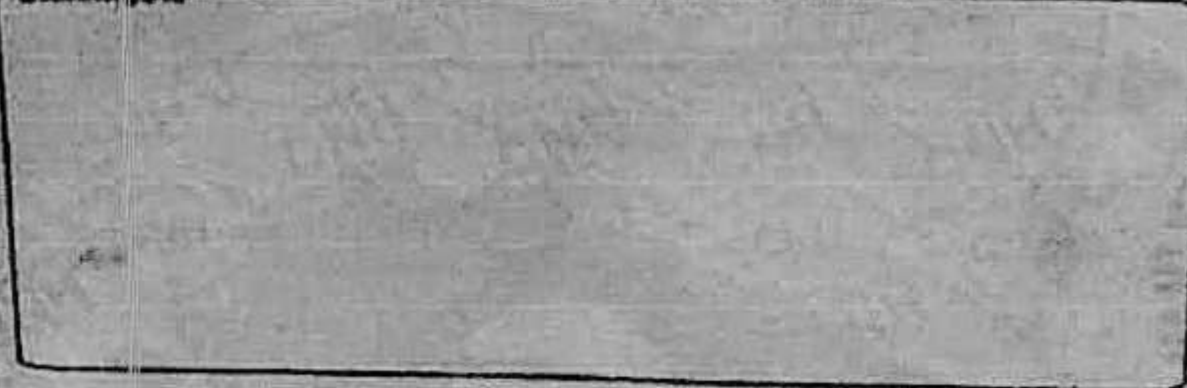
PERMISSÃO ACC CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
02545144035

VALIDADE
22/02/2023

1ª HABITAÇÃO
03/01/1998

Observações



Joao Carlos de Moraes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
28/02/2018

Araceli
ASSINATURA DO EMISSOR

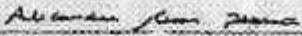
61526810115
PB036348020

PARAÍBA



O TERRITÓRIO NACIONAL
1638531391

PROVIDO PLASTIFICAR
1638531391

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSLITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALEXANDRA CESAR DUARTE	
	POSSUISSIMOS / OUT. EMISSÃO DE 2627716 SEP 15
	CNPJ 046.502.754-74 DATA NASCIMEN 21/06/1982
	RENDA ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE NARCIA CESAR DUARTE
PREENCHIMENTO 16/01/2019	
NÚMERO D1851265660	
1ª EMISSÃO 29/06/2001	
INSCRIÇÃO	
 Alexandre Cesar Duarte SECRETÁRIO DE ESTADO	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 17/01/2014	
 Rodrigo Carneiro SECRETÁRIO DE ESTADO	
66588356744 18027119595	

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

PREMIUM PLUS-1000
894056231

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155130 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES **Data do acidente:** 21/12/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: Relatório Médico da Internação, Laudo de Exames de Imagem e em caso de cirurgia, folhas cirúrgicas

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL. NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: João Carlos de Moraes, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua Projetada nº 12, bairro Cidade dos Colibris, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58.000-000, portador(a) do Rg nº 58.5474, SSP/ PB e CPF nº 713.622.824-72.

Outorgado: Alexandrina Bizar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agnello Figueira Costa Duarte nº 157, bairro Namorabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.056-384, portador(a) do RG nº 262.7713, SSP/ PB e CPF nº 046.505.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Carlos de Moraes, ocorrido em 23.1.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza im validadez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 12 de Fevereiro de 2020.



X João Carlos de Moraes
Outorgante
CPF nº 713.622.824-72

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120733/20

Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES

CPF: 713.622.824-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS DE MORAES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAO CARLOS DE MORAES : 713.622.824-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120733/20

Número do Sinistro: 3200155130

Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES

CPF: 713.622.824-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS DE MORAES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO CARLOS DE MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000050753-6

Nr. da Autenticação 915ECF0DD1AA9CFC

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200155130

Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES

Data do Acidente: 21/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO CARLOS DE MORAES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200155130

Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES

Data do Acidente: 21/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO CARLOS DE MORAES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOAO CARLOS DE MORAES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000050753-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3931 CONTA: 50753 6 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 20/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



4392 6718 4502 1621

Girar

JOAO CARLOS DE MORAES

VISA

1911 013 00050753-6 10/24

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01636.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01636.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:21 horas do dia 12 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **João Carlos de Moraes**, CPF nº 713.622.824-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Edite Neves de Moraes e Jose Carlos de Moraes, natural de Coremas/PB, nascido(a) em 05/05/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 72, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bem Mais., na cidade de João Pessoa/PB, telefonic(s) para contato (83) 98847-8448.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, De Frente Ao Prf., Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 21/12/19 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

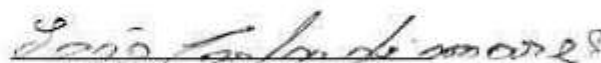
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 21/12/2019 por volta das 15:30 horas quando pilotava a moto: HONDA/CG 125 FAN KS; ano/mod: 2010/2010; de cor preta de placa: MOC3661/PB CHASSI: 9C2JC4110AR577179 pertencente ao Sr. Nivaldo Rodrigues de Souza portador do CPF: 051.532.854-56, Que transitava normalmente pela BR 230, sentido João Pessoa/Bayeux-PB quando, no município de Bayeux nas proximidades da PRF, um cachorro invadiu a pista e devido ao forte fluxo de trânsito o declarante não teve como desviar vindo a colidir com o animal, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros e conduzido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA assinado pelo Dr. YURY CORDEIRO CRM 11507 PB. FRATURA BIMALEOLAR CID. S.82.6, QUE O DECLARANTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CONFORME CERTIDÃO EM ANEXO.

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

João Pessoa/PB, 12 de fevereiro de 2020.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


JOÃO CARLOS DE MORAES
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3931 CONTA: 50753 6 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 20/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



4392 6718 4502 1621

Girar

JOAO CARLOS DE MORAES

VISA

1911 013 00050753-6 10/24

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOÃO CARLOS DE MORAES				PRONTUÁRIO Nº:	
IDADE: 61	SEXO: MASC.	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 21/12/19		DATA DE ALTA: 03/01/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: PX RIMPLEOLIA				CID: S. 87.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES: PX.					
PROCEDIMENTO REALIZADO: ROPI.					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: **HISTÓRIA: EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÃO:**

PACIENTE SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO ATRAVÉS DE REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA TITÂNIO.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **LIVRE**

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: **AINA + CEFALGINS**

RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do **DR. LERIOUX** em **30 dias** para revisão. **07/01/20**

03/01/20

DATA

Dr. Yuri Couteiro
CRM 11.507-0
Ortopedia e Traumatologia
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Ligação MONTEFASCO
Civ/Soc: RES MCB1/RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5-5-800-1420 Referência Jan/2023
Medida: 0000114030 Emissão: 10/01/2023

ENFERMIA PARA ENTREGA DE TRIBUTOS DE ENERGIA S/A
Br 238 Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-680
CNPJ 08.055.103/0001-40 - Ins. Cel.: 0.0-5.823.4

State Fiscal Note: Conclude Energy Efficiency NTC37 C34.021
Cost Item 04b. Automation 000137524 10

Jan / 2020

10/01/2020

07/02/2020

012,707,404-07
ENC 511

Apronte o 13º e regularize suas contas em prazo, sob pena de processo para você e até a suspensão da sua habilitação.

Data	Leitura	Data	Leitura
10/12/19	13882	13/01/20	13868

Código	Descrição	Quantidade (unidade)	Valor Base (R\$)	Alíq. Imposto (Base Calc. IPI%)	Valor Base (R\$)	Alíq. Imposto (Base Calc. PIS%)	Valor Base (R\$)	Alíq. Imposto (Base Calc. COFINS%)	Valor Base (R\$)	Alíq. Imposto (Base Calc. COFINS%)	Valor Base (R\$)	Alíq. Imposto (Base Calc. COFINS%)
		Totais (unidade)	COFINS (R\$)	COFINS (%)	Totais (unidade)	COFINS (R\$)	COFINS (%)	COFINS (%)	COFINS (R\$)	COFINS (%)	COFINS (R\$)	COFINS (%)
0001	Consumo em Alim	88.000	0.765040	51,38	21.08	25	12,16	61,86	0.92	2,99		
0001	Acid. B. Amarela			12,75	12,75	25	0,22	12,7	-0,01	3,08		
LICENCIAMENTOS E SERVIÇOS												
0007	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			2,13	0,00	3	0,00	0,00	0,00	0,00		

OCI Eóligo de Classificação do Item	TOTAL:	55,28	53,13	13,25	53,13	3,56	2,44
Terças / Tribuna	0,565430						

FF	17/01/2020	R\$ 55,26
----	------------	-----------

39	47	56	47	47	57	53	71	70	72	60	57
Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18

RESERVADO AO FISCO

1087.3cc2.1f06.ac68.e1a3.7eaa.1524.3baf.

						Composição do Consumo		
						Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGITAL	8,07	0,05	NOMINAL	270		Serviços de Cust. de Energia/Ele.	84,15	25,89
DIGITRIMESTRAL	10,15					Custos de Energia	19,51	23,89
DIGITAL ANUAL	20,30					Serviço de Transmissão	2,10	3,8
PLMENSAL	3,23	1,00	CONTRATADA			Energias Solares	2,12	3,9
PLQTRIMESTRAL	3,47		UNITE INFERIOR	232		Impostos Diretos e Encargos	18,38	33,2
PLQANUAL	12,95		UNITE SUPERIOR	231		Outros Serviços	6,03	9,0
DMC	7,89	0,04				Total	59,28	100,00
DMC QICR	12,22							

Vinculo C.E.D/Rel. 11/2010/R\$ 25,49

View to PDF on 11/20/2018 12:25:43

DISCUSSION