



Número: **0839571-64.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35782 762	22/10/2020 09:51	<u>2759596_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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

Carta nº 15730176

Pag. 00099/00100 - carta_01 - INVALIDEZ



00020050



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 indeniza

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: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: **MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 000000121246-3

Tipo: CONTA POUPANCA

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, retorno 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:

343 490 224 49

4 - Nome completo da vítima:

Manoel Raimundo de Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Manoel Raimundo de Almeida

6 - CPF:

343 490.224-49

7 - Profissão:

Recuse

8 - Endereço:

R. Gentil Rodrigues da Silva 37

9 - Número:

37

10 - Complemento:

11 - Bairro:

João Paulo II

12 - Cidade:

Patos de Minas

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58076-656

15 - E-mail:

(83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0037

CONTA: 00121246 3

(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 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, cotação 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 de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º declarando que esta autorização não significa previsão concreta com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou resguardos?

Vivos: Falecidos: Sim Não

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos: Sim Não

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso denunciada, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que a qualquer omissão ou declaração não verdadeira qualificá-se a liberação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal per infracção 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Jônio Pereira - PB 20/01/2020

Manoel Raimundo de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

343 490 224 49

4 - Nome completo da vítima:

Manoel Raimundo de Almeida

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

5 - Nome completo:

Manoel Raimundo de Almeida

6 - CPF:

343 490.224-49

7 - Profissão:

Recuse

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

(83) 98663-4900

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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\$1.00 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: 0037

CONTA: 00121246

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 00121246

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 00121246

(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, cotação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI), para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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 de 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

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:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou resguardos?

Vivos: Falecidos: Sim

Não: Não

31 - Vítima tinha irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos: Sim

Não: Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

34 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido

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

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 20/01/2020

Manoel Raimundo de Almeida

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 6



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**.

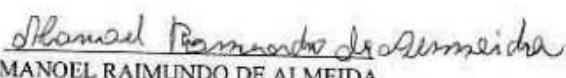
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2019.


ADONIS COÉLHO REGADAS
Agente de Investigação


MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA
Noticiante

Procedimento Policial: 14380.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 7



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

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2019.

ADONIS COÉLHO REGADAS
Agente de Investigação

MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA
Noticiante

Procedimento Policial: 14380.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 8



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:

343 490 224 49

4 - Nome completo da vítima:

Manoel Raimundo de Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Manoel Raimundo de Almeida

6 - CPF:

343 490.224-49

7 - Profissão:

Recuse

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 (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0037

CONTA: 00121246 3

(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 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, cotação 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 de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º declarando que esta autorização não significa previsão concreta com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou resguardos?

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

Não

34 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido

35 - CPF legível da quem assina a roga/a pedido

36 - CPF legível da quem assina a roga/a pedido

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Jônio Pessoa - PB 20/01/2020

Manoel Raimundo de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 10



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:

343 490 224 49 Manoel Raimundo de Almeida

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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:

(83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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\$1.00 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)

AGÊNCIA: 0037

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 00121246 3

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(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, cotação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI), para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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 de 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prestar concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

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:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: _____

Falecidos: _____

30 - Vítima deixou resguardos:

Sim

Não

31 - Vítima:

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 denunciada, a indenização do Seguro DPVAT por morte aequales beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que a qualquer omissão ou declaração não verdadeira qualificá-se a liberação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal per infracção do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido

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

40 - Local e Data,

Joná Pessoa - PB 20/01/2020

Manoel Raimundo de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 12



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

343 490 224 49

4 - Nome completo da vítima:

Manoel Raimundo de Almeida

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

5 - Nome completo:

Manoel Raimundo de Almeida

6 - CPF:

343 490.224-49

7 - Profissão:

Recuse

8 - Endereço:

R. Gentil Rodrigues da Silva 37

9 - Número:

37

11 - Bairro:

São Paulo

12 - Cidade:

São Paulo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58076-656

15 - E-mail:

(83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 0037

CONTA: 00121246 3

(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 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, cotação 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 de 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º declarando que esta autorização não significa previsão concreta com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 recursos (herança)?

 Sim Não

31 - Vítima tem 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 denunciada, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que a qualquer omissão ou declaração não verdadeira qualificá-se a liberação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal per infracção do artigo 299 do Código Penal.

34 -

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

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Joaína Pessoa - PB 20/01/2020

Manoel Raimundo de Almeida

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 14

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58046-844 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

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 violênciapor: NAO

[] Caso Policial

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
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

Observacao

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

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) 3h utima de accidente de
moto, apresenta lesões em maz(E), área cervical, gláveas JS. Sem
outras queixas

Diagnóstico

| Conduta Rx de 1º degrado ok maz(E)
| Avaliação autóptica

Prescrição

| Horário da medicacão

030108006-1
640802024-5(CS628)



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 16

**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE JOSE COSTA DUARTE, 1571 SALA 01 - VARGAS/ERA
PAOLO PESSOA / PB CEP: 58055-094 (AG. 5)**

ENERGISA PARAIBA DIS 14980004 DE ENERGIA S4
S-130-A-025 - Corte Redutor - Itajaí Parada / PB - CEP 58071-100
CNPJ: 09.006.183/0001-40 - MEI: 15.716.420-0

Nov / 2018 20/11/2018 19/12/2019 010-342-224-46
Int'l Reg.

Sarampo é grave e pode matar. Tique santo! Adesão à campanha de vacinação é o melhor jeito.

Data	Lectura	Data	Lectura		264	30
21/07/19	5593	25/11/19	5557			
Consumo de Água						
				Tributo(Trib) CMB(CMB) CMA(CMA)	Fazenda(Faz) 0,9378(0,9378)	
0601 - Consumo em M³/mês	264.020,077863	264.83	204.83	25	51,21	264.83
3601 - Adic. E Ámbar		1,74	1,74	25	0,43	1,74
3601 - Adic. E Vermelha		10,25	10,26	25	2,57	10,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
cont - CONTRIBUICAO PÚBLICA	13,31	0,33	0	0,00	0,00	0,00

CCJ - Código de Classificação e Item TOTAL 229,87 218,85 54,2% 218,85 1,32 8,38
IT-454500

27/11/2019 R\$ 229,87

0 | 0 | E | 15 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 137 | 342 | 248
Hourly, Daily, weekly, Every12, Month, Asym19, Month, Jun19, Jun19, Jun19, Aug19, Set19, Oct19

Digitized by srujanika@gmail.com

37b6 1ac7 d42c 85c1 f4a1 472a ccd2 c616

Discriminante	Valor (R\$)	%
Brasil e/Def. sa/Entregas/PES	25,64	24,21
Comissão de Energia	10,00	9,52
Serviço de Transportes	9,00	8,53
Empresas Brasileiras	17,42	16,30
Indústria, Comércio e Energia	2,00	1,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	100,00	

AN/SC - Permanecendo em atraso os DESITOS ANTERIORES, já avisados, a aposentadoria do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 10 (dez) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

PASADOR JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CRP/CRP 010 342-224-45
RUA DIOGO DE OLIVEIRA, 100 - BLOCO 01 - SALA 1001 - MARIA BEIRA - JOAO PESSOA / PB CEP: 58055-094

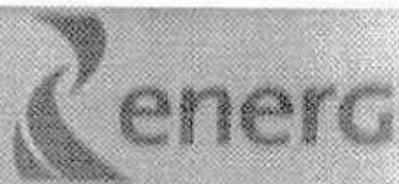
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 15 - SALÃO 101 - 1000-0001-00
MUNICIPIO DE SANTOS - SP - BRASIL - FONE/FAX: (13) 3222-1000

31505440007475127 00-89818 491911 101-1201

www.energiasolar.pt - Energia Solar Fotovoltaica - Energia Solar térmica - Energia Solar térmica



CONSTRUTORA INCORPORACAO E IMOBILIARIA LTDA
TIL RODRIGUES DA SILVA, 37 - AP 202 - JOAO PAULO II
550A/PB CEP: 58076656 (AG: 1)



MONOFASICO
RES-MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
0-2-51-3140 Referencia Nov/2019
00089380594 Emissao: 18/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ELETRICIDADE
B-200-KM-6 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP:
CNPJ 00.006.163/0001-40 - INSC. EST: 16

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N.º
Cód para Déb. Automático: 000

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

referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/
v / 2019	18/11/2019	17/12/2019	144.214.294-49
Unidade Consumidora:			5/1508719

Canal de contato

grave e pode matar. Fique atento ao calendário da sua leitura e se previna.

Anterior	Atual	Constante	Consumo
Leitura 8401	Data 18/11/19	Leitura 8559	1 150

Demonstrativo

Quantidade	Tarifa c/ Tributos Total(R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alq. ICMS(%)	ICMS(R\$)	Base Calc. IPI(R\$)	IPI(%)	IPI(R\$)	Outras(R\$)	Total(R\$)
100 em kWh	156.000 0,708610	126,19	126,19	27	34,07	138,18	1,06		
Amarela		1,42	1,42	27	0,38	1,42	0,01		
Vermelha		5,33	5,33	27	1,44	5,33	0,06		

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

MÍLIM PÚBLICA

5,32 0,00 0,00 0,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 18

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE JOSE COSTA QUARTE, 1577 SALA 01 - VANGABEPA
CEP 05501-000 - SÃO PAULO - SP

Liquidat MONOFASICO
CifStec COMERCIAL-B31-COMERCIAL-COMERCIAL
Referencia: Nov/2019
Periodo: 12-5-202-425
Vendedor: #0009887521
Emissao: 20/11/2019

ENERGISA PARAIBA DIS 1480 UO ORADE ENERGIA S/A
B-130-A-025 - Corte Redutor - Itajaí - Paraná - PB - CEP 58711-000
CNPJ: 03.006.183/0007-40 - INSC: 1511 - NIRE: 1511

Nov / 2019 29/11/2019 19/12/2019 010-942-224-45

Sarampo é grave e pode matar. Tique santo! Vacine seu filho.

Data	Lectura	Data	Lectura		264	30				
21/07/19	5593	25/11/19	5557							
Consumo				Tensão	Volt. fase-fase	Amp. fase-fase	Imped.(A)	Resist.(W)	Capacit.(F)	Indut.(H)
				Volt. fase-fase	CMTRG CMTRG CMTRG	Fase/Fase(R) Fase/Fase(B) Fase/Fase(G)	0,9378	0,9378		
0601 - Consumo em kWh		264.011 0.77863		264.83	204.83 25	51,21	264.83	1,73	7.32	
3601 - Adic. E. Amarela				1,74	1,74 25	0,43	1,74	0,01	0,05	
3601 - Adic. E. Vermelha				10,25	10,26 25	2,57	10,39	0,08	0,49	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
conta CONTRIBUICAO PÚBLICA				13,31	0,33 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação sistem TOTAL 229,87 216,88 54,2% 218,86 1,82 8,38

27/11/2019 R\$ 229,87

0 | 0 | E | 15 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | C | 137 | 1 | 342 | 248
 Nov18 Dec18 Jan19 Feb19 Mar19 Apr19 May19 Jun19 Jul19 Aug19 Sep19 Oct19

23b6 1ac7 d42c 85c1 f4a1 472a ccd2 c616

FONDO DE CAPITALIZACIONES			
		Disminución (RS)	%
INICIAL	503	0.73	NOMINAL
DE TRIMESTRE	19.15		200
DE ANUAL	20.35		
FINAL	52.3	1.00	CONTRACAS
INICIAL	50.47		LIMITE SUPERIOR
DE TRIMESTRE	19.95		220
DE ANUAL	20.86	2.00	231
DIF.			
			Total 229.87 100.00

AVOC - permanecendo sem atraso os DEBITOS ANTERIORES já revisados, e suspendendo o fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida em seu país.

PASADOU JEAN KLEER DA SILVA SANTANA - CRIFCAPU 010 542-224-65
PASADOU QUARTA 14215 ALA 01 - MARACAIBA / PB CEP 58055394



2511119
09:00h

Streptopeda

Paciente apresentando febre expondo q
Jº ODE após frauda há 3h.

Cd.: SAT AM.

- Cefazoline 2g + AS, EV (FAL)
 - Tramadol 100mg + 100mf SFC
 - AO SC pt procedure

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

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

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

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

Tao





Atte
Heib



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Mauriel Raimundo de Alencar</i>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data:	Cirurgião: <i>J. Luciano Gomes</i>	1º Assistente:		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>fx exp poppan</i>				CID
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>O exame</i>				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>TTO Cirúrgico pt diag acilhada</i>				CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) paciente em TTO nos ausentes
- (2) Asepsia + antiséptico + aposentos
Cirurgico estéril

Incisão:

Ø

Achados:

- (1) fx exp f1 profunda (2) Vizinho
por intensificadora de luxo

Conduta:

- (1) Redução manuala
- (2) fixação da fx C1 fio K
ligação por intensificadora

Fechamento:

Ø

OBS:

- (1) Tela limpa p/ profunda

Data: 25/11/19

69
ME





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010220951356210000034175138>
Número do documento: 2010220951356210000034175138

Num. 35782762 - Pág. 24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MÍNISTRO
do Meio Ambiente

GENDTRAN

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MÍNISTRO
do Município

GENDTRAN

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

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 sequelas

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 27

PROCURAÇÃO

Outorgante: Homel Raimundo de Almeida, brasileiro(a), estado civil casado, profissão pintor, residente e domiciliado à Rua Getúlio Vargas, nº 37, bairro Jardim das Flores, Município de Lagoa Seca, Estado de(o) PB, Cep. 52600-000, portador(a) do RG nº 1868779, SSP/PB e CPF nº 343.490.224-49.

Outorgado: Alexandra Gomes Amaro, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. São João Batista, nº 157, bairro Centro, Município de Lagoa Seca, Estado de (o) PB, Cep. 52600-000, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/ PB 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. / 2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza Indenização.

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 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 casado, profissão pintor, residente e domiciliado à Rua Getúlio Vargas, nº 37, bairro Jardim das Flores, Município de Lagoa Seca, Estado de(o) PB, Cep. 52600-000, portador(a) do RG nº 1868779, SSP/PB e CPF nº 343.490.224-49.

Outorgado: Alexandra Gomes Duarte, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. São João Batista Duarte, nº 157, bairro Centro, Município de Lagoa Seca, Estado de (o) PB, Cep. 52600-000, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/ PB 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. / 2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza Indenização.

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 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 30

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 médica-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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 09:51:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102209513562100000034175138>
Número do documento: 20102209513562100000034175138

Num. 35782762 - Pág. 31