

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Nº Sinistro: 3180363688

Vitima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Data do Acidente: 29/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180363688**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13215652



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 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 AS:

CPF da vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Buarcio de Andrade Farias Alves

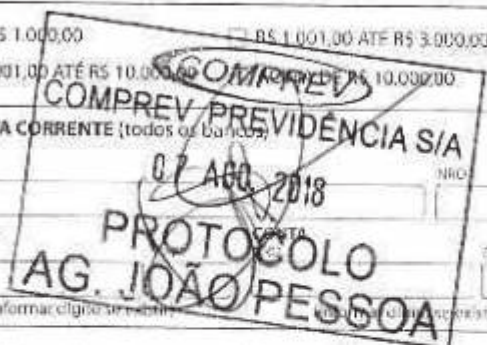
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--|----------------------|--------------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Buarcio de Andrade Farias/ Ana | 092.202.307-71 | Solteira/Estudante |
| Endereço | Complemento | |
| Moradia Felipe de Andrade, Rua Profeta, 15/n | | |
| Bairro | Cidade | Estado |
| Jardim Ceonira | Caldeirão | PB |
| Email | CEP | Telefone (DDD) |
| | 58000-000 | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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"/> RECLUSO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA | D/V | CONTA | D/V |
| 3069 | | 01444.1/300 | |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| BANCO: _____ NOME: _____ | | | |
| AGÊNCIA: _____ NOME: _____ | | | |



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

João Pessoa 13 de 03 de 2018

Local e Data

Buarcio de Andrade F. Alves Ana Maria Felipe de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 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 AS:

CPF da vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Buarcio de Andrade Farias Alves

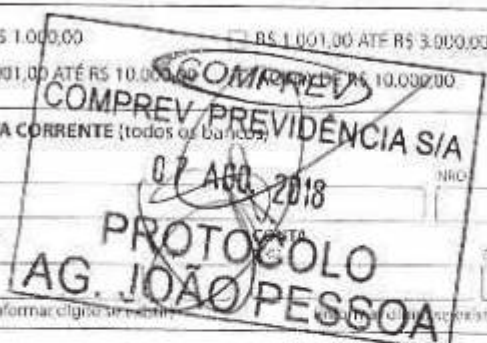
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--|----------------------|----------------|
| Nome completo | CPF titular da conta | Profissão |
| Buarcio de Andrade Farias/ Ana | 092.202.307-71 | sem/Estudante |
| Endereço | Complemento | |
| Moradia Felipe de Andrade, Rua Profeta, 15/n | | |
| Bairro | Cidade | Estado |
| Jardim Ceonira | Caldeirão | PB |
| Email | CEP | Telefone (DDD) |
| | 58000-000 | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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"/> RECLUSO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) | | | |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) | | | |
| AGÊNCIA | D/V | CONTA | D/V |
| 3069 | | 01444.1/300 | |
| (Informar, digite se existir) | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | |
| BANCO: | | | |
| AGENCIA: | | | |
| (Informar, digite se existir) | | | |



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

João Pessoa 13 de 03 de 2018

Local e Data

Buarcio de Andrade F. Alves Ana Maria Felipe de Andrade

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00599.01.2018.1.03.007

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00599.01.2018.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:49 horas do dia 01 de março de 2018, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Antonio Carlos dos Santos, Agente de Investigação, matrícula 1372793, ao final assinado, compareceu **Ana Maria Felipe de Andrade**, CPF nº 092.202.307-71, nacionalidade brasileira, identidade de gênero feminino, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Manoel Felipe de Andrade, natural de Umbuzeiro/PB, nascido(a) em 13/09/1977 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Oceania Vi, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98614-7862.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Jair Cunha, Rua de Terra, Próximo a Estação de Trens., Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/08/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

CONTA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, TRAFEGAVA NO BANCO DO CARONA DA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q, PHOENIX, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACAS OEY 0511/PB, CHASSI LXYYCBL02E0517089, LICENCIADO EM NOME DE JOSE ARIMATEIA DE BRITO EVANGELISTA, CONDUZIDA PELO PRIMO GILSON RIDAN, QUE NA ALTURA DA ESTAÇÃO DO JACARÉ, OUVU A COLISÃO DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA, DEVIDO AOS BURACOS EXISTENTES NAQUELA LOCALIDADE, QUE DEVIDO O IMPACTO O MENOR SOFREU ALGUNS FERIMENTOS PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO, COMO CONSTA EM CERTIDÃO Nº 1593/2017, APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA.

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.

Cabedelo/PB, 01 de março de 2018.



Ana Maria Felipe de Andrade
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
Noticiante



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 Kaericio de Andrade Farias Alves CPF da Vítima 092.202.307-71 Data do acidente 29/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Ana Maria Felipe de Andrade CPF do Representante legal 092.202.307-71
E-mail _____ Telefone (DDD) _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

Kaericio de Andrade F. Alves Ana Maria Felipe de Andrade
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulado
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862 Num. Prontuario: 2017.08.004425
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, OOSEM CARTAO DO SUS
Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB
Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: MAE RESPONSAVEL
Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX
Vitima de violencia por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOGES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

*COLISAO MOTO X MOTO, TRAVAVA EM MSE. NECA
CABECA E TORAX!*

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

Fx de osso do antebraço E

Conduta

Rx de pulso @ 10°C + 10°C

Prescricao

Horario da medicacao

*Medicacao imediata 4 Endobil. genox 500mg 1x ao dia
2 AINES*

2 AINES

2 AINES

2 AINES

-Painel da Buro maxillofacial
Carlos A. V. Galvão Filho
Buro Maxilo-Facial
Implantação 2013

ANA MARIA FILIPE DE ANDRADE
JANILSON SILVA DE LIMA
CARLOS EDUARDO DE LIMA

Endereço: 1900-1019 Referência: Fev/2018
Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MÓDULO 1
Número: 11-12-243-0300 Nº medidor: 000894185

ENERGISA PARCELAS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.000.000/0001-45 Endereço: 18-15-15700-0

Não Fatura: 00000000000000000000000000000000
Cód. para D.E. Automático: 0161202070

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CNPJ/CNPJ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Fev/2018 | 19/02/2018 | 20/03/2018 | 9220230771 |

UC (Unidade Consumidora): 5/1302070-6

Canal de contato
Seu cliente não tem acesso para chamar um técnico de manutenção. Para solicitar um técnico de manutenção, o cliente deve entrar em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) da ENERGISA, pelo telefone 0800 083 0196, ou pelo e-mail atendimento@energisa.com.br.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------|
| 00000000000000000000000000000000 | 00000000000000000000000000000000 | 00000000000000000000000000000000 | 00000000000000000000000000000000 | 00 |

| Demonstrativo | | | | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Descrição | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor | Valor |
| 1.000 - FORTALECIMENTO | 2,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.001 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.002 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.003 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.004 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.005 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.006 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.007 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.008 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.009 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 1.010 - FORTALECIMENTO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CC: 00000000000000000000000000000000 TOTAL 109,18 0,00 20,88 0,00 110,00 0,00

Média últimos meses (KWh) 132 **VENCIMENTO 26/02/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 109,18**

| Histórico de Consumo (KWh) | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1.000 | 1.001 | 1.002 | 1.003 | 1.004 | 1.005 | 1.006 | 1.007 | 1.008 | 1.009 |
| 1.010 | 1.011 | 1.012 | 1.013 | 1.014 | 1.015 | 1.016 | 1.017 | 1.018 | 1.019 |

RELEVADO AO FISCAL 80e7 9042.4386 ba16 a09a 918f 7d24 7e70.

| Indicadores de Qualidade | | | |
|--------------------------|---------|----------------------|--|
| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |
| DESEMPENHO | 100 | 100 | |

ATENÇÃO Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140
Nº do Medidor: 00008162618

Referência: JUN/18
Emissão: 15/06/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-030
CNPJ 09.295.113/0001-40 Ins. Est. 16.515.827-6

Nº Fator/Custo de Energia Elétrica
Nº 006.035.941

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002600126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

CANAL DE CONTATO

- Constatamos em nossos arquivos pagamento em duplicidade de fatura de energia elétrica. Estamos efetuando a devolução do valor pago a maior, conforme valores exibidos no Demonstrativo abaixo.

- 4/2018 R\$ 153,83

| Indicadores de Qualidade 04/2018 - Conjunto Ilha do Bispo | | LIMITE DE TENSÃO (V) | |
|---|---------|----------------------|-----|
| LIMITES DA ANEEL | APURADO | NOMINAL | 220 |
| DIC MENSAL 4,95 | 0,00 | CONTRATADA | |
| DIC TRIMESTRAL 0,91 | | LIMITE INFERIOR | 202 |
| DIC ANUAL 19,62 | | LIMITE SUPERIOR | 231 |
| FIC MENSAL 9,23 | 0,00 | | |
| FIC TRIMESTRAL 6,47 | | | |
| FIC ANUAL 13,0 | 0,00 | | |
| DM-C 2,77 | | | |
| DICI 12,22 | | | |

DIC nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICI nº de interrupções individuais ocorridas em dia crítico. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito a compensação f. direito do consumidor solicitada a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CNPJ 09.295.113/0001-40

IND. EST. 000000000000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | VALOR (R\$) | % |
|------------------------------------|-------------|--------|
| SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGIA | 51,99 | 20,89 |
| COMPRA DE ENERGIA | 14,21 | 5,79 |
| SERVIÇO DE TRANSMISSÃO | 1,81 | 0,74 |
| ENCARGOS SELO | 14,21 | 5,79 |
| ENCARGOS DE FORTES | 26,35 | 10,62 |
| IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS | 0,00 | 0,00 |
| OUTROS SERVIÇOS | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL | 243,54 | 100,00 |

- Valor do Serviço de Base do Sistema de Distribuição (SBS) 04/2018: R\$ 52,54

CONTA REFERENTE A

JUN/18

| ANTERIOR | ATUAL | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | CONSTANTE | CONSUMO DIAS |
|----------|-------|----------|---------|------|---------|-----------|--------------|
| 15/05/18 | 0940 | 14/06/18 | 8222 | - | 782 | 20 | |

APRESENTAÇÃO

20/06/2018

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

16/07/2018

FATURAS EM ATRASO

25/05/2018 203,33

DEMONSTRATIVO

| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa c/ Tributos | Valor Total (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Aliq. ICMS (%) | ICMS (R\$) | Base Calc. PIS/COFINS (R\$) | PIS (R\$) (0,9085%) | COFINS (R\$) (4,1484%) |
|------|-------------------------------|------------|--------------------|-------------------|-----------------------|----------------|------------|-----------------------------|---------------------|------------------------|
| 0001 | Consumo em kWh | 282,000 | 0,727860 | 205,26 | 205,26 | 27 | 55,42 | 205,26 | 1,84 | 8,51 |
| 0001 | Adic. B. Amarela | | | 2,20 | 2,20 | 27 | 0,59 | 2,20 | 0,02 | 0,09 |
| 0001 | Adic. B. Vermelha | | | 9,71 | 9,71 | 27 | 2,62 | 9,71 | 0,08 | 0,40 |
| | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 0007 | CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA | | | 9,77 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0099 | PAGTO DUPLICIDADE (-) 04/2018 | | | -153,83 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CCI: Código de Classificação do Item Total: 73,11 217,17 56,83 217,17 1,95 9,00

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) leitura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade de dívida, suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se a conta não estiver na unidade consumidora para comprovante. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) leitura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Leitura confirmada.

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 244 | 212 | 221 | 171 | 113 | 132 | 203 | 257 | 267 | 266 | 202 | 204 |
| JUN/17 | JUL/17 | AGO/17 | SET/17 | OUT/17 | NOV/17 | DEZ/17 | JAN/18 | FEB/18 | MAR/18 | ABR/18 | MAY/18 |

Reservado ao FISCO

cb39.4add.93c3.37f5.c133.897b.b9dd.28f1.460.2018

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83650000000-2 73110149000-1 02800122018-6 06300001019-7



DESTAQUE

Paraíba

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

MATRÍCULA

280012-2018-06-3



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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Gomes, inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laércio de Andrade Alves, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Individez da Vítima
Laércio de Andrade Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90, 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 da República</u> | | Número <u>390</u> | Complemento |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58010-180</u> |
| Email | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |

João Pessoa, 31 de 07 de 2018
Local e Data

Flaviana da Silva Gomes
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Arimatea de Brito Evangelista,
RG nº 2696135, data de expedição 20/07/1989,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 052.143.854-39, com
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projéctado, nº b/n,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Laercio de Andrade Farias, Alves, cujo o condutor era
Gilson Ridan da Silva.
Veículo: Moto Shineray XY 500
Modelo: _____
Ano: 2014
Placa: OEY 0511/PB
Chassi: LXXXCBLO2E0517089
Data do Acidente: 29/08/2017
Local e Data: João Pessoa, 18/07/2018

Figueiredo
Dornelas
Soc. Adv.

 Robson Rogério Alexandre Martins
Assinatura do Declarante

x Gilson Ridan da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral

1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis
Rua Adalberto Magalhães, 17 - Centro - CEP: 53010-000 - Cabedelo - PB
Fone: (31) 3211-1442

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

JOSE ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA

Em test. da verdade, Cabedelo-PB 18/07/2018 13:51:50

Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto

[2018-007217]EMUL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHB58165-139D

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



29-

CERTIDÃO

Nº. 1593/2017

Atendendo solicitação de ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº56845 pertencente a LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES que foi atendido dia 29/08/2017 às 13H01min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura antebraço esquerdo. Realizado imobilização medicação e liberado.

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

João Pessoa, 20 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulado
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, OOSEM CARTAO DO SUS
Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB
Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.08.004425

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE RESPONSAVEL
Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX

Vitima de violencia por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOGES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

*COLISAO MOTO X MOTO, TRAVAVA EM MSE. NECA
CABECA E TORAX!*

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

Fx de osso do antebraço E

Conduta

Rx de pulso @ 10°C + 10°C

Prescricao

Horario da medicacao

*Medicacao analgetica 4 Endol. genox 500mg 1x ao dia
2 AINES*

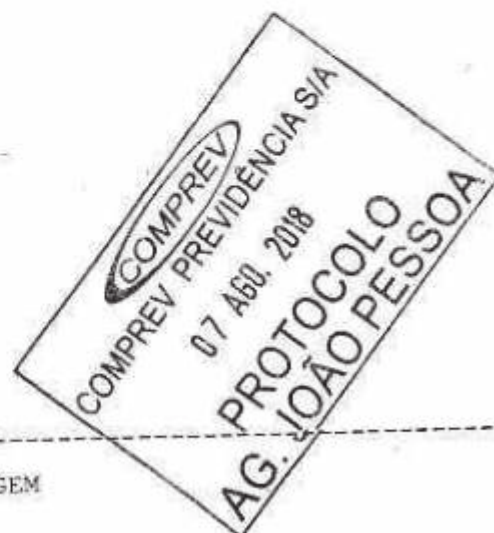
3 Omeprazol

4 APT

-Painel da Buro maxillo

*Carlos A. V. Galvão Filho
Endo-Maxilo-Facial
Implantologia
2013*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030101007-2

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Ana Maria Felipe de Freitas

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030101007-2
030101007-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917




Laércio de Andrade Farias Alves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 4.233.702

DATA DE EXPEDIÇÃO 20/03/2014

NOME LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

PAZ SEVERINO DE FARIAS ALVES

MATERNIDADE MARIA FELIPE DE ANDRADE

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 04/04/2002

TIPO DE PESSOA-PB

LOCAL DE ORIGEM

ASC.N.23.507 FLS.216 LIV.A-23

MUNICÍPIO AROEIRAS-PB

CPF 08.260.624-90

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

07 A60. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Nascimentos, Casamentos e Óbitos

Estado da Paraíba
MUNICÍPIO DE AROEIRAS

Selma Santos de Lima Registradora
Regina Coeli Santos Lima de Araújo-
Substituta

A Registradora de Nascimentos, Casamentos e Óbitos, da Cidade de Aroeiras, Município e
Comarca de igual nome, do Estado da Paraíba, abaixo assinada, na forma da Lei, etc.

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 216 do livro nº A -23 sob Nº de Ordem 23.507 foi
lavrado o assento do nascimento de: LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, do sexo
masculino, nascido no dia quatro de abril de dois mil e dois (04/04/2002) às 13:40 horas, no
Hospital Edson Ramalho, em João Pessoa-PB.

Filho de: Severino de Farias Alves e Ana Maria Felipe de Andrade.

São avós Paternos: José Vicente Alves e Josefa de Farias Alves e avós Maternos: Manoel
Felipe de Andrade e Severina Maria da Conceição.

O assento foi lavrado em 06 de março de 2003, tendo sido declarante a própria mãe.

Serviram de testemunhas: José Paulo de Oliveira e Rita Maria da Conceição.

Observações: A presente certidão envolve elementos de Averbação à margem do termo"

O referido é verdade e dou fé.

Aroeiras, 28 de maio de 2008

Selma Santo de Lima
Registradora

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Regina Coeli S. L. de Araújo - Substituta
Rua Neco de Andrade, 60 - Aroeiras
FONE: (83) 3398-1063
CNPJ: 35.492.990/0001-07

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA
07 ABU. 2018

ANA MARIA FELIPE D
RUA PROJETADA, SN-
CABEDELO - PB CEP: 58

07/Ago.

LOT. 13, 12927
LOCALIDADE: C
RG. VINCULADA

COM
ENERGI

VALOR DO PAGAR

13 VIA

0001 Consumo em MW
0001 Adc. B. Amaria

0001 CONTRIBUIÇÃO
0004 JURCS DE MOR
0005 MULTA 06/2017

CDI Códigos Classif

Média últimos meses
125

143 | 135 | 1
Jun/17 Mai/17 Abr

RESERVADO AG
da

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

ABR
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

PLUNGAN
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1994

CPF
046.079.424-09

RG
2671190 - SSP/PB

DATA DE EMISSÃO E VALIDADE
01/12/2008

SIN
JOSE MARO PORTO JUNIOR
PROFESSOR

15540

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **07841734**

USO CIENTÍFICO
IDENTIFICAR E VIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13 da Lei nº 8.732/93)

AB

Assinatura do portador
Flaviana da Silva Câmara

07841734

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427254268

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0107638941-1 00/00000000 2016

JOSE ARIMATEA DE B EVANGELISTA

05214385439

OBY0511/PB

NOVO

PB

LXYXCBL02E0517089

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

GASOLINA

I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

2013

2014

2 P/49 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA ISENTO

00/00/0000

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO

PAGO

22/01/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA - PB

42277

05/02/2016

14516

PB Nº 012427254268

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodetran.pb.gov.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016

05/02/2016

1 05214385439

OBY0511/PB

01076389411

I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

2013

9

LXYXCBL02E0517089

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICF (R\$)

SEGURO

PARCELAMENTO (R\$)

PAGO

☐ SETA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

22/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.800/0001-01

www.seguradoralider.com.br

14516-1057530-20160205

052-2015

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P. 912

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



João Arimatea de Brito Evangelista
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECURSO DEFERIDO 2696135

DATA DE EXPEDIÇÃO 20 SET. 1959

NOME JOSÉ ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA
João Rodrigues Evangelista

FILIAÇÃO Maria Lucia de Brito Evangelista

João Pessoa - PB 08.02.1982
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. nº 29.962, fls. 003, Liv. 31-A
2ª Cart. João Pessoa - PB

CPF João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.116 DE 29/08/53



Proprietário da motocicleta

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|---|--|--------------------------------------|---|
| ESTADO DA PARAIBA | | REGRISTRO GERAL | DATA DE EXPEDIÇÃO |
| SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL | | 2.320.367 - 2 VIA | 01/11/2007 |
| INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA | | NOME | ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE |
| DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO | | FILIAÇÃO | MANOEL FELIPE DE ANDRADE SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO |
| 06 | | NATURALIDADE | DATA DE NASCIMENTO |
|  | | UMBUZEIRO-PB | 13/09/1977 |
|  | | DCC ORIGEM | NASC.N.6798 FLS.185 LIV.A7 |
| <i>Ana Maria Felipe de Andrade.</i> | | CARTÓRIO DE AROEIRAS | |
| ASSINATURA DO TITULAR | | CPF | 092.207.307-71 |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE | | Assinatura do Diretor | |

Representante Legal

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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.

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 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ALVES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
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.

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 |

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Nº Sinistro: 3180363688

Vitima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

Data do Acidente: 29/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180363688**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13215652



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 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 AS:

CPF da vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Buarcio de Andrade Farias Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|--|--|----------------------|--------|---------------|--|
| Nome completo | | CPF titular da conta | | Profissão | |
| Buarcio de Andrade Farias/ Ana | | 092.202.307-71 | | Sem/Estudante | |
| Endereço | | Número | | Complemento | |
| Morra Felipe de Andrade, Rua Profeta, 15/n | | | | | |
| Bairro | | Cidade | Estado | CEP | |
| Jardim Ceonira | | Caldeirão | PB | 58000-000 | |
| Email | | Telefone (DDD) | | | |
| | | | | | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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"/> RECLAMAR INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> + DE R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | | <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 07 AGO 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA </div> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| AGENCIA 3069 | D/V 01444.1/300 | AGENCIA 01444.1/300 | D/V 01444.1/300 |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |

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

João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

☒ Buarcio de Andrade F. Alves
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

☒ Ana Maria Felipe de Andrade
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 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 AS:

CPF da vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Buarcio de Andrade Farias Alves

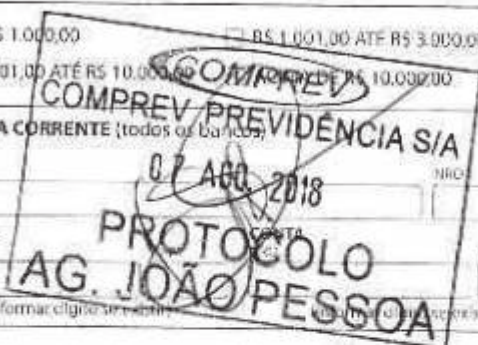
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---|--|----------------------|--|----------------|--|
| Nome completo | | CPF titular da conta | | Profissão | |
| Buarcio de Andrade Farias/ Ana | | 092.202.307-71 | | Sem/Estudante | |
| Endereço | | Número | | Complemento | |
| Morra Felipe de Andrade, Rua Profeta da, 15/n | | | | | |
| Bairro | | Cidade | | Estado | |
| Tardim Ceonina | | Cabelelo | | PB | |
| Email | | CEP | | Telefone (DDD) | |
| | | 58000-000 | | | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - 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"/> RECLAMAR 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 checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| AGÊNCIA | D/V | CONTA | D/V |
| 3069 | | 01444.1/300 | |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |



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

João Pessoa 13 de 03 de 2018

Local e Data

☒ Buarcio de Andrade F. Alves
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

☒ Ana Maria Felipe de Andrade
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00599.01.2018.1.03.007

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00599.01.2018.1.03.007, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:49 horas do dia 01 de março de 2018, na cidade de Cabedelo, no estado da Paraíba, e nesta 7ª Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por Antonio Carlos dos Santos, Agente de Investigação, matrícula 1372793, ao final assinado, compareceu **Ana Maria Felipe de Andrade**, CPF nº 092.202.307-71, nacionalidade brasileira, identidade de gênero feminino, filho(a) de Severina Maria da Conceição e Manoel Felipe de Andrade, natural de Umbuzeiro/PB, nascido(a) em 13/09/1977 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, bairro Jacaré, tendo como ponto de referência Oceania Vi, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98614-7862.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Jair Cunha, Rua de Terra, Próximo a Estação de Trens., Cabedelo/PB, bairro Jacaré; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/08/17 11:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

CONTA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, TRAFEGAVA NO BANCO DO CARONA DA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q, PHOENIX, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACAS OEY 0511/PB, CHASSI LXYYCBL02E0517089, LICENCIADO EM NOME DE JOSE ARIMATEIA DE BRITO EVANGELISTA, CONDUZIDA PELO PRIMO GILSON RIDAN, QUE NA ALTURA DA ESTAÇÃO DO JACARÉ, OUVU A COLISÃO DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA, DEVIDO AOS BURACOS EXISTENTES NAQUELA LOCALIDADE, QUE DEVIDO O IMPACTO O MENOR SOFREU ALGUNS FERIMENTOS PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA ONDE FOI ATENDIDO, COMO CONSTA EM CERTIDÃO Nº 1593/2017, APRESENTADA NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA.

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.

Cabedelo/PB, 01 de março de 2018.



Ana Maria Felipe de Andrade
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
Noticiante



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: Kaericio de Andrade Farias Alves CPF da Vítima: 092.202.307-71 Data do acidente: 29/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--|---|
| Nome completo do Representante Legal <u>Ana Maria Felipe de Andrade</u> | CPF do Representante legal <u>092.202.307-71</u> |
| E-mail | telefone (DDD) |

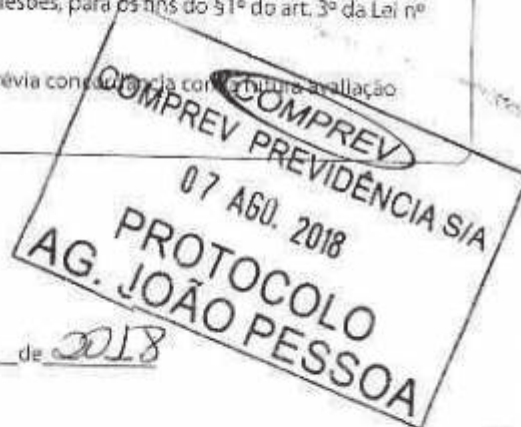
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo ao Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



João Pessoa 13 de 03 de 2018
Local e Data

Kaericio de Andrade F. Alves Ana Maria Felipe de Andrade
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulado
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, OOSEM CARTAO DO SUS
Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB
Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.08.004425

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE RESPONSAVEL
Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX

Vitima de violência por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOGES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

*COLISAO MOTO X MOTO, TRAVAVA EM MSE. NECA
CABECA E TORAX!*

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

Fx de osso do antebraço E

Conduta

Rx de pulso @ 10°C + 10°C

Prescricao

Horario da medicacao

Medicacao analgetica 4 Endol. genex 400mg 1x 100mg 4x ao dia

2 Analg.

3 Analg.

4 Analg.

-Painel da Buro maxillo

*Carlos A. V. Galvão Filho
End. Maxilo-Facial
Implantação 2193*

ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
JANUÁRIA S. L. D. C. (CNPJ 07.000.000/0001-00)
ARIEL DO PAZ S. L. D. C. (CNPJ 07.000.000/0001-00)

Endereço: 1907-010 Referência: Fev/2018
Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL NOVO/ASCOM 220V Am 25-Conto: Bateria: Uma Pessoa: PB - CEP: 50100-000
Relatório: 11-12-243-0300 N° medidor: 500894185

ENERGISA PARCELAS-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.000.000/0001-45 Endereço: 18-12-5000-0

Não Fica: 1-Conto: Bateria: 500894185
Cód. para B.O. Automático: 0161202708

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CNPJ/CNPJ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Fev/2018 | 19/02/2018 | 20/03/2018 | 9220230771 |

UC (Unidade Consumidora): 5/1302070-6

Canal de contato
Seu cliente pode encontrar informações sobre a energia elétrica em:
- Portal: www.energisa.com.br
- Central de Atendimento: 0800 083 0196
- Central de Atendimento: 0800 083 0196
- Central de Atendimento: 0800 083 0196
- Central de Atendimento: 0800 083 0196

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------|-------|-----------|---------|------|
| 0000 | 0000 | 0000 | 0000 | 00 |

| Demonstrativo | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|
| Descrição | Valor | Valor | Valor | Valor |
| 2001 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2002 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2003 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2004 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2005 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2006 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2007 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2008 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2009 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2010 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2011 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2012 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2013 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2014 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2015 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2016 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2017 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2018 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2019 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2020 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2021 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2022 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2023 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2024 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2025 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2026 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2027 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2028 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2029 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2030 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2031 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2032 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2033 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2034 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2035 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2036 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2037 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2038 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2039 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2040 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2041 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2042 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2043 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2044 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2045 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2046 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2047 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2048 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2049 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2050 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2051 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2052 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2053 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2054 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2055 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2056 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2057 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2058 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2059 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2060 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2061 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2062 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2063 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2064 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2065 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2066 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2067 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2068 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2069 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2070 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2071 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2072 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2073 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2074 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2075 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2076 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2077 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2078 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2079 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2080 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2081 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2082 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2083 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2084 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2085 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2086 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2087 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2088 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2089 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2090 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2091 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2092 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2093 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2094 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2095 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2096 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2097 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2098 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2099 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2100 - CONTRIBUIÇÃO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CO. Cópia de Classificação: 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL / Monofásica
Roteiro: 007-0001-409-3140
Nº do Medidor: 00008162618

Referência: JUN/18
Emissão: 15/06/2018



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-030
CNPJ 09.285.113/0001-40 Ins. Est. 16.515.827-0

Nº Fatura/Código de Energia Elétrica

Nº 006.085.941

Atendimento ao Cliente ENERGISA
Ao ligar, tenha sempre em mãos a conta.



0800 083 0196

Ligação gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002800126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

CANAL DE CONTATO

- Constatamos em nossos arquivos pagamento em duplicidade de fatura de energia elétrica. Estamos efetuando a devolução do valor pago a maior, conforme valores exibidos no Demonstrativo abaixo.

- 4/2018 R\$ 153,83

Indicadores de Qualidade 04/2018 - Conjunto Iluminação Básico

| LIMITES DA ANEEL | APURADO | LIMITE DE TENSÃO (V) |
|---------------------|---------|----------------------|
| DIC MENSAL 4,95 | 0,00 | NOMINAL 220 |
| DIC TRIMESTRAL 0,91 | | CONTRATADA |
| DIC ANUAL 19,62 | | LIMITE INFERIOR 202 |
| FIC MENSAL 3,23 | 0,00 | LIMITE SUPERIOR 231 |
| FIC TRIMESTRAL 6,47 | | |
| FIC ANUAL 19,0 | | |
| DM-C 2,77 | 0,00 | |
| DICI 12,22 | | |

DIC nº de horas que o cliente ficou sem energia. FIC nº de vezes que o cliente ficou sem energia. DMIC duração, em horas, da maior interrupção de energia no período. DICI nº de interrupções individuais ocorridas em um ciclo. Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito a compensação financeira do consumidor sobrita, a qualquer tempo, e a separação dos indicadores de qualidade.

DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CNPJ 09.285.113/0001-40

INSC. EST. 16.515.827-0

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| EXPLICAÇÃO | VALOR (R\$) | % |
|------------------------------------|-------------|--------|
| SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA | 51,90 | 22,89 |
| COMPRA DE ENERGIA | 14,21 | 6,29 |
| SERVIÇO DE TRANSMISSÃO | 7,81 | 3,47 |
| ENCARGOS DE FORTES | 14,21 | 6,29 |
| IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS | 28,35 | 12,59 |
| OUTROS SERVIÇOS | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL | 226,54 | 100,00 |

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (UESD) R\$ 53,54

CONTA REFERENTE A

JUN/18

| DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | CONSTANTE | CONSUMO DIAS |
|----------|---------|----------|---------|-----------|--------------|
| 15/05/18 | 0940 | 14/06/18 | 8222 | 1 | 262 20 |

APRESENTAÇÃO

20/06/2018

DATA PREVISTA DA PROXIMA LEITURA

16/07/2018

FATURAS EM ATRASO

25/05/2018 203,38

DEMONSTRATIVO

| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa c/ Tributos | Valor Total (R\$) | Base Calc. ICMS (R\$) | Aliq. ICMS (%) | ICMS (R\$) | Base Calc. PIS/COFINS (R\$) | PIS (R\$) COFINS (R\$) | PIS (R\$) COFINS (R\$) |
|------|-------------------------------|------------|--------------------|-------------------|-----------------------|----------------|------------|-----------------------------|------------------------|------------------------|
| 0001 | Consumo em kWh | 282,000 | 0,727860 | 205,26 | 205,26 | 27 | 55,42 | 205,26 | 1,84 | 6,51 |
| 0001 | Adic. B. Amarela | | | 2,20 | 2,20 | 27 | 0,59 | 2,20 | 0,02 | 0,09 |
| 0001 | Adic. B. Verde | | | 9,71 | 9,71 | 27 | 2,62 | 9,71 | 0,00 | 0,40 |
| | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| 0007 | CONTRIB SERVILUM.PÚBLICA | | | 0,77 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0999 | PAGTO DUPLICIDADE (-) 04/2018 | | | -153,83 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | -0,00 |

CCI: Código de Classificação do Item Total: 73,11 217,17 56,83 217,17 1,95 0,00

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade de dívida, suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovarem. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Leitura confirmada.

Média últimos meses (kWh)

217

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 244 | 212 | 221 | 171 | 113 | 132 | 203 | 257 | 267 | 256 | 202 | 204 |
| JUN/17 | JUL/17 | AGO/17 | SET/17 | OUT/17 | NOV/17 | DEZ/17 | JAN/18 | FEB/18 | MAR/18 | ABR/18 | MAY/18 |

Reservado ao FISCO

cb39.4add.93c3.37f5.c133.8976.b9dd.2811.460.2018

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

Roteiro: 007-0001-409-3140

83650000000-2 73110149000-1 02800122018-6 06300001019-7



DESTAQUE 2

Paraíba

VENCIMENTO

27/06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

MATRÍCULA

280012-2018-06-3



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Amorim, inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laércio de Andrade Alves, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Individez da Vítima
Laércio de Andrade Alves, inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90, 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 da República</u> | | Número <u>390</u> | Complemento |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58010-180</u> |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |

João Pessoa, 31 de 07 de 2018
Local e Data

Flaviana da Silva Amorim
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Arimatea de Brito Evangelista,
RG nº 2696135, data de expedição 20/07/1989,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 052.143.854-39, com
domicílio na cidade de Cabedelo, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projetado, nº 6/n,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Guercio de Andrade Farias, Alves, cujo o condutor era
Gilson Ridan da Silva.
Veículo: Moto Shineray XY 500
Modelo: _____
Ano: 2014
Placa: OEY 0511/PB
Chassi: LXXXCBLO2E0517089
Data do Acidente: 29/08/2017
Local e Data: João Pessoa, 18/07/2018

Figueredo
Dornelas
Srs. Vítimas

 Robson Rogério Alexandre Martins
Assinatura do Declarante

x Gilson Ridan da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Figueredo Dornelas Serviço Notarial e Registral

1º Ofício de Notas e Provisão de Registro Imobiliário
Rua do Natal, 17 - Centro - CEP: 53110-000 - Cabedelo - PB
Fone: (31) 3211.2242

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

JOSE ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA

Em test. da verdade, Cabedelo-PB 18/07/2018 13:51:50

Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto

[2018-007217]EMOL:R\$ 19,48 FARPEN:R\$ 0,28 FEPO:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AHB8165-139D

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





CERTIDÃO

Nº. 1593/2017

Atendendo solicitação de ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº56845 pertencente a LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES que foi atendido dia 29/08/2017 às 13H01min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura antebraço esquerdo. Realizado imobilização medicação e liberado.

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

João Pessoa, 20 de outubro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Regulado
Data: 29/08/2017
Hora: 13:01:25
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4233702 Fone: 986147862 Num. Prontuario: 2017.08.004425
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/04/2002 Id: 15 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, OOSEM CARTAO DO SUS
Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB
Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE Pai: SEVERINO DE FARIAS ALVES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: MAE RESPONSAVEL
Tel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO SAMU O PACIENTE

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM JACARE PROX

Vitima de violencia por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOGES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

*COLISAO MOTO X MOTO, TRAVAVA EM MSE. NECA
CABECA E TORAX!*

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Diagnostico

Fx de osso do antebraço E

Conduta

Rx de pulso @ 10°C + 10°C

Prescricao

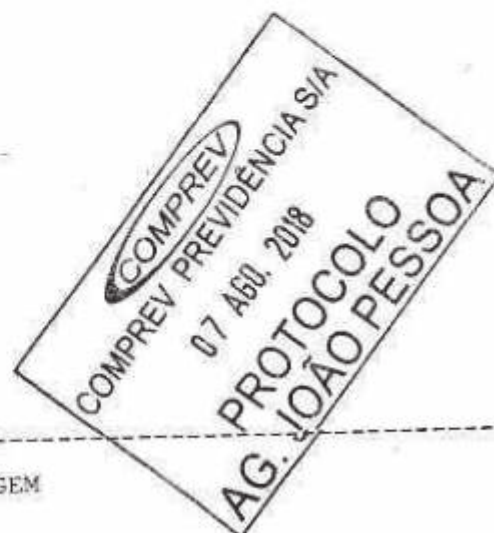
Horario da medicacao

*Medicacao analgetica 4 Endol. genex 400mg 1x ao dia
2 AINES
3 Omeprazol
4 100mg*

-Painel da Buro maxillo

*Carlos A. V. Galvão Filho
Endo-Maxilo-Facial
Implantação 2193*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030101007-2

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Ana Maria Felipe de Fátima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030101007-2
030101007-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917




Laércio de Andrade Farias Alves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 4.233.702

DATA DE EXPEDIÇÃO 20/03/2014

NOME LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES

PAZ SEVERINO DE FARIAS ALVES

MATERNIDADE MARIA FELIPE DE ANDRADE

NACIONALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 04/04/2002

TIPO DE PESSOA-PB

LOCAL DE ORIGEM

NASC.N.23.507 FLS.216 LIV.A-23

MUNICÍPIO AROEIRAS-PB

CPF 08.260.624-90

TIPO DE PESSOA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

07 A60. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Nascimentos, Casamentos e Óbitos

Estado da Paraíba
MUNICÍPIO DE AROEIRAS

Selma Santos de Lima Registradora
Regina Coeli Santos Lima de Araújo-
Substituta

A Registradora de Nascimentos, Casamentos e Óbitos, da Cidade de Aroeiras, Município e
Comarca de igual nome, do Estado da Paraíba, abaixo assinada, na forma da Lei, etc.

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 216 do livro nº A -23 sob Nº de Ordem 23.507 foi
lavrado o assento do nascimento de: LAÉRCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES, do sexo
masculino, nascido no dia quatro de abril de dois mil e dois (04/04/2002) às 13:40 horas, no
Hospital Edson Ramalho, em João Pessoa-PB.

Filho de: Severino de Farias Alves e Ana Maria Felipe de Andrade.

São avós Paternos: José Vicente Alves e Josefa de Farias Alves e avós Maternos: Manoel
Felipe de Andrade e Severina Maria da Conceição.

O assento foi lavrado em 06 de março de 2003, tendo sido declarante a própria mãe.

Serviram de testemunhas: José Paulo de Oliveira e Rita Maria da Conceição.

Observações: A presente certidão envolve elementos de Averbação à margem do termo"

O referido é verdade e dou fé.

Aroeiras, 28 de maio de 2008

Selma Santo de Lima
Registradora

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Regina Coeli S. L. de Araújo - Substituta
Rua Neco de Andrade, 60 - Aroeiras
FONE: (83) 3398-1063
CNPJ: 35.492.990/0001-07

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA
07 ABR. 2018

ANA MARIA FELIPE D
RUA PROJETADA, S/N -
CABEDELO - PB CEP: 58

07/Ago.

LOT. 13, 12927
LOCALIDADE: C
AB. VINCULADA

COM
ENERGI

VALOR DO PAGAR

13 VIA

0001 Consumo em M
0021 Adc. B. Amort

0001 CONTRIBUIÇÃO
0004 JUROS DE MOR
0005 MULTA 06/2017

CDI Códigos Classif

Média últimos meses
125

142 | 135 | 1
Jun/17 Mai/17 Abr

RESERVADO AG
da

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

ABR
FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

PLUNGAN
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
15/09/1954

CPF
046.079.424-09

RG
2671190 - SSP/PB

DATA DE EMISSÃO E VALIDADE
01/12/2008

SIN
12/01/2009

JOSE MARCO ANTONIO JUNIOR
PROFESSOR

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **07841734**

USO CIENTÍFICO
IDENTIFICAR CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.739/93)

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
Flaviana da Silva Câmara

PROFISSIONAL

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427254268

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 0107638941-1 00/00000000 2016

JOSE ARIMATEA DE B EVANGELISTA

05214385439

OBY0511/PB

NOVO

PB

LXYXCBL02E0517089

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

GASOLINA

I/SHINERAY XY500 PHOENIX

2013

2014

2 P/49 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA ISENTO

00/00/0000

0

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO

PAGO

22/01/2016

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB

42277

05/02/2016

14516

PB Nº 012427254268

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodetran.pb.gov.br

SAC DPVAT 0800 822 1204

2016

05/02/2016

1

05214385439

OBY0511/PB

01076389411

I/SHINERAY XY500 PHOENIX

2013

9

LXYXCBL02E0517089

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREM (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

ICF (R\$)

SEGURO

JORNALIZACAO (R\$)

PAGO

☐ SETA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE EMISSÃO

22/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.298.800/0001-01

www.seguradoralider.com.br

14516-1057530-20160205

052-2015

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P. 912

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



João Arimatea de Brito Evangelista
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECURSO DEFENSOR 2696135

DATA DE EXPEDIÇÃO 20 SET. 1959

NOME JOSÉ ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA
Filiação João Rodrigues Evangelista
Mãe Maria Lucia de Brito Evangelista

João Pessoa - PB 08.02.1982
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. nº 29.962, fls. 003, Liv. 31-A
2ª Cart. João Pessoa - PB

CPF João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.116 DE 29/08/53

BRASIL LIVRE

Proprietário da motocicleta

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|---|--|--------------------------------------|---|
| ESTADO DA PARAIBA | | REGISTRO GERAL | DATA DE EXPEDIÇÃO |
| SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL | | 2.320.367 - 2 VIA | 01/11/2007 |
| INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA | | NOME | ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE |
| DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO | | FILIAÇÃO | MANOEL FELIPE DE ANDRADE SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO |
| 06 | | NATURALIDADE | DATA DE NASCIMENTO |
|  | | UMBUZEIRO-PB | 13/09/1977 |
|  | | DCC ORIGEM | NASC.N. 6796 FLS.185 LIV.A7 |
| <i>Ana Maria Felipe de Andrade.</i> | | CARTÓRIO DE AROEIRAS | |
| ASSINATURA DO TITULAR | | CNPJ | 092.207.407-71 |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE | | Assinatura do Diretor | |

Representante Legal

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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.

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 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180363688 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES **Data do acidente:** 29/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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.

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 PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Kaericio de Andrade Farias Alves, representado por Ana Maria
Nacionalidade: Felipe de Andrade, Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 2.320.367
CPF: 092.202.307-71
Profissão: Arquiteto
Endereço: Rua Profetado, D/n, Jardim Oceania
CEP: 58310000
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silva Amorim
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 2671190
CPF: 048.079.624-69
Profissão: advogada
Endereço: R. da Republica, nº 390, Centro
CEP: 58010-180
Telefone: (83) 98873-0310

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Kaericio de Andrade Farias Alves

* f. Amorim, 13/03/2018
Local e data

* Ana Maria Felipe de Andrade
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Figueirido Dornelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis
Rua ... 100 - ... - ... - ...

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) ...
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
En test. da verdade. Cabedelo-FB 19/06/2018 11:19:40
Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto
[2018-006228]EMUL:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJkt: 1,75 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: A6Z40758-VCHN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)


OUTORGANTE:

Nome: Laercio de Andrade Farias Alves, representado por Ana Maria
Nacionalidade: Felipe de Andrade, Brasileira
Estado Civil: solteiro
Identidade: 2.320.367
CPF: 092.202.307-71
Profissão: Trabalha
Endereço: Rua Profetado, D/N, Jardim Oceania
CEP: 58310000
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: Flaviana da Silva Amorim
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: solteira
Identidade: 2671190
CPF: 048.079.624-69
Profissão: advogada
Endereço: R. da Republica, nº 390, Centro
CEP: 58010-180
Telefone: (83) 98873-0310

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Laercio de Andrade Farias Alves

 f. Amorim, 13/03/2018
Local e data

Ana Maria Felipe de Andrade
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Figueiró Dorneles Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis
Rua Maria Figueiró, 10 - Centro - CEP: 58010-180 - João Pessoa - PB

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:
ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE
En testada verdade. Cabedelo-PB 19/05/2018 11:19:40
Robson Rogério Alexandre Martins - Proposto
[2018-006228]EMUL:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,75 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: A6Z40758-VCHN
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>