



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
35782762	22/10/2020 09:51	2759596_CONTESTACAO_Anexo_02	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, 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

Carta nº 15730176





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 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 ASI: 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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Raimundo de Almeida 6 - CPF: 343.490.224-49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Gentil Rodrigues da Silva 37
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-656
15 - E-mail: 16 - Telefone: (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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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: 00321246

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) menor?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/01/2020

Manoel Raimundo de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Raimundo de Almeida 6 - CPF: 343.490.224-49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Gentil Rodrigues da Silva 37
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Paulo II 12 - Cidade: São Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-656
15 - E-mail: 16 - Telefone: (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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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: 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) menor?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

São Paulo II - PB 20/01/2020

Manoel Raimundo de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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**.

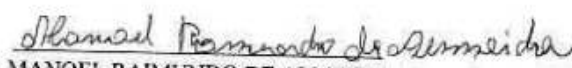
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 COELHO REGADAS
Agente de Investigação


MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA
Noticiante

Procedimento Policial: 14380.01.2019.1.00.401

1/1





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**.

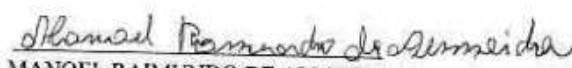
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 COELHO REGADAS
Agente de Investigação


MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA
Noticiante

Procedimento Policial: 14380.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Raimundo de Almeida 6 - CPF: 343.490.224-49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Gentil Rodrigues da Silva 37
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-656
15 - E-mail: 16 - Telefone: (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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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: 00321246

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) menor?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e previrem 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 requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Raimundo de Almeida 6 - CPF: 343.490.224-49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Gentil Rodrigues da Silva 37
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: São Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-656
15 - E-mail: 16 - Telefone: (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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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: 00321246

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) 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 LIDER 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 requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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 (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Raimundo de Almeida 6 - CPF: 343.490.224-49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Gentil Rodrigues da Silva 37
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: João Paulo II 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58076-656
15 - E-mail: 16 - Telefone: (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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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: 00321246

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(a) 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 LIDER 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 requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/01/2020

Manoel Raimundo de Almeida

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58076-84 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
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 343.490.224-49 Num. Prontuario: 2019.11.002912
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 violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

34 vítima de acidente de
moto, apresenta lesões em mto (E), úvula capote, glóbulos 35. Ser
outros exames

Diagnostico

Conduta

Rx de 1º dedo de mto (E)
Análises ortopédicas

Prescrição

Horario da medicacao

030108006-1
040802024-5 (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 - VANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58058394 (AG 5)

Local: MONTEASCO
CNPJ: 00.000.000/0001-00
Referência: 12/11/2019
Medidor: 00009992521

energisa
ENERGISA PARÁRUT - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BLOCO A-25 - C. de Referência: 1581-79 - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.095.883/0001-40 - Insc. Est: 15.718.420-0
Nota Fiscal de Conta de Energia Elétrica Nº 04-523-946
Cód. para Débito Automático: 0001002011

Nov / 2019 20/11/2019 19/12/2019 010.942.224-46

Barraço à grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e prévia.

Data	Leitura	Data	Leitura						
21/10/19	5532	20/11/19	5957						
Det	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0501	Consumo em kWh	264,00	0,776853	204,89	204,89	25	51,31	204,89	1,73
0501	Adc. B. Amarela			1,74	1,74	25	0,43	1,74	0,01
0501	Adc. B. Vermelha			10,25	10,25	25	2,57	10,25	0,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			13,31	0,03	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação de Item TOTAL 229,97 216,85 54,21 216,85 1,32 9,38
Tarifa de Tributos: R\$ 545400

95 27/11/2019 R\$ 229,87

0 0 0 15 1 2 1 0 1 2 1 0 137 342 248
Nov/19 Dez/19 Jan/20 Feb/20 Mar/20 Abr/20 Mai/20 Jun/20 Jul/20 Ago/20 Set/20 Out/20

37b6 1ac7 d42c 65c1 f4a1 472a dcd2 c616

				Discriminação			Valor	%
							(R\$)	
01	01	01	01	Energia de Consumo			204,89	89,14
01	01	01	01	Consumo de Energia			204,89	89,14
01	01	01	01	Serviço de Transmissão			1,74	0,76
01	01	01	01	Serviço de Distribuição			10,25	4,50
01	01	01	01	Contribuição de Iluminação Pública			13,31	5,81
				Total			229,87	100,00

Valor do Débito (R\$) 229,87

AVISO: Permanecendo em atraso os débitos anteriores, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Leitura confirmada

Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

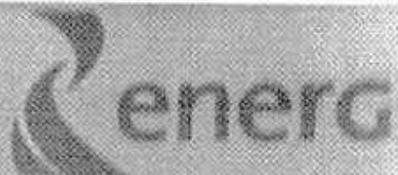
00190.00009 03150.244006 07475 127176 5 80860000022987

PAGADOR: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CNPJ: 00.000.000/0001-00
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 1577 SALA 01 - VANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB CEP: 58058394

Nome: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
CPF: 00.000.000-00
Data de Vencimento: 27/11/2019
Valor Documento: R\$ 229,87
Valor Pago: R\$ 213,55

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

CONSTRUTORA INCORPORACAO E IMOBILIARIA LTDA
 TIL RODRIGUES DA SILVA, 37/AP 202 - JOAO PAULO II
 SSGA/PB CEP 58076658 (AG 1)



MONOFASICO
 RES MTC B1/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 0-2-51-3140
 0008380594
 Referencia Nov/2019
 Emissao 18/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUICAO DE E
 Br 200, km 2,5 - Caiso Redentor - Joao Pessoa/PB - CEP
 CNPJ 00.006.193/0001-40 - Insc Est 18

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°
 Cód para Ddb. Automático 00

Atento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesso: 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
			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 8558	
		1	158

Demonstrativo

	Quantidade	Tarifa cr	Valor Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	Base Calc	Pis(R\$)
					ICMS	Pis/Cofins(R\$)	(0,8397%)
no em kWh	158,000	0,708610	126,16	128,18	27	34,07	128,18
Amarela			1,42	1,42	27	0,38	1,42
Vermelha			5,33	5,33	27	1,44	5,33
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
VILUM PÚBLICA			5,32	0,00	0	0,00	



25/11/19
09:00h.

ortopedia

Paciente apresentando fratura exposta e
1º QDE após fratura há 3h.

Ed: SAT IM.

- Cefazolina 2g + 12,5U (FAL)
- Tramal 100mg + 100mg SFC
- AO BC p/ procedimento

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	E v o

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 () Sim 2 (x) Não					
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 JH sob anestesia
- (02) Anestesia + antiseptia + aponeurotica
- Cirurgia estereotaxia

Incisão:

Ø

Achados:

- (01) fr exp fr polegar (E) Vinte
- por infectado de tórax

Conduta:

- (01) Redução imediata
- (02) fixação da fr C1 fio K
- ligação por infectado

Fechamento:

Ø

OBS:

- (01) Tala luva p polegar

Data: 25/11/19

ME



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOAOIL RAIMUNDO DE ALMEIDA

DOCUMENTOS: OBRIGATORIO DE 166573434 RSP PB

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

FUNÇÃO: JOAO RAIMUNDO DE ALMEIDA LUTIA CARDOSO DOS SANTOS

NOTURNO: ACC: CMI: 445

Nº REGISTRO: 0650781081 VALIDEZ: 28/11/2013 19/10/2015

TEMPORÁRIA

João Raimundo de Almeida
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 23/11/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: 90949661128 PB037040E72

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1665573434

RECÍPITO PLASTIFICAR 1665573434



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOAOIL RAIMUNDO DE ALMEIDA

DOCUMENTOS: OBRIGATORIO DE 166573434 RSP PB

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

FUNÇÃO: JOAO RAIMUNDO DE ALMEIDA LUTIA CARDOSO DOS SANTOS

NOTURNO: ACC: CMI: 166573434

Nº REGISTRO: 166573434 VALIDEZ: 22/11/2013 19/10/2015

ASSINATURA: JOAOIL RAIMUNDO DE ALMEIDA

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 23/11/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: 90949661128 PB037040E72

PARAIBA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 166573434

RECÍPITO PLASTIFICAR 166573434



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INDUSTRIA

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

AN: 20190600454188-2
 1 0116250/98-2 00/00000000 201

MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

34349022/49
 NOVO PB 9CEK02200JR206676

3588098/PJ

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

ALCO/GASOL

VERMELHA

00/00/00000

01/11

JOAO PESSOA-PB

99999999

0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INDUSTRIA

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ANEXO Nº 1 - 20190600454188-2

1 0116250/98-2 00/00000000 201

MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

34349022/49

NOVO PB 9CEK02200JR206676

Q598098/PJ

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

ALCO/GAS

VERMELHA

00/000/00000

01/11

99999999

JOAO PESSOA-PB

A.F. ADM. DE CON. NAC. HONDA LTDA



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: Manoel Raimundo de Almeida, brasileiro(a), estado civil divorçado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Yaciel Rodriguez, nº 31, bairro Joaquim, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 1.262.771-8, SSP/PB e CPF nº 343.490.994-49.

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. Y. da Costa Duarte, nº 151, bairro Monte Castelo, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do RG nº 262.771-8, 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) Manoel Raimundo de Almeida, ocorrido em 25.1.11.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Imaterial.

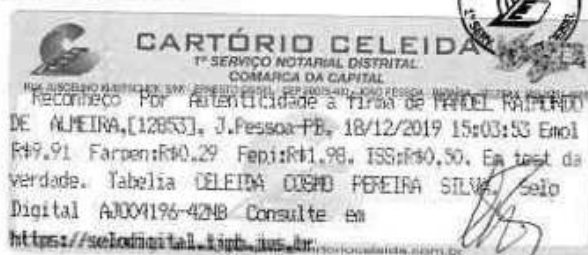
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim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



Manoel Raimundo de Almeida
Outorgante
CPF Nº 343.490.994-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Manoel Raimundo de Almeida, brasileiro(a), estado civil divorçado, profissão pedreiro, residente e domiciliado à Rua Yaciel Rodriguez, nº 31, bairro Joaquim, Município de Passo Fundo, Estado de(o) RS, Cep: 95000-000, portador(a) do Rg nº 1.262.771-8, SSP/RS e CPF nº 343.490.994-49.

Outorgado: Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. Y. da Costa Duarte, nº 151, bairro Monte Alegre, Município de Passo Fundo, Estado de(o) RS, Cep: 95000-000, portador(a) do RG nº 262.771-8, SSP/RS 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) Manoel Raimundo de Almeida, ocorrido em 25.1.11.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Imaterial.

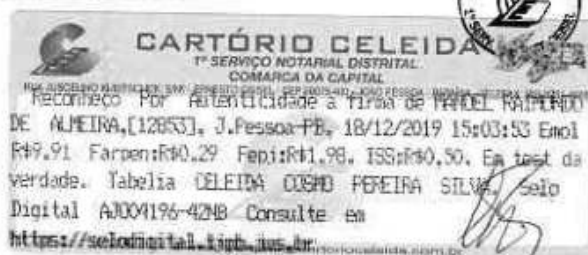
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim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

Passo Fundo, 12 de dezembro de 2019.



Manoel Raimundo de Almeida
Outorgante
CPF Nº 343.490.994-49

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

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 25/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL RAIMUNDO DE ALMEIDA

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

