
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



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.seguradoraslider.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.

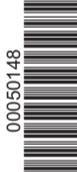
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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.seguradoraslider.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 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**, 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. Nexo 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 de 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%

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

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

1008.878.344-85

Nome completo da vítima

Enivamio Barvalho Barbosa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Enivamio Barvalho Barbosa	1008.878.344-85	Comunicação
Enderço	Número	Complemento
José Liberato	36	-
Bairro	Estado	CEP
Miramar	PA	58043 - 100
Email	Telefone (DDD)	9863 - 4900
alexandracesarudante@hotmail.com		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, que o beneficiário, ou seu representante legal, sejam devidamente registrados no sistema 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.	D/V	CONTA NRO.	D/V
5729	9	10051585	6
(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.

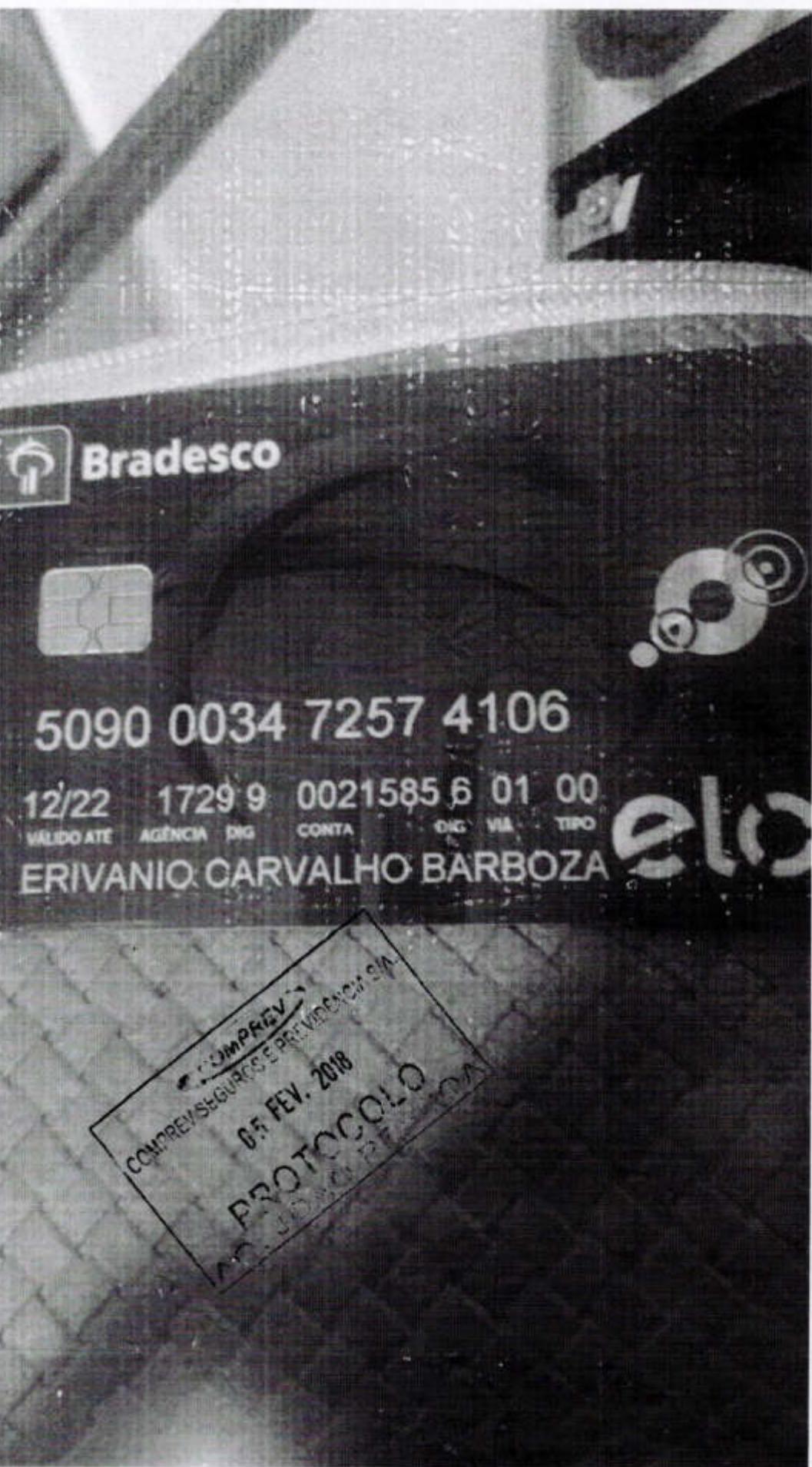
João Russo, 29 de Janeiro de 2018

Local e Data

Enivamio Barvalho Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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 N° 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.

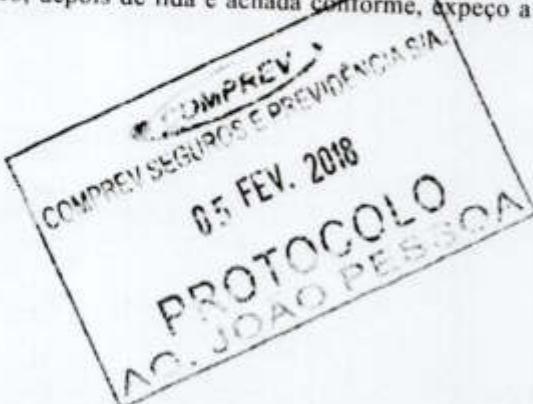
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 Lucenildo 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 fibula 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 fé.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a 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.

[Signature]
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

[Signature]
ERIVANIO CARVALHO BARBOZA
Noticiante



Procedimento Policial: 00179.01.2016.1.02.202



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Barvalho Parreira

CPF da Vítima

008.878.344-85

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 atende 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, 21 de Janeiro de 2018

Local e Data

Júlia Barvalho Parreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*CCMPEI/SEGURADORA PREVIDENCIAS/A
6.5.11.2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA*

ERIVANIO CARVALHO BARBOSA
RUA JOSÉ LEITE (C. 1015) - 104 - Vila União
JOÃO PESSOA (PB) CEP: 58030-100 (AO-1)
Emissor: 098U/2018 Referência: Jan / 2018
Classe/Suflux: COMERCIAL/COMERCIAL MONETÁRICO
Polegar: 2-6 - 142 - 4300 N° medidor: 0000178118

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISCIPLINA DE ENERGIA S/A
B-200 Km 25 - Distrito Bela Vista - João Pessoa/PB - CEP 58021-000

CNPJ:00.0001.00270001-80 - Insc. Estadual: 0016-000-0

Site: www.energisa.com.br

Central de Atendimento: 0800 083 0196

Site: www.energisa.com.br

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2018	05/01/2018	02/02/2018	887834485 insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1216717-7

Canal de contato:

Queremos que sua energia continue sempre com mais facilidade. Estamos sempre buscando novas maneiras de atender melhor (energisa), sempre que precisar de ajuda. Queremos estar sempre a disposição.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
08/12/17 02/01/18	02/01/18 02/01/18	130	27	

Demonstrativo							
Total de Consumo: 164,29 R\$ 164,29							
0001 Conta de Luz em kWh	164.290,00	141.52	141.52,25	35,38	141.52	1,48	6,74
0001 Adm. B. Vencimento		7,15	7,15,25	1,78	7,15	0,07	0,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007 CONTRIB SERV. ILUM PÚBLICA	6,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004 JUROS DE MORA 11/2017	1,40	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0002 MULTA 11/2017	4,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0006 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017	0,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO: Código de Classificação do item TOTAL 164,29 164,29 27 16 164,29 1,52 7,08

Média últimos meses (kWh) 231 VENCIMENTO 26/01/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 164,29

Histórico de Consumo (kWh)

214 | 139 | 215 | 309 | 216 | 233 | 279 | 237 | 214 | 221 | 201 | 205
Out/17 Nov/17 Dez/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17

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

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
DC-MENSAL	0,00	NOMINAL	220	20,29	23,90
DC-TRIMESTRAL	0,00	NOMINAL	220	46,58	51,34
DC-ANUAL	18,82	NOMINAL	220	6,04	6,88
FC-MENSAL	2,11	0,00	CONTRATADA	10,51	11,84
FC-TRIMESTRAL	0,15	0,00	100% E SUPERIOR	51,39	57,37
FC-ANUAL	12,25	0,00	100% E SUPERIOR	0,00	0,00
DCR	2,73	0,00	100% E SUPERIOR	0,00	0,00
DCR	10,22	0,00	100% E SUPERIOR	0,00	0,00
Total			Total	164,29	100,00

Vale do EUZU (Ref. 1112017) R\$ 67,95

ATENÇÃO
Este documento é de uso exclusivo da Energisa S.A. e não pode ser reproduzido ou divulgado sem autorização escrita da gerência de marketing. O pagamento após essa data não exime o contribuinte da devolução do documento, da remessa das contas e outras faturas pagas não estarem na unidade com número da referida fatura e pagamento da fatura anterior. Fatura sujeita a reajuste em função de variação no custo de fornecimento de energia.

VENCIMENTO 26/01/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 164,29

83610000001-4 64290149000 2 12167172018-7 0150006019-2



Faturas em atraso
Dez/17 - 17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

12/16717-17/12/17

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 FEV. 2018

PROTÓCOLO
PROTÓCOLO

Código NET
907/013314867
CPF/CNPJ
046.502.754-74
Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

Valor
194,64

001/004

total

descrição

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

Minha NET:

Importante:



ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV MARIA ROSA, 00058
MANAÍRA
58038-460 JOÃO PESSOA - PB

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Enivamio Barvalho Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.878.344-85 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Enivamio Barvalho Barbosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.878.344-85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que a Seguradora Líder-DPVAT possui o endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 169 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>Vila Maria Rosa</u>	<u>58</u>	<u>-</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>Mamauá</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>RJ</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	CEP
<u>alexandreduarte@hotmail.com</u>	<u>98663-4900</u>	<u>58038-460</u>
	Telefone celular (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>99342 1170</u>

João Pessoa, 05 de Setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



CLINOR
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

BAUSSO WOODCOCK

Endereço consultório
Av. Rio Branco 2554-247
Portador de fratura
de fíbula e tibia S 814
Paciente que o meu
fratura foi operada
foi a motocicleta que
ele perdeu.
foi atendido em 23-2-16
não estou

23/08/17

Dr. Raimundo Vasconcelos Jordão
CRM 1456



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - lo 3015 2020 CLINOR LTDA, João Pessoa - PB
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - es 3226 7555
SUL - Av. Walídeo Macedo Brandão, 1011 - lo 3235 4348



COLABORADOR: DR. RAIMUNDO JORDÃO

09 ABR. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clarivans

A Vaca para os ônibus
que quei: o Km. 60000
em Valença. Jordão: R\$ 255428,40
foi chamado para
elaborar na sede de Valença
para fractura de fratura
queimada
Em consequência
de acidente na via
além para moto ciclística

CID 581.9

02/02/16

Jordan
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. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

09 ABR. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EDUARDO MACEDO

Eduardo Conrado Lobo
RG 2554297

Portador do protocolo
de fatura e. C10 3814
informe que a sua
aferição foi realizada
na ortopedia no dia
11º passado.

Foi elaborado em 23-2-16
muito obrigado

23/02/16

Dr. Waldemar Vasconcelos Júnior

CRM 1456



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029 CLINOR LTDA. João Pessoa - PB

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

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

WWW.CLINOR.COM.BR

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



COL TREV 25 2. FEB 2018 31

09 ABR. 2018

COLABORADOR: DR. RAIMUNDO JORDÃO

09 ABR. 2013

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Clarivans

Abaixo para os endos
que quei: o Dr. Raimundo
Vasconcelos Jordão. CRM 1456
foi chamado para
elaborar na sede do Dr. J.
para fractura de Frade
queimado
em campina
e acidente na via
além para moto ciclista

CID 581.9

02/02/16

Jordan

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. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

09 ABR. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EDUARDO MACEDO

Eduardo Conrado Lobo
RG 2554297

Portador do protocolo
de fatura e. C10 3814
informe que a sua
aferição foi realizada
na ortopedia no dia
11º passado.

Foi elaborado em 23-2-16
muito obrigado

23/02/16

Dr. Waldemar Vasconcelos Júnior

CRM 1456



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029 CLINOR LTDA. João Pessoa - PB

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

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

WWW.CLINOR.COM.BR

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



COL TREV 25 2. FEB 2018 31

09 ABR. 2018



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Atencioso

Olá! Olá pro Dr. Pedro
Fernando: o Dr. Fernando
Cavallito - Botafogo - RJ 22542-812
Foi operado na metade
d'uma noite de 10/04
de sua fratura articular
esquerda
Em convalescência
e resultados são ótimos per-
mitindo uso moto e etc.

OTD 581.9

02/02/16

José Aimundo Lacerda dos Santos (CRM)

CRM 1456

CLINOR

WWW.CLINOR.COM.BR



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7655
SUL - Av. Walfrido Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

RECIBO
23 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Enseñanza Secundaria

Guarullo convolto con
Gino - RG 2554247
Portavoce Francesco
di Giulio c. 010 5814
Ritrovato per un
fratello per cercare
di ritrovarlo nel
motozappello che
gli appartiene.

For whom at the time 93-2-16
with Elmer

23/08/14

D. Agundo Sesconcelos Jordao

CRM 1450



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015-2029 NORTE DA, João Penteado
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226-7555
SUL - Av. Waldir Mamede Brandão, 1011 - 83 3235-4348

www.cnn.com/2003/tech

23 ABR. 2013

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

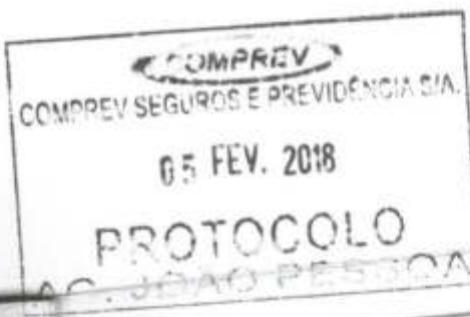
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JONAS BARBOZA COELHO		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR Nº: 2554297 SSP PB		
CPF: 008.878.344-85 DATA NASCIMENTO: 15/03/1982		
PAI: JONAS BARBOZA COELHO		
MÃE: MADALENA CARVALHO		
PERMISSÃO:	ACC:	CERTA:
NP. REGISTRO: 01979451595	VALIDADE: 14/10/2021	1ª HABILITAÇÃO: 20/09/2001
OBSERVAÇÕES: <i>Carmo Brasil Barboza</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL: JOÃO PESSOA, PB		DATA EMISSÃO: 18/10/2016
		FONE: 15818881084 PB033400539
DETRAN-PB (PARAÍBA)		

PRÓDUTO PLASTIFICAR

1404039661





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN

DETTRAN - PB	Nº 012650849373	
LA CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
COD. RENAVAN	BRT 20160000501443-9	
1 0052661197-9	00/00000000 2016	
ERIVANIO CARVALHO BARBOZA		
CPF/CNPJ	PLACA	
00887834485	OET5913/PB	
PLACA ANT. N°	EXPIRAÇÃO	
NOVO PB	9C2JC4110CR505702	
ESPECIE: MOTO		
PAS/MOTORCYCLE/VEIC. AGRIC.		GASOLINA
MARCA/Modelo:		ANO/FAB ANO/FICO
HONDA/CG 125 FAN KS		2012 2012
AP/PLA:	CAT/GRUPO	CLAS/PODE SER VENDIDA
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA
I P V A	IPVA PAGO EM	DATA
*****	21/11/2016	1° 2° 3°
PRÉMIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL		DATA DE CANCELAMENTO
*****	SEGUR	PAGO 21/11/2016
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
		0
JOÃO PESSOA - PB		DATA
19267		19/12/2016
		54402

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

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 www.segurodotransito.com.br OET5913/PB
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 19/12/2016

ERIVANIO CARVALHO BARBOZA

RENAVAN	MARCA / MODELO
1 00887834485	OET5913/PB
00526611979 HONDA/CG 125 FAN KS	
PRÉMIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	DATA DE CANCELAMENTO
2012 9	9C2JC4110CR505702
CUSTO DO BILHETE: R\$ 10,00	
*****	PAISAMENTO:
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO
*****	SEGUR
	PAGO

SEGURADORA LÍDER - 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 VÍTIMA DEAMBULA NORMALMENTE E NÃO HÁ SEQUELAS FUNCIONAIS OU DEFORMIDADES ANATÔMICAS
médico pericial: 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

Valorização 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".

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

Valorização 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: