

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ERIVANIO CARVALHO BARBOZA**

Nº Sinistro: **3180062100**

Vitima: **ERIVANIO CARVALHO BARBOZA**

Data do Acidente: **02/02/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180062100**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12361208



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ERIVANIO CARVALHO BARBOZA  
Nº Sinistro: 3180062100  
Vitima: ERIVANIO CARVALHO BARBOZA  
Data do Acidente: 02/02/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180062100**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: ERIVANIO CARVALHO BARBOZA  
Nº Sinistro: 3180062100  
Vitima: ERIVANIO CARVALHO BARBOZA  
Data do Acidente: 02/02/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180062100**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 02 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ERIVANIO CARVALHO BARBOZA**

Sinistro: **3180062100**  
Vítima: **ERIVANIO CARVALHO BARBOZA**  
Data do Acidente: **02/02/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180062100** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ERIVANIO CARVALHO BARBOZA**

Nº Sinistro: **3180062100**

Vitima: **ERIVANIO CARVALHO BARBOZA**

Data do Acidente: **02/02/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180062100**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/02/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**  
**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180062100**  
Nome do(a) Examinado(a): **ERIVANIO CARVALHO BARBOZA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSÉ LIBERATO nº 16 - MIRAMAR - JOAO PESSOA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2554297 - SSP**  
Data e local do acidente: **02/02/2016 JOAO PESSOA/PB**  
Data e local do exame: **04/05/2018 JOAO PESSOA/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE E NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.**

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.**  
**REVISOR MANTEVE EM TRATAMENTO CONFORME DESCRIÇÃO DO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

008.878.344-85

Nome completo da vítima

Enivaldo Carvalho Barbosa

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Enivaldo Carvalho Barbosa		CPF titular da conta 008.878.344-85	Profissão Comerciante
Endereço Josi Liberato		Número 36	Complemento
Bairro Auramar	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58043-100
Email alexandracasandrade@hotmail.com		Telefone (DDD) 98663-4900	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, que o Beneficiário, no caso de DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. 5729	D/V 9	CONTA NRO. 0001585	D/V 6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2018

Local e Data

*Enivaldo Carvalho Barbosa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





12/22	1729 9	0021585 6	01	00
VÁLIDO ATÉ	AGÊNCIA	DIG	CONTA	DIG VIA TIPO

ERIVANIO CARVALHO BARBOZA

elo

COMPREV  
05. FEV. 2018  
PROTOCOLLO





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00179.01.2016.1.02.202**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00179.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:45 horas do dia 02 de fevereiro de 2016, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, matrícula 1527711, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu **ERIVANIO CARVALHO BARBOZA**, CPF nº 008.878.344-85, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Madalena Carvalho e Jonas Barboza Coelho, natural de Patos/PB, nascido(a) em 15/03/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Liberato, Nº 16, bairro Miramar, tendo como ponto de referência Próximo a praça das muriçocas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 32440-310.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia de hoje (02/02/16), por volta das 11:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, cor vermelha, ano 2012, de placa OET-5913/PB, chassi nº 9C2JC4110CR505702, registrada em nome de Lucrenildo do Nascimento Silva, pela Rua Lauro Torres, no Bairro de Tambauzinho, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi atingido pelo veículo de marca CITROEN, cor prata, de placa OFZ-8020/PB, conduzido por Dirson Barbosa, o qual fez uma conversão para a esquerda, saindo da Rua Arquiteto Hermenegildo Di Lascio; QUE, em decorrência do sinistro o notificante veio a sofrer fratura da fíbula esquerda, sendo admitido na clinor, onde se submeteu a procedimentos médicos; QUE, diz o notificante que não foi realizado levantamento pericial por parte do BPTRAN, tendo em vista que o veículo causador do acidente foi retirado do local por seu condutor.

**ADENDO(S):**

Que na data 25/01/2018, à(s) 10:38 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O VEÍCULO ACIMA CITADO ESTÁ REGISTRADO EM NOME DO NOTIFICANTE ERIVANIO CARVALHO BARBOZA, DATADO DE 21/11/2016. QUE SEGUNDO O NOTIFICANTE JÁ EXISTIA O RECIBO ASSINADO E RECONHECIDO NO CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS COMO O PROPRIETÁRIO O NOTIFICANTE.. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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 fê.



Procedimento Policial: 00179.01.2016.1.02.202

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital




**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 25 de janeiro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
ERIVANIO CARVALHO BARBOZA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00179.01.2016.1.02.202



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Guilherme Carvalho Barbosa CPF da Vítima 008.878.344-89 Data do Acidente 02-02-16

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 24 de Janeiro de 2018  
Local e Data

Guilherme Carvalho Barbosa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Enviado: 05/01/2018 Referência: Jan/2018  
Classe/Subclasse: COMERCIAL/COMERCIAL MONOCASCO  
Página: 2 de 142 4300 Nº medidor: 0001178118

ENERGISA PARANÁ - CDT FREE NEWS (RE ENERGISA SA)  
R. 200, Km 25 - Costa Rica/Paraná - João Pessoa/PB - CEP 56071-000  
CNPJ: 00.906.542/0001-00 - Insc. Est. 16.016.000-0

Indesit/Frost/Cozinha Elétrica FROST 131 130  
Câd. para Dêb. Automático: 00012167171

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPII / CNPI / RAN
Jan / 2018	05/01/2018	02/02/2018	887834485 ENC. EIT

UC (Unidade Consumidora): 5/1216717-7

Canal de contato

«Ouvrez la porte à tout le monde, mais laissez entrer les chiens». Cette maxime, attribuée à Napoléon, résume bien l'attitude de la France à l'égard des réfugiés.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
06/10/17	00000	05/01/18	22488	1	100	27

Demonstrativo							
COD	Descrição	Contas a Receber	Contas a Pagar	Ativo Realizável	Passivo Realizável	Ativo Não Realizável	Passivo Não Realizável
		1	2	3	4	5	6
9901	Consumo em Cash	186.000,00	1.777,70	141,52	18	95,38	141,92
9901	Asc. B. Veículos	7,15	7,15	25	1,78	7,15	0,07
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIBUIÇÃO - SUMPUBLICA	0,92	0,02	0	0,02	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 11/2017	1,60	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 11/2017	4,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 11/2017	0,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00

2003 Códigos de Classificação em Item	TOTAL	104.29	148.87	27.16	148.87	1.55	7.30
---------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO  
26/01/2018

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 164,29**

Historicos de Consumo (kWh)

214	198	215	300	216	223	220	237	219	221	201	225
Dec/11	Nov/11	Oct/11	Sep/11	Aug/11	Jul/11	Jun/11	Mar/11	Apr/11	Mar/11	Feb/11	Jan/11

RESERVADO AO FISCO  
6281.09b1.1e8f.4c68.d9b2.dfe5.0199.0b0d

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ANELL	Apurada	Limite de Tensão (V)
DC (MÉDIA)	9,97	0,00	COMUM
DC (TENSÃO)	18,83		
DC (MÁX)	2,17	0,00	CONTRASTADO
FL (MÉDIA)	0,24		DESRESPIRADO
FL (TENSÃO)	10,20		LIMITE SUPERIOR
FL (MÁX)	2,17	0,00	
OMC (MÁX)	10,20		

Determinantes	Valor (R\$)	%
Gastos de Impl. da Obra e Gastos de	30,29	13,97
Compras de Materiais	45,58	20,34
Serviços de Transportação	0,04	0,02
Encargos Setoriais	10,51	4,74
Impostos Diretos e Encargos	51,29	23,27
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>164,39</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUS (Ref. 11/2017) R\$ 67,30

## ATENÇÃO

**ATENÇÃO**

As inscrições para o concurso público de 2010/2011, cujo processo administrativo poderá ser consultado a partir de 20/01/2011, estarão disponíveis a partir de 4/02/2011. O pagamento após essa data não garante a participação na prova de suspensão deferentemente, com a mesma data. A inscrição de 2011 não garante a inscrição na unidade ou unidade para inscrição. A inscrição terá efeito de pagamento de 14 (quatorze) dias, a partir da data de inscrição. A inscrição não garante a inscrição em qualquer unidade de inscrição ou inscrição.

Faturas em atraso  
05/17 17812

0.0000

800-458-1421 • 4300  
11th Avenue, Suite 1100  
Denver, CO 80202

VENCIMENTO:  
26/01/2018

TOTAL PAGAR  
RS 164.29

83610000001-4 64290149000-2 12167172018-7 01500006019-



Valor da Contribuição	0,00	0,00
IN	164,29	100,00

USO (R\$) 11/2017 YH4735

**Faturas em atraso**  
Dez/17 - 17/17

**CUMPREV**  
CUMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

**05.FEV. 2018**

**PROTOCOLO**  
AC. JOAO PESSOA

**TOTAL A PAGAR**  
R\$ 164,29

18-7 01500006019-2







ALEXANDRA CESAR DUARTE  
AV MARIA ROSA, 00058  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA PB

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 FEV. 2018

PROTOCOLO  
JOAO PESSOA

Código NET  
907/013314867

Vencimento  
25/09/2017

Valor  
194,64

CPF/CNPJ  
046.502.754-74

Forma de Pagamento  
BOLETO BANCÁRIO

Importante:

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

Minha NET:

descrição

001/004

total







# CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Barro Colorado

Enrico Corbelli  
born, RG 2554242

Partidos de protesta  
de J. L. C. 210 581 4  
K. J. C. J. C. J. C. J. C.  
de protesta J. C. J. C.  
de protesta J. C. J. C.  
de protesta J. C. J. C.  
de protesta J. C. J. C.

For above date 73-2-16  
Marta Olmeca

23/08/14

Dr. Raimundo Vasconcelos Jordao

CRM 145E



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015-2020 INOR LTDA, João Foa - 08

**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 33 3226 7555

**SUL** - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - Rm. 3235-4348

WWW.CLOUD-CHAMBER

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
15.FEV. 2018

PROTOCOLLO  
AC. JOAO PESSOA



COMPROVAÇÃO DE RECEBIMENTO  
09 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CLINOR**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Orçamento*

Visita para os exames  
fazer para: o Sr. EUGENIO  
CARVALHO RIBEIRO, RG 5554294  
foi observada uma  
clavícula na data de hoje  
com fratura de fratura  
aguda

Em consequência  
a vítima na via pu-  
blica para motorista

010 581.9

02/02/16

*[Assinatura]*

Dr. Raimundo Vasconcelos Jordão  
CRM 1456  
CLINOR LTDA. João Pessoa - PB  
WWW.CLINOR.COM.BR



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029  
**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555  
**SUL** - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348





COLEÇÃO DE PROTOCOLOS  
09 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CLINOR**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*LAUDO MEDICO*

*Exame realizado com o paciente em  
posição de Rg 3554297*

*Partes da protese  
de fíbula e tibia 5814*

*Apresentando para a mesma  
a protese para a mesma  
fe de metacarpais na  
mão esquerda.*

*Em atendimento em 23.8.16  
Mário Almeida*

*23/08/16*

*Mário Almeida*  
CRM 1456



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029  
**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555  
**SUL** - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

CLINOR LTDA. João Pessoa - PB

WWW.CLINOR.COM.BR



Obs: Exame de imagem, cópia fica útil  
útil. A vítima irá levar os mesmos  
para perícia.

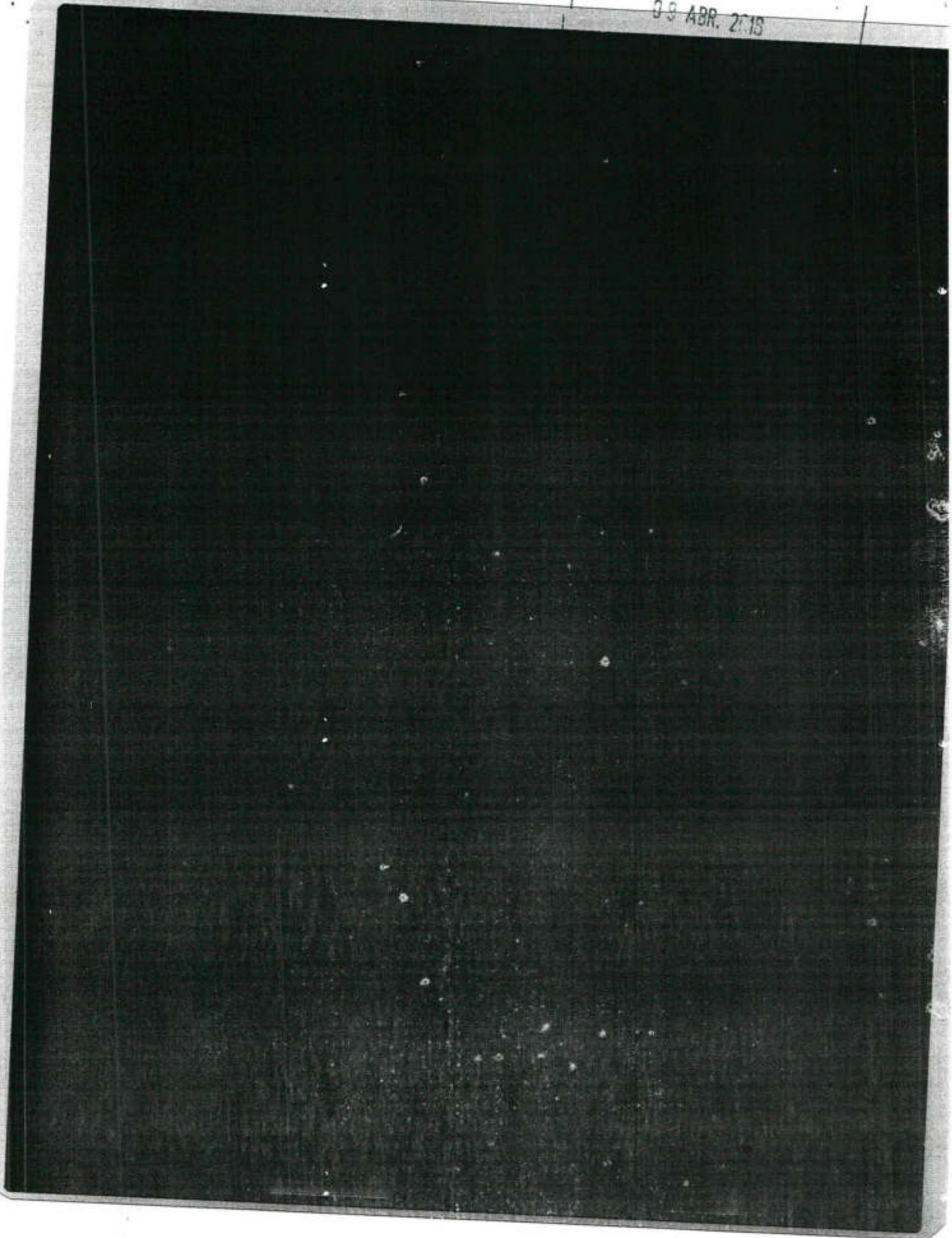
30/08/20  
PROTÓCOLO  
AG. AGAO PESSOA





COLLEGE OF THE SOUTHERN CALIFORNIA 317

09 APR. 2013





COMPROVAÇÃO DE RECEBIMENTO  
09 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CLINOR**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Orçamento*

Visitei para os exames  
fazer para: o Sr. EUGENIO  
CARVALHO, Brasileiro, RG 5554294  
foi atendida nesta  
clínica na data de hoje  
com fratura de fêmur  
esquerda

Em consequência  
a vítima na via pu-  
blica para motocicleta

010 581.9

02/02/16

*[Assinatura]*  
Dr. Raimundo Vasconcelos Jordão  
CRM 1456  
CLINOR LTDA. João Pessoa - PB  
WWW.CLINOR.COM.BR



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029  
**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555  
**SUL** - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348





COLEÇÃO DE PROTOCOLOS  
09 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**CLINOR**

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*LAUDO MEDICO*

*Exame realizado com o paciente em repouso, RG 3554297*

*Partes da protese de fíbula e tíbia 5814*

*Apresentando para a mesma a fratura por compressão da protese da tíbia na região distal.*

*For observado em 23.8.16*  
*em consulta*

*23/08/16*

*[Assinatura]*  
Dr. Raymundo Vasconcelos Jordão  
CRM 1456



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029

**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555

**SUL** - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

CLINOR LTDA. João Pessoa - PB

WWW.CLINOR.COM.BR





Obs: Exame de imagem, cópia fica útil  
útil. A vítima irá levar os mesmos  
para perícia.

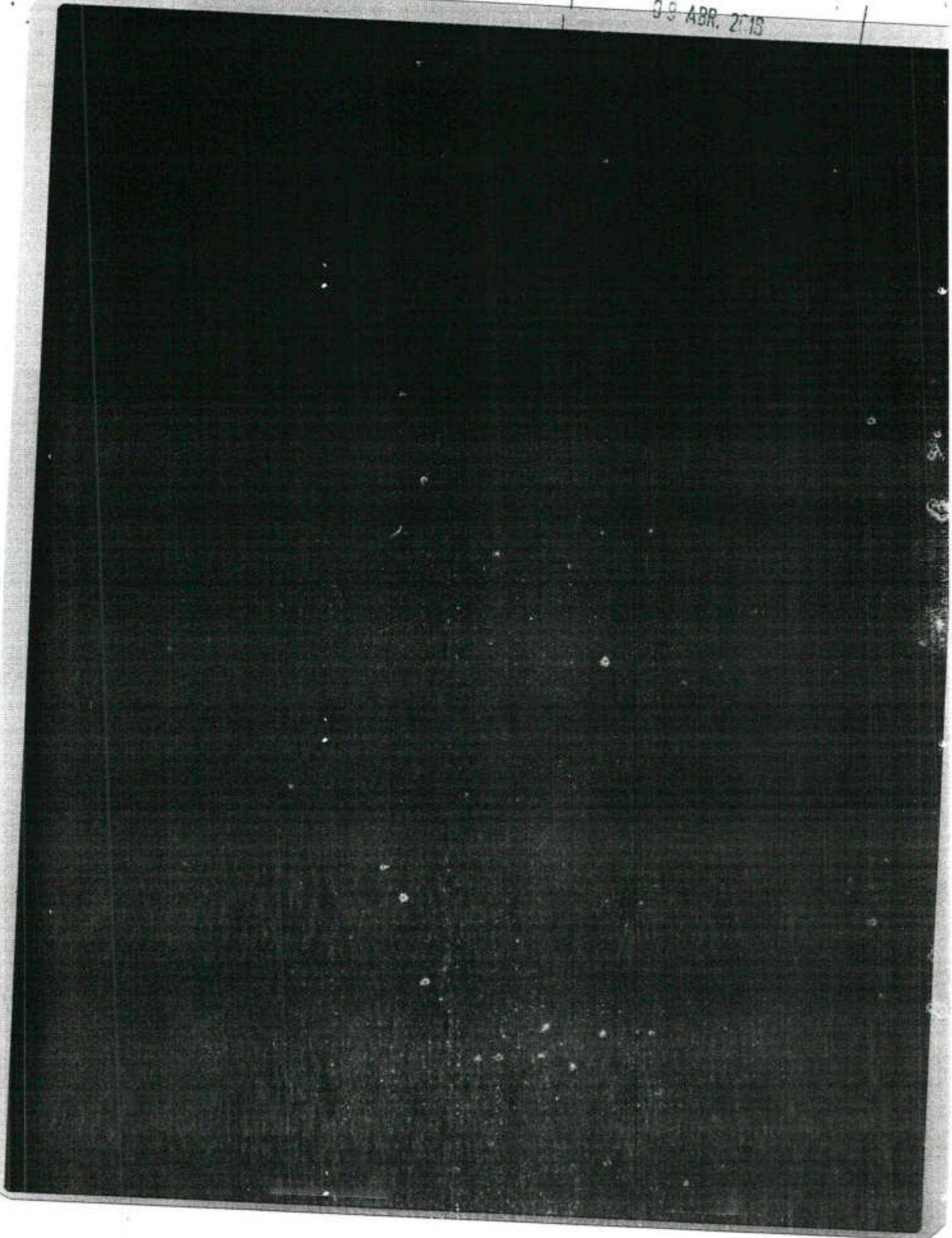
30/08/20  
PROTÓCOLO  
AG. AGAO FASSON





COLLEGE OF THE SOUTHERN CROSS 317

09 APR. 2013









ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

De la Cruz

Willow grove at 11 miles  
from Dur: 0 Am. Evening  
at Valley Bonanza. R5255454

For obvious reasons  
I have not yet  
been fortunate to find  
any.

En compendio  
a ciertos no se pu-  
dieron por no ser ellos

025819

02/02/16

Dr. Raimundo Vasconcelos Jordão

CRM 1456

CLINORITH 25-75-50

WWW.CLINOR.COM.BR



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 63 3015-2029

**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7655

**SUL** - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

23 ABR 2013  
PROCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Waldo Macedo*

*Enviado por Waldo Macedo  
Data: 23/08/14*

*Portador de fratura  
de fêmur e. 010 5814  
Apresenta dor e inchaço  
na fratura por trauma  
na motocicleta na  
rua pública.  
Foi atendido em 23.8.14  
na clínica*

*23/08/14*

*Dr. Waldo Vasconcelos Jordão*  
CRM 1456



**CENTRO** - Av. Getúlio Vargas, 126 - 63 3015 2029  
**PRAIA** - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555  
**SUL** - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR

23 ABR 2014  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



23 ABR. 2717  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



POLEGAR DIREITO




Nº 07833220

*Alexandra Cesar Duarte*  
Assinatura do Titular da Carteira

3

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição  
**046.502.754 -74**

Nome  
**ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Data de Nascimento  
21/08/1962



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 FEV. 2018

**PROTOCOLO**  
AC. JOAO PESSOA

**CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO**



**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL - OAB -**

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.  
(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
Conselho Seccional  
**Paraíba**

Nome  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome  
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Endereço  
RUA DE JANEIRO-RJ

Profissão  
ADVOGADA

Data de Nascimento  
21/08/1962

Data de Conclusão no OAB  
12/12/2008

Data de Cessão de Direção  
30/07/2007

Data de Expedição  
12/01/2008

*Jose Mario Porto Junior*  
JOSE MARIO PORTO JUNIOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012650849373  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO COD RENAVAM DRT 20160000501443-9  
1 0052661197-9 00/00000000 2016

NOME  
ERIVANIO CARVALHO BARBOZA

CPF/CNPJ  
00887834485

PLACA  
OET5913/PB

PLACA ANT/UF  
NOVO PB

9C2JC4110CR505702

PAS/MOTIV/TIP/NOV DRT  
PAS/MOTIV/TIP/NOV DRT

FUEL/COMBUST  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB ANO MOD  
2012 2012

CAPACIDADE  
2 P/124 /CI

USO  
PARTIC

COR/PAINT/CHASSI  
VERMELHA

IPVA PAGO EM

21/11/2016

FAIXA 1  
\*\*\*\*\*

0

PRESO (RUBRICADO) (R)

SEGURO

PAGO

21/11/2016

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB

19267

19/12/2016

54402

PB Nº 012650849373 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ERIVANIO CARVALHO BARBOZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

00887834485 watsegurodotransito.com.br 005913/PB  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 19/12/2016

ERIVANIO CARVALHO BARBOZA

REGISTRAR

MARCA/MODELO

ANO FAB COD DRT  
1 00887834485

PB CHASSI  
OET5913/PB

00526611979 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO DRT  
2012 9

DESAFIO (R) COD DRT  
9C2JC4110CR505702

CUSTO DO BILHETE (R)

10% DRT

CUSTO DO BILHETE (R)

\*\*\*\*\*

PAGAMENTO

SEGURO

COTA UNICA

PAGAMENTO

PAGAMENTO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

54402-1217423-20161219





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180062100 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVANIO CARVALHO BARBOZA **Data do acidente:** 02/02/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE E NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE FÍBULA ESQUERDA TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA DE IMOBILIZAÇÃO E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 04/05/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** SEM SEQUELAS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

OBS - NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS.  
REVISOR MANTEVE EM TRATAMENTO CONFORME DESCRIÇÃO DO EXAMINADOR

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180062100 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVANIO CARVALHO BARBOZA **Data do acidente:** 02/02/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FIBULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO INFORMADO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SOLICITO BAM E PRONTUARIO

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180062100 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVANIO CARVALHO BARBOZA **Data do acidente:** 02/02/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE FIBULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO INFORMADO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**