
Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635165

Vítima: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635165

Vítima: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

Data do Acidente: 16/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 16/04/2019, emitido pelo Dr. UMBERTO JANSEN CRM nº 5769 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
705.763.814-03 Manoel Porfírio da Silva Neto

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

Nome completo: Manoel Porfírio da Silva Neto CPF: 705.763.814-03

Profissão: estudante Endereço: Rua Rei Davi Número: 75 Complemento:

Bairro: Grammares Cidade: São Ressoa Estado: PB CEP: 58067-226

E-mail: Tel.(DDD): (33) 93336-9380

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3487 CONTA: 00043641 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e Data, São Ressoa, 10 de setembro de 2019
Nome: Manoel Porfírio da Silva Neto
CPF: 705.763.814-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

MANOEL PORFÍRIO DA SILVA NETO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Antônio de Aquino Ramez
CPF: 061.419.334-67

Assinatura

2ª Nome: Leonardo H. Gonçalves Lima
CPF: 201.250.044-60

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09362.01.2019.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09362.01.2019.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 20:58 horas do dia 07 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Fernando Barboza de Carvalho, matrícula 1331868, e lavrado por Gilvanice Dias Rodrigues, Técnico Em Perícia, matrícula 1384163, ao final assinado, compareceu **Manoel Porfirio da Silva Neto**, CPF nº 705.763.814-03, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Miriã Costa Lopes e Marcelo Junior da Silva, natural de Belo Jardim/PE, nascido(a) em 25/10/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rei David, Nº 75, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Rua do Jarro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98828-9880.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Isaura Silveira Lira, Outros, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/04/19 09:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

na data, local e horário acima citado, quando trafegava com a moto de marca Honda/CG 125 Fan de cor preta, ano 2014/14 de placa QFB0747/PB, chassi 9C2JC4110ER804245; Que foi atingido por um veículo Fiat Argo de cor vermelha, não sabendo informar a placa; Que o noticiante foi levado para o hospital de trauma de Mangabeira por um veículo particular ficando apenas umas duas horas no atendimento; Que o noticiante recebeu o laudo do hospital de traumas de mangabeira e uma certidão de número 1365/2019

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de outubro de 2019.



Manoel Porfirio da Silva Neto
MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
705.763.814-03 Manoel Porfírio da Silva Neto

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

Nome completo: Manoel Porfírio da Silva Neto CPF: 705.763.814-03

Profissão: estudante Endereço: Rua Rei Davi Número: 75 Complemento:

Bairro: Gramame Cidade: São Ressoa Estado: PB CEP: 58067-226

E-mail: Tel.(DDD): (33) 93336-9380

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 3487 CONTA: 00043641 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e Data, São Ressoa, 10 de setembro de 2019
Nome: Manoel Porfírio da Silva Neto
CPF: 705.763.814-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

MANOEL PORFÍRIO DA SILVA NETO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Antônio de Aquino Rêgo
CPF: 061.419.334-67

Assinatura

2ª Nome: Leonardo H. Gonçalves Lima
CPF: 201.250.044-60

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

CERTIDÃO

Nº. 1365/2019

Atendendo solicitação de IGOR COELHO COSTA CRUZ e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº222080 pertencentes ao paciente **MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO** que foi atendido dia 16/04/2019 às 09H25min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em contuso em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e liberado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida

Médico Intensivista

CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883

PRI JRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COM: XO HOSPITALAR LANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 222080 Atd: Nao Regu
Data: 16/04/2019
Hora: 09:25:15
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.04.001899

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4123053 Fone: 988289880

Natural: BELO JARDIM/PE Data Nasc.: 25/10/1998 Id: 20 ano(s)

End.: RUA ASSIS FERREIRA DE LIMA, 128 SEM CNS

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MIRIA COSTA LOPES

Pai: MARCELO JUNIOR DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OFFICE-BOY

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

Tel/Doc. Responsavel: 988289880 / IDENTIDADE: 4123053

Procedencia: RESIDENCIA

FATURADO

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: 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

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO ENTRE MOTO E CARRO. TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HA E DM

030106006-1

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere colisão com moto. Cerca de 1 hora e meio, com uso de
curativo, refere dor em calcâneo direito e braço contuso estno em M.D.
Sintoma, vomito em parte de consumo. Nega medicação em uso e Alérgico
a nada que tenha no momento

Diagnostico

Conduta

Rx de Joelho D. Admitido
Rx de P. 2. AP + S.O. 400.
Prescrição de Analgésico.
Fome.
Sintoma?

Prescrição

Horario da medicacao

Volante O1 Ap F.M.

Prescrição em JOELHO D
+ ar em TAZ + BRTGO
R= 00
Rômney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

Data e Hora: | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi

0301060061



Nova Ficares? Consulte o Serviço Especial N° 900-283.267
Cód. para Bib. Automática: 00014938146

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	29/08/2019	27/09/2019	928.963.664-22

UC (Unidade Consumidora): 5/1486814-5

Canal de contato

[Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em \[saude.gov.br/vacina-brasil\]\(#\)](#)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/07/12	11832	26/06/13	11150	682	72	22

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base	ICMS(%)	Valor Base	ICMS(%)	Valor Base	ICMS(%)
				Base	ICMS(%)	Base	ICMS(%)	Base	ICMS(%)
0001	Consumo em kWh	77.300	0,027140	2.109	63,38	25	15,92	2.109	63,38
0001	Ass. B. Amarela			0,08	0,08	25	0,04	0,08	0,00
0001	Ass. B. Vermelha			4,23	4,23	25	1,06	4,23	0,04
LAVAMENTOS E SERVIÇOS									
0001	CONT. R. SERV. L. N. P. B. J. C. A.			2,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC DE 2018			0,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	RECURSOS PARA O CUSTEIO DE SERVIÇOS			0,23	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CGI - Código de Classificação do Item	TOTAL	88.22	59.00	17.00	82.00	3.73	3.78
Taxa de Tributos	0.5700000						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
2,2	05/09/2019	R\$ 69.32

Histórico de Consumo (kWh)

	7	15	22	29	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8
April	Apr 7	Apr 15	Apr 22	Apr 29	May 6	May 13	May 20	May 27	Jun 4	Jun 11	Jun 18	Jun 25	Jul 2	Jul 9

RESERVADO AO FISCO

0b4b 59ac 7348 591c 7eed 4c23 4f18 dd29

Indicadores de Qualidade 3/2010:7.indd 46

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	2,10	3,90	
DIC TRIMESTRAL	10,26		NORMAL
DIC ANUAL	20,77		
FEV MENSAL	2,20	1,00	CONTRATAÇÃO
FEV TRIMESTRAL	2,80		LIMITES INFERIORES
FEV ANUAL	63,30		LIMITES SUPERIORES
DMC	8,94	3,80	
DCA	12,22		

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Cist. e Esgoto:PF	17,16	24,28
Gerenciamento Energia	34,32	48,57
Serviço de Transmissão	6,86	9,71
Instalação de Redes	6,86	9,71
Manutenção de Redes e Esgoto	20,58	28,84
Gestão de Resíduos	5,27	7,42
Total	70,70	100,00

Valutazione degli indicatori del 2015 (tab. 1)

ATENÇÃO

-AVISO: Permanecendo em atraso da CEB (US ANTER CEB) a reintegração e a entrega dos materiais poderá ocorrer a qualquer momento até a expiração do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Ressalte Terão: Vencido 15/03/18 Res ANTEL nº 2.536 e Ant. Terão -4.40% Med. Ressalte Terão: Vencido 28/05/18 Res ANTEL nº 2.595 e Ant. Terão -4.37% Med. C. e p. de Confirmação

Faturas em atraso

Jul/19	73.08
--------	-------



IGOR

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JUL/2019

CÓDIGO MINHA OI
401492333020

VENC
02

Emissão
Perib



CTC RECIFE PE PL7
IGOR COELHO COSTA CRUZ
RUA HERONIDES RAMOS 18
EXPEDICIONARIOS
58041-120 - JOAO PESSOA - PB





7200039896 00000 000000000000 10 160719

SERVIÇOS UTILIZADOS	
OI MAIS	35,87
 OI MÓVEL	
TOTAL DE MENSALIDADES	35,87
TOTAL DA SUA FATURA	35,87

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF².

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

Sger Coelho Costa Cruz

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083499634 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Mamuel Porfírio da S. Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 405.763814 / 03

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mamuel Porfírio da S. Neto

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 405.763.814 / 03, 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 junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no 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. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Heronides Ramos</u>	Número: <u>18</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Cooperdicionários</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____		CEP: <u>58041-120</u>
		Tel.(DDD): <u>(83)98817-0941</u>

Local e Data: _____

João Pessoa - PB 12/11/19

Sger Coelho Costa Cruz

Assinatura do Declarante



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: _____

Alapinae. - 5 dias

*01 comprimido
de 8 em 8 horas*

12 horas de

08 noite OK

08:00 manhã OK 17.04.

08:00 noite

Assinatura e Carimbo

efalexina 6 em 6
horas 07 dias

12:00 ok

6:00 noite OK

06:00 manhã OK 17.04

12:00 meio dia OK

6:00 noite

12:00 meia noite

18.04

num mesula da. 12 em 12
05 dias

12:00 ok

meia noite OK

12.04.

12:00 meio dia OK

12:00 meia noite

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.123.053
DATA DE EXPEDIÇÃO	08/08/2013
NOME	MANOEL PORFÍRIO DA SILVA NETO
FILIAÇÃO	MARCELO JUNIOR DA SILVA MIRIA COSTA LOPES
NATURALIDADE	BELO JARDIM-PE
DATA DE NASCIMENTO	25/10/1998
DCC ORIGEM	CERT. NASC. Nº59107 - LIV.A-49 - FLS.97 - CARTORIO CARUARU-PE
CPF	705.763.814-09
 ASSINATURA DO DETENTOR DO DOCUMENTO	
LEI Nº 7.116 DE 24/08/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DESPESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
L-237	
 	
 ASSINATURA DO DETENTOR DO DOCUMENTO	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13516148

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

ASSINATURA DO PORTADOR

IGOR COELHO COSTA CRUZ

ASSINATURA

13516148

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
IGOR COELHO COSTA CRUZ

INSCRIÇÃO
25077

FILIAÇÃO
IVON PAULO CRUZ
VALERIA DE SOUZA COSTA CRUZ

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

RG
3.487.801 - SSS/PB

DATA DE NASCIMENTO
03/04/1992

CPF
083.499.634-00

EXERCÍCIO EM
01/03/2018

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014355701197

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 20190000079559-9

1 0101420390-0 00/00000000 2019

NOME

MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

CPF/CNPJ

70576381403

PLACA

QFB0747/PB

PLACA ANT/L

NOVO PB

9C2JC4110ER804245

ESPECÍFICO

FAS/MOTOCICLE/NAC APLIC

COMBUSTÍVEL

SASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FV8

2014

ANO MDC

2014

CAP/POU/CIL

2 P/124 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

VENG/COTAS

1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

31/01/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

JOAO PESSOA

DATA

01/03/2019

41521

19721

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014355701197 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 01/03/2019

VIA 1 CPF/CNPJ 70576381403 PLACA QFB0747/PB

RENAVAM 01014203900 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB/ CAT TARE 2014 9 Nº CHASSI 9C2JC4110ER804245

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) *****

SEGURO P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 31/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.609/0001-04

19721-1014030-20190301

012-2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635165 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635165 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635165 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO **Data do acidente:** 16/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Manoel Porfirio da Silva Neto
NACIONALIDADE: brasileiro **ESTADO CIVIL:** casado
PROFISSAO: desempregado **Nº DO RG:** 4.123.053
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 08/08/2013
Nº CPF: 705.763.314-03 **ENDEREÇO:** Rua Rei Davi,
75, Gramma, João Pessoa, Paraíba

OUTORGADO: Agar Celso Costa Cruz
NACIONALIDADE: brasileiro **ESTADO CIVIL:** solteiro
PROFISSAO: advogado **Nº DO RG:** 3.467.601
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 20/01/2012
Nº CPF: 033.499.634-09 **ENDEREÇO:** Rua Heronides Re-
mos, 18, Expedicionários, João Pessoa, Paraíba

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário Manoel Porfirio da Silva Neto, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 03 de maio de 20 13.

MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA AUGUSTO KUNTZEK, S/Nº - ERNESTO SEBEL - CEP 56075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (33) 3221-4078
Reconheço Por Autenticidade a firma de MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO, [122319], J. Pessoa-PB, 11/09/2019 14:47:51
Emol R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepj: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA.
Selo Digital AJC49804-X67X Consulte em
<https://selodigital.tpb.jus.br> cartorioceleida.com.br

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Manoel Porfírio da Silva Neto
NACIONALIDADE: brasileiro **ESTADO CIVIL:** casado
PROFISSÃO: desempregado **Nº DO RG:** 4.123.053
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 08/08/2013
Nº CPF: 705.763.314-03 **ENDEREÇO:** Rua Rei Davi,
75, Gramma, João Pessoa, Paraíba

OUTORGADO: Agar Celdho Costa Cruz
NACIONALIDADE: brasileiro **ESTADO CIVIL:** solteiro
PROFISSÃO: advogado **Nº DO RG:** 3.467.601
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 20/01/2012
Nº CPF: 033.499.634-09 **ENDEREÇO:** Rua Heronides Re-
mos, 18, Expedicionários, João Pessoa, Paraíba

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Manoel Porfírio da Silva Neto, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 03 de maio de 20 13.

MANOEL PORFÍRIO DA SILVA NETO
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA AUGUSTO KUNTZEK, S/Nº - ERNESTO SEBEL - CEP 56075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (33) 3231-4078
Reconheço Por Autenticidade a firma de MANOEL PORFÍRIO DA SILVA NETO, [122319], J. Pessoa-PB, 11/09/2019 14:47:51
Emol R\$9,91 Farpem: R\$0,29 Fepj: R\$1,98, ISS: R\$0,50. Em
test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA.
Selo Digital AJC49804-X67X Consulte em
<https://selodigital.tpb.jus.br> cartorioceleida.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397551/19

Vítima: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

CPF: 705.763.814-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/04/2019

Titular do CPF: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IGOR COELHO COSTA CRUZ : 083.499.634-09

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

MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO : 705.763.814-03

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: 12/11/2019
Nome: IGOR COELHO COSTA CRUZ
CPF: 083.499.634-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

IGOR COELHO COSTA CRUZ

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA