

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190016455  
Vítima: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS  
Data do Acidente: 04/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190016455**

**Vítima: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS**

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, 08 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190016455**

**Vítima: GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 04/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 450.711.874-34 Nome completo da vítima: Gulemberg Gomes dos Santos

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

Nome completo: Gulemberg Gomes dos Santos CPF: 450.711.874-34  
Profissão: Mecânico Endereço: R: Rangel Travassos Número: 1117 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Rangel Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58.070.120  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

### RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0036 013 CONTA: 000.000.09138 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

### 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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

impressão  
dígito da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)


Assinatura

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JOSCELINO KUMTSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (83) 3231-4078  
Reconheço Por Autenticidade a firma de GUTEMBERG GOMES  
DOS SANTOS, [117717], J. Pessoa-PB, 07/01/2019 11:40:53  
Emol: R\$9,91 Farpens: R\$0,29 Fepis: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em  
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO FERNANDA SILVA  
Selo Digital AHZ38659-X0N6 Consulte em  
<https://selodigital.tiob.jus.br>

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JOSCELINO KUMTSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (83) 3231-4078  
Reconheço Por Autenticidade a firma de WELLINGTON  
JOSÉ CAVALCANTI DE LIMA, [2044], J. Pessoa-PB,  
07/01/2019 11:50:21 Emol: R\$9,91 Farpens: R\$0,29  
Fepis: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da verdade. Tabela  
CELEIDA COSMO FERNANDA SILVA. Selo Digital AHZ38662-4V1Y  
Consulte em <https://selodigital.tiob.jus.br>



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01269.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01269.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:50 horas do dia 10 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Alcebiades Barbosa de Azevedo, Escrivão de Polícia, matrícula 1557246, ao final assinado, compareceu **Gutemberg Gomes dos Santos**, CPF nº 450.711.874-34, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Maria José Lopes dos Santos e Americo Gomes do Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/01/1970 (48 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rangel Travassos, Nº 1117, bairro Varjão, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Elshadai, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98813-4136.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida São Judas Tadeu, Próximo À Oficina Miramar, João Pessoa/PB, bairro Rangel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/04/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Conduzia uma motocicleta de dados não conhecidos, pertencente a um cliente da oficina do declarante, pela rua Jornalista Rafael Mororó, quando adentrou a avenida São Judas Tadeu (preferencial), sem observar a sinalização de parada obrigatória, momento em que foi colidido por um veículo Ford Ka, placas NPR 8379, conduzido por uma mulher conhecida por ser neta de "tonho do cachorro quente", moradora do mesmo bairro. Afirma que a condutora permaneceu no local. Afirma que o BPTRAN não foi ao local e que uma ambulância do corpo de bombeiros socorreu o declarante ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, conforme Laudo Médico - Resumo de Alta que ora apresenta. Afirma que não possui CNH e que não deseja representar criminalmente contra a condutora do veículo.

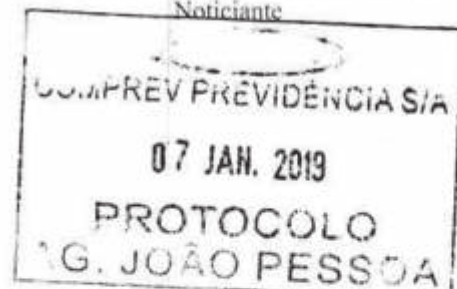
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 10 de julho de 2018.

ALCEBIADES BARBOSA DE AZEVEDO  
Escrivão de Polícia

GUTENBERG GOMES DOS SANTOS

Noticiante



Procedimento Policial: 01269.01.2018.1.00.420



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 450.711.874-34 Nome completo da vítima: Gulemberg Gomes dos Santos

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

Nome completo: Gulemberg Gomes dos Santos CPF: 450.711.874-34  
Profissão: Mecânico Endereço: R: Rangel Travassos Número: 1117 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Rangel Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58.070.120  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

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

### RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 0036 013 CONTA: 000.000.09138 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

### 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 Líder 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

impressão  
dígito da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)


Assinatura do Procurador (se houver)


Assinatura

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JOSCELINO KUMTSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (33) 3231-4078  
Reconheço Por Autenticidade a firma de GUTEMBERG GOMES  
DOS SANTOS, [117717], J. Pessoa-PB, 07/01/2019 11:40:53  
Emol: R\$9,91 Farpens: R\$0,29 Fepis: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em  
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO FERNANDA SILVA  
Selo Digital AHZ38659-X0N6 Consulte em  
<https://selodigital.tiob.jus.br>

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA JOSCELINO KUMTSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (33) 3231-4078  
Reconheço Por Autenticidade a firma de WELLINGTON  
JOSÉ CAVALCANTI DE LIMA, [2044], J. Pessoa-PB,  
07/01/2019 11:50:21 Emol: R\$9,91 Farpens: R\$0,29  
Fepis: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em test da verdade. Tabela  
CELEIDA COSMO FERNANDA SILVA. Selo Digital AHZ38662-4V1Y  
Consulte em <https://selodigital.tiob.jus.br>



RUA HANGEL TRAVASSOS, 1117 - VARRÃO  
JOÃO PESSOA / PB CEP 50070-120 (AG 1)  
Emissão: 19/12/2018 Referência: Dez / 2018  
Classificação RESIDENCIAL / DATA RENDA MONOFÁSICA 270 kWh/mês - Cronômetro: João Pessoa / PB - CEP 50071-000  
Roteiro 12 - 2 - 416 - 5320 Nº medidor: 00000165540

**Energisa**  
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ 08.055.152/0001-40 REC-ES 16.055.022/01

\* Nota Fiscal Contador: Emissão Eletrônica nº 291.650  
Cód. para Dct. Automático: 0000002290

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANT  
Dez / 2018 19/12/2018 21/01/2019 450.711.874-34  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/855729-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430, de 28 de abril de 2002.  
O Desligamento Programado é uma interrupção de energia necessária para realizar manutenção e melhorias na rede elétrica. Para saber se haverá desligamento na sua região acesse o site ou o app Energisa On. Fique atento ainda aos avisos por SMS, e-mail, carta, jornal e rádio.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
21/11/18	2175	19/12/18	2191	
Demonstrativo				
CC	Detração	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq. UnimR Base Calc. PotR
0001	Consumo - 30 kWh - BR	30.000	0.267800	8.03 27 2.33 8.03 0.00 0.00
0001	Consumo - 31 a 100 kWh - BR	10.000	0.493540	34.64 27 9.32 34.64 0.00 0.00
0001	Consumo - 101 a 220 kWh - BR	15.000	0.740300	11.10 27 3.01 11.10 0.00 0.00
0001	Adic. B. Antena			0.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00
0010	Subsídio			44.22 44.22 27 11.94 44.22 0.00 0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007	CONTRO. SERV. LUM. PÚBLICA			2.18 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00
0005	Devolução Subsídio			-25.80 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00

CC - Cód. de Classificação do Bem - TOTAL 71.36 83.78 26.82 30.70 4.97 4.97  
Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
27/12/2018 **R\$ 71.36**  
Histórico de Consumo (kWh)

122 | 114 | 124 | 125 | 132 | 133 | 51 | 105 | 103 | 107 | 442 | 133  
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

RESERVADO AO FISCO  
9c6f.4a95.7661.891a.9ab0.534f.a8da.c12c

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor
CHAMADA	5.07				
DE TRIMESTRAL	19.15	0.37			
DE ANUAL	20.30		NOMINAL		
DE ANUAL	3.30	1.08	CONTRATUAL		
DE TRIMESTRAL	8.60		LIMITAÇÃO		
DE ANUAL	13.20		LIMITAÇÃO		
DE ANUAL	3.30	0.37			
DE ANUAL	12.22				

**ATENÇÃO**  
- Retardo de Vencimento: Caso haja fatura(s) ou ledos relacionados(s) por não terem sido em tempo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/01/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a penalidade, da devolução suspensa do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado às certas pagas não estejam na unidade consumidora para correção. Caso a tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) antes, desconsidere essa mensagem.  
- Substituição de fatura em folha de proteção ao crédito no caso de inadimplência.  
- Letra emendada.

**ENERGISA**  
PARAIBA  
Roteiro 12 - 2 - 416 - 5320  
Módulo: 855729-2018-12-5  
8367000000-0 71360149000-4 08557292018/0 12500002019-3  
**VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
27/12/2018 **R\$ 71,36**

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL  
RUA ASSIS LOPES, 500 - ERNESTO GISEL - CEP 50071-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFONE: (31) 3221-4018  
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSTA PEREIRA SILVA - Tabelião, em 07/01/2019 11:48:24  
Emol: R\$ 2,49 FEPU R\$ 0,12 FAPEN: R\$ 0,41 ISS R\$ 0,11 Selo Digital - AHY15623-PPAI Consulte em  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 48	SEXO masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.16	LEITO:156	
DATA DE ADMISSÃO 04/04/2018		DATA DE ALTA 19/04/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tíbia+ maléolo lateral esq</i>					CID S82.2 + S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia E FIBULA</i>						
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
ANATOMIA PATOLÓGICA			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )						
ÓBITO						

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** Cefalexina e cetoprofeno.

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 71 dias para revisão.

*Retorno p/ Dr. Thiago  
Cossentino dia 25/04*

19/04/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) **GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS** portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 **S82.2+S82.6**, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de **60** (**SESENTA**) dias, a partir desta data.

João Pessoa, **19 04 2018**

**Dr. Fellipe Bezerra**

**MÉDICO**

**CRM-PB 111126**

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, **Gutemberg Gomes dos Santos**, autorizo o(a) Dr.(\*) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-917  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




*Gutemberg Gomes dos Santos*  
ASSINATURA CÍVIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

RUA AUSELINO KUMTSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (351) 3221-4078

Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 07/01/2019 11:48:13  
Emol: R\$2,49 FEPJ R\$0,12 FARPEN: R\$0,41 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AHY15622-A1W0 Consulte em <https://selodigital.tpb.jus.br>

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.049.597 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/05/2014  
NOME GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS  
FILIAÇÃO AMÉRICO GOMES DOS SANTOS  
MARIA JOSÉ LOPES DOS SANTOS  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
JOÃO PESSOA-PB 18/01/1970  
DOC ORIGEM  
CASAM N. 29250 FLS. 134 LIV. 134  
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB  
450.711.874-34  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

**CAIXA**  
POUPANÇA

5067 2250 3994 4428  
5007 VALIDADE 10/24  
GUTEMBERG G DOS SANTOS  
0036 013 00091303-9

**elo**

07 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

RUA AUSELINO KUMTSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (351) 3221-4078

Certifico que a presente copia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia. em 07/01/2019 11:48:33  
Emol: R\$2,49 FEPJ R\$0,12 FARPEN: R\$0,41 ISS R\$ 0,11. Selo Digital- AHY15624-T966 Consulte em <https://selodigital.tpb.jus.br>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME  
WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
935358 RSP PB

CPF  
287.714.604-97

DATA NASCIMENTO  
17/09/1961

FILIAÇÃO  
ENOCQUE RODRIGUES DE LIMA  
INES CAVALCANTI DE LIMA

PERMITEÇÃO  
RSC

ACC  
RSC

CAUSA  
AB

AP. REGISTRO  
02605362621

VALIDADE  
18/07/2021

1ª EMISSÃO  
15/09/1988

RENOVAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
19/07/2016

54913470315  
PB032925891

JOÃO PESSOA, PB (PARAIBÁ)

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1290132461

PREVIDÊNCIA PLASTIFICAR  
1290132461

**CARTÓRIO CELEIDA**  
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSE LINO KUBITSCHEK, S/Nº - ESTREITO DO SOL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TELEFAX: (31) 3221-4078

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. CELEIDA COSMO FERREIRA SILVA - Tabelião. em 07/01/2019 11:48:06

Emol: R\$2,49 FEPJ R\$0,12 FARPEN: R\$0,41 ISS R\$ 0,11. Sel. Digital- AHY15621-301Y Consulte em

<https://selodigital.tnibvius.br>

[cartorioceleida.com.br](http://cartorioceleida.com.br)

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
07 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
G. JOAO PESSOA



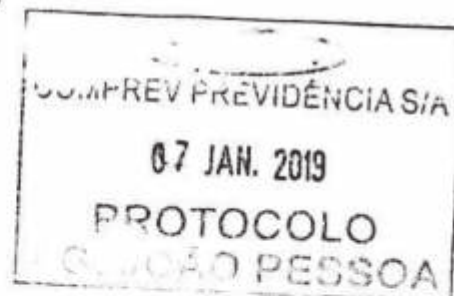
## PROCURAÇÃO AD-JUDICIA

**OUTORGANTE:** GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS, brasileiro, casado, mecânico, portador do RG nº 1.049.597 2ª Via SSP/PB, inscrito no CPF nº 450. 711.874-34, residente e domiciliado na Rua Rangel Travassos, nº 1117, Varjão, João Pessoa - PB. CEP: 58070-120.

**OUTORGADO:** A Bela Keitiany Santos Cavalcanti Abath, brasileira, advogada, inscrita na OAB-PB sob o nº 20.061, email: [keitianysantos@gmail.com](mailto:keitianysantos@gmail.com), telefone: 98880-9148 e o Bel. Wellington José Cavalcanti de Lima, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-PB sob n.9.283, telefone: 998679-0113, ambos com escritório profissional estabelecido a Rua Dom Pedro I, Edif. Capital Center, sala 405, Centro, João Pessoa - PB, onde deverão receber intimações de estilo (art.39 do CPC), outorgando-lhe amplos poderes para o bom e fiel cumprimento do mandato, bem como para o foro em geral conforme estabelecido no artigo nº38 do Código de Processo Civil, e os especiais para substabelecer, receber intimações, receber alvará judicial nominal ao outorgante no Banco do Brasil, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom, firme e valioso, com fim específico para funcionar como advogados do Outorgante na **AÇÃO DE INDENIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT POR INVALIDEZ DE CARATER PERMANENTE** contra a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**, que tramitará em um dos Juizados Especiais Cíveis da comarca de João Pessoa - PB. Dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 24 de abril de 2018.

  
Outorgante



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005597/19

**Vítima:** GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

**CPF:** 450.711.874-34

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 04/04/2018

**Titular do CPF:** GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA : 287.714.604-97

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

### GUTEMBERG GOMES DOS SANTOS : 450.711.874-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/01/2019  
Nome: WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA  
CPF: 287.714.604-97

WELLYNGTON JOSE CAVALCANTI DE LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2019  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA