
Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200157961

Vítima: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

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, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200157961

Vítima: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

Data do Acidente: 25/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

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: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 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: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 000000121246-3

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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **Manoel Raimundo de Almeida**

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

5 - Nome completo: **Manoel Raimundo de Almeida** 6 - CPF: **343.490.224-49**
7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **R. Gentil Rodrigues da Silva 37** 9 - Número: **37** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **João Paulo II** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58076-656**
15 - E-mail: **(83) 98663-4900**

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0037** ☐ CONTA: **00321246** ☐ 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 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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presta concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 - Grande 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) ou não? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 20/01/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Manoel Raimundo de Almeida**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **343 490 224 49** **Manoel Raimundo de Almeida**

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

5 - Nome completo: **Manoel Raimundo de Almeida** 6 - CPF: **343.490.224-49**
7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **R. Gentil Rodrigues da Silva 37** 9 - Número: **37** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **João Paulo II** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58076-656**
15 - E-mail: **(83) 98663-4900**

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: ☒ RECUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0037** ☐ CONTA: **00321246** ☐ 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 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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presta concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 - Grande 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) ou não? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 20/01/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Manoel Raimundo de Almeida**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14380.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14380.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:02 horas do dia 17 de dezembro de 2019, 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Manoel Raimundo de Almeida**, CPF nº 343.490.224-49, RG nº 786879 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Luzia Cardoso dos Santos e João Raimundo de Almeida, natural de Lagoa de Dentro/PB, nascido(a) em 30/05/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua: Gentil Rodrigues da Silva, Nº 37, complemento Apto. 202, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Ponto Final 102, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99377-2683.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Colégio, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/11/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

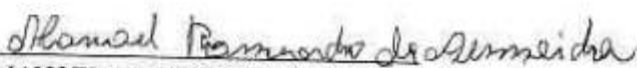
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia seu veículo, HONDA/CG 160 FAN ano/mod. 2018, Cor: VERMELHA, placa: QSB8098/PB - Chassi: 9C2KC2200JR206676, - que ao entrar na rua Rua José Ramalho B. Costa e Silva perdeu o controle, pois o asfalto estava danificado, onde o noticiante veio a cair, e terceiros conduziu, o noticiante para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, onde foi atendido e diagnosticado, com fratura exposta do 1º QDE e submetido a cirurgia, conforme prontuário emitido pelo Dr. Luciano Gomes de Figueiredo - CRM: 9328/PB.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA
Noticiante



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14380.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14380.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:02 horas do dia 17 de dezembro de 2019, 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Manoel Raimundo de Almeida**, CPF nº 343.490.224-49, RG nº 786879 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Luzia Cardoso dos Santos e João Raimundo de Almeida, natural de Lagoa de Dentro/PB, nascido(a) em 30/05/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua: Gentil Rodrigues da Silva, Nº 37, complemento Apto. 202, bairro João Paulo II, tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Ponto Final 102, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99377-2683.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Colégio, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/11/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

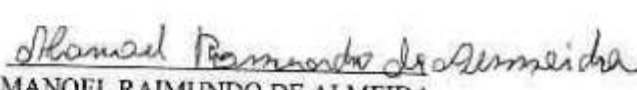
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia seu veículo, HONDA/CG 160 FAN ano/mod. 2018, Cor: VERMELHA, placa: QSB8098/PB - Chassi: 9C2KC2200JR206676, - que ao entrar na rua Rua José Ramalho B. Costa e Silva perdeu o controle, pois o asfalto estava danificado, onde o noticiante veio a cair, e terceiros conduziu, o noticiante para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, onde foi atendido e diagnosticado, com fratura exposta do 1º QDE e submetido a cirurgia, conforme prontuário emitido pelo Dr. Luciano Gomes de Figueiredo - CRM: 9328/PB.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA
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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **343 490 224 49** **Manoel Raimundo de Almeida**

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

5 - Nome completo: **Manoel Raimundo de Almeida** 6 - CPF: **343.490.224-49**
7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **R. Gentil Rodrigues da Silva 37** 9 - Número: **37** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **João Paulo II** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58076-656**
15 - E-mail: **(83) 98663-4900**

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: ☒ RECUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0037** ☐ CONTA: **00321246** ☐ 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 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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presta concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 - Grande 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) ou menor(es)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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 20/01/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Manoel Raimundo de Almeida**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **343 490 224 49** **Manoel Raimundo de Almeida**

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

5 - Nome completo: **Manoel Raimundo de Almeida** 6 - CPF: **343.490.224-49**
7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **R. Gentil Rodrigues da Silva 37** 9 - Número: **37** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **João Paulo II** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58076-656**
15 - E-mail: **(83) 98663-4900**

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0037** ☐ CONTA: **00321246** ☐ 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 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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presta concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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 - Grande 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) vivo(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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 20/01/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Manoel Raimundo de Almeida**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **343 490 224 49** **Manoel Raimundo de Almeida**

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

5 - Nome completo: **Manoel Raimundo de Almeida** 6 - CPF: **343.490.224-49**
7 - Profissão: **Recuso** 8 - Endereço: **R. Gentil Rodrigues da Silva 37** 9 - Número: **37** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **João Paulo II** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58076-656**
15 - E-mail: **(83) 98663-4900**

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: ☒ RECUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0037** ☐ CONTA: **00321246** ☐ 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 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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa presta concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 - Grande 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) ou menor(es)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 20/01/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Manoel Raimundo de Almeida**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58246-84 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 281773 Atd: Nao Regul.
Data: 25/11/2019
Hora: 07:56:08
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S.
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.11.002912

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 343.490.224-49

CNS: 898003048430115 Sexo: M IDENTIDADE: 786879 Fone: 993772683

Natural: LAGOA DE DENTRO/PB Data Nasc.: 30/05/1962 Id: 57 ano(s)

End.: RUA GENTIL RODRIGUES DA SILVA (LOT M NOVA), 37

Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUZIA CARDOSO DOS SANTOS

Pai: JOAO RAIMUNDO DE ALMEIDA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

Tel/Doc. Responsavel: 993772683 / IDENTIDADE: 786879

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

FAIXADO

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

QUEDA DE MOTO APRESENTA TRAUMA E ESCORIAÇÕES EM
MMSS E MID. NEGA TRAUMA DE TORAX E CABECA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) 37 utoma de acidente de
moto, apresenta lesões em mto (E), usava capacete, glomou 32 Ser
outros queixas

Diagnostico

| Conduta

Rx de 1º dedo de mto (E)
Aneloxas ortopédica

Prescrição

| Horário da medicação

030108006-1
640802024-5 (5628)

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: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000121246-3

Nr. da Autenticação F9A15B0932F66380

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1577 SALA 01 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58056394 (AO: 5)

energisa

Local: MONTEASCO
Cm/Sec: COM MTC B31 COMERCIAL - COMERCIAL
Refer: 12.5.382.435 Referência: Nov / 2019
Vendedor: 80009897521 Emissão: 20/11/2019

ENERGISA PARA IB: DISTRIBUICAO DE ENERGIA SA
Banco: 25- Cofre Reservas: 08/10/2019 - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.055.000/0001-40 - Ins. Est: 15.718.922-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 04 423 946
Cód. para Débito Automático: 0006002011

Nov / 2019

20/11/2019

19/12/2019

010.942.224-45

Barraço é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e restrição.

Data	Letura	Data	Letura		204	30
21/10/19	5592	20/11/19	8957			
Qnt	Descrição	Quantidade	Unid. Q	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)	Alíq. (%)
		Valor Total (R\$)	ICMS (R\$)	CSL	ReColim (R\$)	0,3337%
0601	Consumo em kWh	254,000	0,775863	204,83	204,83	25
				1,74	1,74	25
0601	Adc. E. Amarela			10,25	10,25	25
0601	Adc. E. Vermelha					
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIB SERVILUM PUBLICA			13,01	0,00	0

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 229,87 218,85 54,21 218,85 1,52 8,28
Tarifa de Tributos: 0,545400

95

27/11/2019

R\$ 229,87

0 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
Nov/19 Dez/19 Jan/20 Fev/20 Mar/20 Abr/20 Mai/20 Jun/20 Jul/20 Ago/20 Set/20 Out/20

37b6 1ac7 d42c 85c1 f4a1 472a dcd2 c616

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Des. de Energia	55,64	24,21
Contrib. de Energia	80,15	34,88
Serviço de Transmissão	8,29	3,60
Serviço de Distribuição	19,34	8,42
Serviço de Iluminação	17,40	7,57
Serviço de Manutenção	7,00	3,04
Total	229,87	100,00

Valor do ELD (Ref. 8/2019) R\$ 75,17

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a suspensão e a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Letura confirmada

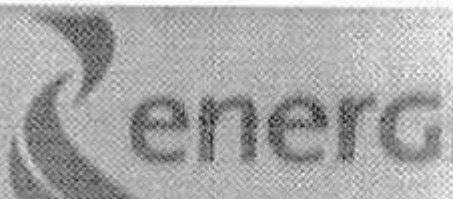
Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03150.244006 07475 127176 5 80660000022987

PAGADOR: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CNPJ: 010.942.224-45
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1577 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB CEP: 58056394

Número	Data Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007476137	06/09/2019	27/11/2019	R\$ 229,87	

CONSTRUTORA INCORPORACAO E IMOBILIARIA LTDA
 LUIZ RODRIGUES DA SILVA, 377 AP 202 - JOAO PAULO II
 SSOA/PB CEP 58076558 (AG. 1)



MONOFASICO
 RES MTC B1/RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 0-2-51-3140
 00008390594
 Referencia Nov/2019
 Emissao 18/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUICAO DE EN
 Br 200, Km 26 - Círculo Redentor - João Pessoa/PB - CEP
 CNPJ 09.095.193/0001-40 - Insc Est 18

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica 100
 Cod. para Dth Automático 000

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

referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/
Nov/2019	18/11/2019	17/12/2019	144.214.294-49
			Insc. Est.

Unidade Consumidora): **5/1508719**

Canal de contato

é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de
 e se previna.

Anterior	Atual	Constante	Consumo
Leitura 8401	Data 18/11/19 Leitura 8559	1	158

Demonstrativo

	Quantidade	Tarifa/cr	Valor Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	Base Calc	Pis(R\$)
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Latins(R\$)	(0,8397%)
Consumo em kWh	158,000	0,798610	126,18	126,18	27	34,07	126,18
Amarela			1,42	1,42	27	0,38	1,42
Vermelha			5,33	5,33	27	1,44	5,33
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
IB SERV ILUM PÚBLICA			5,32	0,00	0	0,00	0,00

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1577 SALA 01 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58056394 (AO: 5)

energisa

Local: MONTEASCO
Cm/Sec: COM MTC B31 COMERCIAL - COMERCIAL
Refer: 12.5.382.435 Referência: Nov / 2019
Vendedor: 80009897521 Emissão: 20/11/2019

ENERGISA PARA IB: DISTRIBUICAO DE ENERGIA SA
Banco: 25- Cofre Reservas: 08/10/2019 - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.055.000/0001-40 - Ins. Est: 15.718.922-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 04 423 946
Cód. para Débito Automático: 0006002011

Nov / 2019

20/11/2019

19/12/2019

010.942.224-45

Garantia é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e restrição.

Data	Letura	Data	Letura		204	30
21/10/19	5592	20/11/19	8957			
Qnt	Descrição	Quantidade	Unid. Q	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)	Alíq. (%)
		Valor Total (R\$)	ICMS (R\$)	CSL	ReColim (R\$)	0,3337%
0601	Consumo em kWh	254,021	0,775853	204,83	204,83	25
				51,21	204,83	1,73
0601	Adc. E Amarela			1,74	1,74	25
				0,43	1,74	0,01
0601	Adc. E Vermelha			10,25	10,25	25
				2,57	10,25	0,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			13,01	0,03	0
				0,00	0,03	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 229,87 218,85 54,21 218,85 1,52 8,28
Tarifa de Tributos: R\$ 545400

95

27/11/2019

R\$ 229,87

0 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100
Nov/19 Dez/19 Jan/20 Fev/20 Mar/20 Abr/20 Mai/20 Jun/20 Jul/20 Ago/20 Set/20 Out/20

37b6 1ac7 d42c 85c1 f4a1 472a dcd2 c616

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Del. de Energia	55,64	24,21
Contrib. de Energia	80,15	34,88
Serviço de Transmissão	8,29	3,60
Serviço de Distribuição	17,40	7,58
Serviço de Iluminação	7,00	3,05
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	229,87	100,00

Valor do ELC (Ref. 8/2019) R\$ 75,17

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a suspensão e a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Letura confirmada

Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03150.244006 07475 127176 5 80660000022987

PAGADOR: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CNPJ: 010.942.224-45
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1577 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB CEP: 58056394

Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007476137	001598281201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

25/11/19
09:00h.

II ortopedia

Paciente apresentando fratura exposta e
Nº ODE após fratura há 3h.

Ed: SAT IM.

- Cefazolina 2g + AD, EV (FAL)
- Tramadol 100mg + 100mg SFC
- AO BC p/ procedimento

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evo

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

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

- | | | |
|-------------------|-----------------|---------------------|
| () Residência | () Transferido | () Desistência |
| () Alta a Pedido | () Enfermaria | Óbito: () Atestado |

T No



Atte
Hosp



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Manoel Raimundo de Azevedo</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Dr. Luciano Gomes</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>fx exp pefga @</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O elenno</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>TTO Cirúrgico M dag</i>					
<i>acima</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 (x) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 (x) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 (x) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (01) paciente em 22H sob anestesia
- (02) Anestesia + antiseptia + aponeurotica
- Cirurgia estereotaxia

Incisão:

Ø

Achados:

- (01) fx exp fr. polegar (E) Vinte
- por intensificadores de luz

Conduta:

- (01) Redução incruenta
- (02) fixação da fx C1 fio K
- lização por intensificadores

Fechamento:

Ø

OBS:

- (01) Tala luva fr. polegar

Data: 25/11/19

ME



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1665573434

NOME
JOÃO RAIMUNDO DE ALMEIDA



DOCUMENTO: 0051000100
765679 RSP PB

CPF: 343.498.224-49 DATA NASCIMENTO: 30/05/1962

ENDEREÇO
JOÃO RAIMUNDO DE
ALMEIDA
LUIZA CARDOSO DOS
SANTOS

NOME DO
MULHER
CÁDASTRO

Nº REGISTRO
00000781081

VALIDADE
22/11/2023

P.º VIGÊNCIA
19/10/2015



PROVINDO PLASTIFICAR
1665573434

João Raimundo de Almeida
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
23/11/2018

João
ASSINATURA DO EMISSOR

90919661128
PB037940E12

PARAIBA



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1665573434

NOME
JOÃO RAIMUNDO DE ALMEIDA



DOCUMENTO: 0051000100
765679 RSP PB

CPF: 343.498.224-49 DATA NASCIMENTO: 30/05/1962

ENDEREÇO
JOÃO RAIMUNDO DE
ALMEIDA
LUIZA CARDOSO DOS
SANTOS

NOME DO
MULHER
CÁDASTRO

Nº REGISTRO
00000781081

VALIDADE
22/11/2023

P.º VIGÊNCIA
19/10/2015



PROVINDO PLASTIFICAR
1665573434

João Raimundo de Almeida
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
23/11/2018

João
ASSINATURA DO EMISSOR

90919661128
PB037940E12

PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO

DETRAN

LAJORE 0046000000

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍC
Nº 0154562915
DATA DE REGISTRO 20190808454188-2
1 0116250758-2 00/000000000 201

MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

34349022442
NOVO PB 9C2K6C2200JR206676
0588098/PJ

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

ALCO/GASO

2 E/162

PARTIC

VERMELHA

00/00/0000

A *****

2*

V *****

3*

01/11

P A G O 04/10/2

A. F. ADM DE CON NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA-PB

9999999



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO

DETRAN

LAJORE 0046000000

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍC
Nº 0154562915
DATA DE REGISTRO 20190808454188-2
1 0116250758-2 00/000000000 201

MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

34349022442
NOVO PB 9C2K6C2200JR206676
0588098/PJ

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC

ALCO/GASO

2 E/162

PARTIC

VERMELHA

00/00/0000

A *****

2*

V *****

3*

01/11

P A G O 04/10/2

A. E. ADM DE CON NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA - PB

9999999



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200157961 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA **Data do acidente:** 25/11/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA. P.1,2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. P.4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Homel Raimundo de Almeida, brasileiro(a), estado civil divorçado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Genil Rodrigues, nº 37, bairro Joaquim, Município de Joaquim, Estado de(o) PE, Cep: 55000-000, portador(a) do Rg nº 7.262.79, SSP/ PE e CPF nº 343.490.224-49.

Outorgado: Alexandra Cruz Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. F. da Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeiras, Município de Joaquim, Estado de (o) PE, Cep: 55000-000, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/ PE e CPF nº 046.502.754-74.

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) Homel Raimundo de Almeida, ocorrido em 25.1.11, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliária.

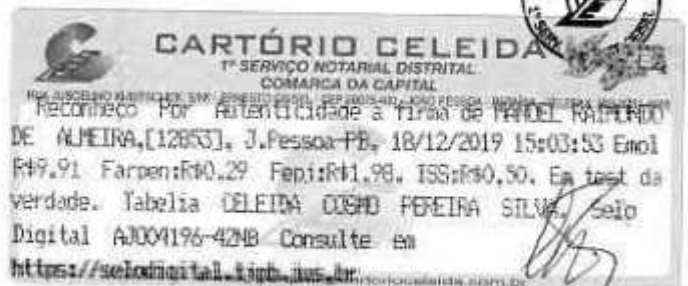
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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.

Joaquim, 12 de dezembro de 2019.



Homel Raimundo de Almeida
Outorgante
CPF Nº 343.490.224-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Homel Raimundo de Almeida, brasileiro(a), estado civil divorçado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Genil Rodrigues, nº 37, bairro Joaquim, Município de Joaquim, Estado de(o) PE, Cep: 55000-000, portador(a) do Rg nº 7.262.79, SSP/ PE e CPF nº 343.490.224-49.

Outorgado: Alexandra Cruz Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. F. da Costa Duarte, nº 157, bairro Mangabeiras, Município de Joaquim, Estado de (o) PE, Cep: 55000-000, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/ PE e CPF nº 046.502.754-74.

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) Homel Raimundo de Almeida, ocorrido em 25.1.11, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliária.

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.

Joaquim, 12 de dezembro de 2019.



Homel Raimundo de Almeida
Outorgante
CPF Nº 343.490.224-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122929/20

Vítima: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

CPF: 343.490.224-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA : 343.490.224-49

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: 27/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0027027/20

Vítima: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

CPF: 343.490.224-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2019

Titular do CPF: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA : 343.490.224-49

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: 20/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO