



Número: **0810836-49.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **2º Juizado Especial Cível da Capital**

Última distribuição : **05/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO (AUTOR)		IGOR COELHO COSTA CRUZ (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31473848	11/06/2020 12:44	2725866_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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,

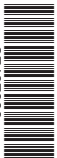
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15107941

Pag. 01455/01456 - carta_01 - INVALIDEZ

00020728





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00135/00136 - carta_31 - INVALIDEZ

00070068



Carta nº 15118543



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: 705.763.814-03 Nome completo da vítima: 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 Pessoa Estado: PB CEP: 53067-226

E-mail: _____ Tel.(DDD): (33) 93338-0380

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

(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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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 Pessoa, 10 de Setembro de 2019

Nome: Manoel Porfírio da Silva Neto

CPF: 705.763.814-03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Suelio Moreira Torres CPF: 061.419.334-67

Assinatura

2ª Nome: Leonardo H. Gonçalves Assinatura CPF: 061.250.044-60

Assinatura

(*) 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 Porfírio 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de outubro de 2019.



MANOEL PORFÍRIO DA SILVA NETO
MANOEL PORFÍRIO DA SILVA NETO
Noticiante

Procedimento Policial: 09362.01.2019.1.02.009



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: 705.763.814-03 Nome completo da vítima: 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 Pessoa Estado: PB CEP: 53067-226

E-mail: _____ Tel.(DDD): (33) 93338-0380

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

(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 Pessoa, 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)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Suelio Moreira Torres CPF: 061.419.339-67

Suelio Moreira Torres

Assinatura

2ª | Nome: Leonardo H. Gonçalves Assunção CPF: 061.250.044-60

Leonardo H. Gonçalves Assunção

Assinatura

(*) 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

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere colisão com moto. Cerca de 1 hora e meio, com uso de
gesso, Refere dor em calcâneo direito e braço contuso em M.D.
sinistra, Vem da casa para o trabalho. Nega melhora em Uro e Allerg
quando foi tratado no 3º andar

Diagnostico

Condução

Rx de Joelho D e A
Rx de R e L de Ombro
Apresenta lesão ligamentar.

Prescrição

Horario da medicação

Valerina 0,1mg 3x/dia

Forti
Permanente em 100mg
+ az em 1mg + Biotin
R= 01

Romney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

em 100mg + 1mg + 1mg



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



CICERO MOREIRA FILHO
RUA REI OMAR, 78, L 51 Q 45 C8 B - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58067228 (Aq. S)



Ligação: MONOFÁSICO
Cta/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Pctars: 18 - S - 819 - 8183
Medidor: 00003319583
Referência: Ago / 2019
Emissão: 29/08/2019

ENERGISA PARAIBA - SUBST. DE UCRAS DE ENERGIA SA
R-220 Km 25 - Distrito Reitoria - Joao Pessoa / PB - CEP: 58071-600
CNPJ: 08.965.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.025-0
Nº de Fatura / Cota de Energia Estima Nº 000.000.000
Cód. para Deb. Automático: 00014868145

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Ago / 2019	29/08/2019	27/09/2019	929.963.664-49 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1486814-5

Canal de contato

Ajuda-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em:
ajuda.gov.br/vacina-brasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
29/07/19	11027	29/08/19	11100		72	31

Demonstrativo									
U.C.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Imp. Trib.	Imp. Pto. Cons.	Imp. Pto. Fatores	Imp. Pto. Outros
		Tributos (Trib. ICMS/IR)		Tributos (Trib. ICMS/IR)		Tributos (Trib. ICMS/IR)		Tributos (Trib. ICMS/IR)	
0801	Consumo em kWh	77.320	0.827140	63.89	63.89	25	15.50	63.89	0.85
0801	Aqd. B. Amarela	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0801	Aqd. B. Verde	4.23	4.23	25	1.06	4.23	0.04	0.04	0.01
LAVAMENTOS E SERVIÇOS									
0901	CONTRIB SERV LUM PUBLICA	2.72	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC DE 2018	0.37	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0999	BÔNUS TAIPU LEI 10438/2003 DTZ 25-18	1.23	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
C.C. - Cotação de Classificação do Agente				TOTAL	66.21	66.21	0.00	66.21	0.75
Taxes e Tributos				0.570099					

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
52	05/09/2019	R\$ 69,32

Histórico de Consumo (kWh)

7	14	21	28	35	42	49	56	63	70	77	84	91	98	105	112
Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20	Out/20	Nov/20	Dez/20	Jan/21

RESERVADO AO FISCO
0b4b.59ac.7348.591c.7eed.4c23.4118.dd29.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo			
9/2019 - Período						
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%	
OTOMENSAL	5.10	3.90	NOMINAL	Serviço de Entrega Energética	17.16	24.77
OTOMENSAL	11.38			Campanha de Energia	04.45	6.42
OTOMENSAL	20.72	1.00	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	00.00	0.00
OTOMENSAL	3.30			Serviço de Distribuição	00.00	0.00
OTOMENSAL	8.60	3.30	LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	00.00	0.00
OTOMENSAL	12.30			Outros Serviços	00.00	0.00
OTOMENSAL	14.42	LIMITE SUPERIOR		TOTAL	70.70	100.00

Valores em R\$ (R\$ 9/2019) R\$ 21.12

Valor do Bônus (Ref. 8/2019) R\$ 01.16

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso as C.B. (OS ALTERAÇÕES) não será possível o fornecimento de energia elétrica a qualquer momento até o restituição do valor devido. Solicite Tarifa - Vigência 29/08/18 Res ANEEL nº 2.598 - Atua Tensão - 4.40% Med. Resquite Tarifa - Vigência 29/08/18 Res ANEEL nº 2.598 - Atua Tensão - 4.40% Med. - Letura confirmada.

Faturas em atraso

Jul/19 73.08



	IGOR	FATURA DE JUL/2019	VENC 02
CHEGOU SUA FATURA DA OI. Acesse www.oi.com.br/MinhaOi		CÓDIGO MINHA OI 401492333020	Emitir Perito



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



00010557



7200039896 00000 000000000000 10 160719

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

12/11/2019 15:34



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: 4020-1596 / 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 Isger 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 405.763.814 / 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>Cooperdionários</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

Isger 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 12:04

08:00 noite

Assinatura e Carimbo



efalexia 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

memória 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

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº59107 - LIV.A-49 - FLS.97 - CARTORIO CARUARU-PE

CNPJ 705.763.814-09
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DETENTOR DO DOCUMENTO

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

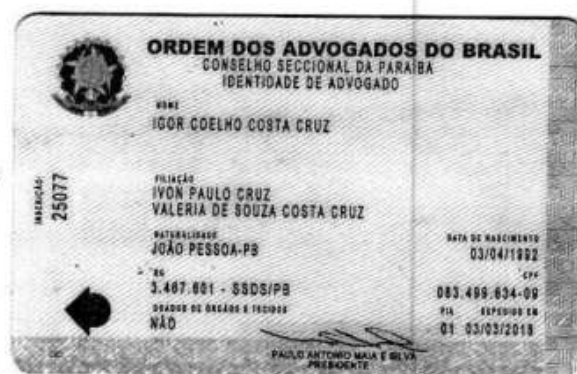
L-237



Manoel Porfírio da Silva Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014355701197
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 20190000079558-8
1 0101420390-0 00/00000000 2019

NOME: MANOEL PORFIRIO DA SILVA NETO

CNPJ 70576381403 PLACA QFB0747/PB

PLACA ANT/LP NOVO PB 9C2JC4110ER804245

ESPECIE VEH FAS/MOTOCICLE, NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS 2014 2014

CAP/FOL/CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1ª VENC/COTAS

FAIXA IPVA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** 31/01/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JOAO PESSOA - RUA 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 NÃO - 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 CNPJ 70576381403 PLACA QFB0747/PB
1 01014203900 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB 2014 CIL 9 9C2JC4110ER804245

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

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

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

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.603/0001-04
19721-1014030-20190301

8102-230



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 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: Agos Caldeira 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: 033.459.634-09 **ENDEREÇO:** Rua Heronides Re-
mos, 18, Expedicionários, João Pessoa, Paraíba

PODERES:

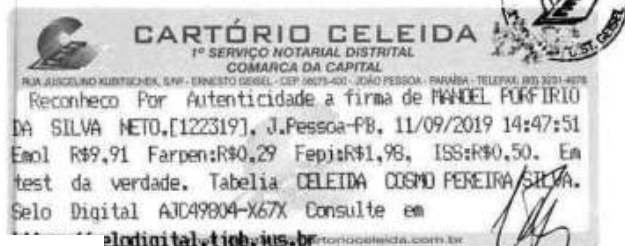
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Manoel Porfírio da Silva Neto, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, 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 19.



MANOEL PORFÍRIO DA SILVA NETO
Assinatura

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



elodi@tjpb.jus.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: Dgor Calhvo 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: 033.459.634-09 **ENDEREÇO:** Rua Heronides Re-
mos, 18, Expedicionários, João Pessoa, Paraíba

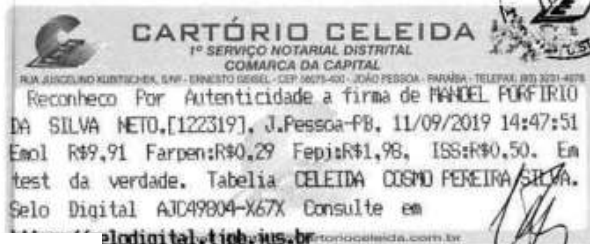
PODERES:

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 19.

Assinatura

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



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

