



Número: **0804028-27.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **25/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>LAERCIO DE ANDRADE FARIAS ALVES (AUTOR)</b>	<b>FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31668 774	18/06/2020 11:54	<a href="#"><u>2726697_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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

Pag. 00581/00582 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 Sistério da AS:

CPF da vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Bueno de Andrade Farias Alves

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Bueno de Andrade Farias / Ana	092.202.307-71	Son/Estudante
Endereço	Número	Complemento
Maria Felipa de Andrade, Rua profeta, 12/n		
Toril Oeonha	Cidade	Estado
	Cidade	Estado
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58000-000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> PTE 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
<b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name			
ITAU (341)			
07 AGO. 2018			
NRO.			
<b>PROTÓCOLO</b>			
AG. JOÃO PESSOA			
Local e Data			

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

*João Pessoa* 13 de 03 de 2018  
Local e Data

*Bueno de Andrade F. Alves* *Ana Maria Felipa de Andrade*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001-VOL1/2017





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221296 (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/fornecedores.

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").

Journal of Clinical Anesthesia 1998

CPF da Vítima  
092.202.307-71

Nome completo da vítima  
*Lauricio de*

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CRM/RN da conta	Profissão
<b>Lúcio de Andrade Farias/ Ana</b>		<b>092.202.302-71</b>	<b>Soy/Estudante</b>
Endereço		Número	Complemento
<b>moria Felipe de Andrade, Rua profeta, 15/n</b>			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<b>Jardim Oeonias</b>	<b>Caledelo</b>	<b>PB</b>	<b>58000-000</b>
Email	Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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 ACIMA DE 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 ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	DATA	
3069	01444.1/500	07/AGO/2018	
Informar dia e mês			
Informar dia e mês			

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

\*baixei de Android 4.0

Campo 2 - Assinatura do Reconhecimento 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 7<sup>a</sup> Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías 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, N° 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 TRANSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

CONTA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE LAÉRCIO DE ANDRADE FARIA ALVES, TRAFEGAVA NO BANCO DO CARONA DA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q, PHOENIX, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACAS OEEY 0511/PB, CHASSI LXYXCBL02E0517089, LICENCIADO EM NOME DE JOSE ARIMATEIA DE BRITO EVANGELISTA, CONDUZIDA PELO PRIMO GILSON RIDAN, QUE NA ALTURA DA ESTAÇÃO DO JACARÉ, OUVE A COLISÃO DE FRENTES 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 POLICIA.

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.

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS  
Agente de Investigação



ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

Noticiante



1/1



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Karenio de Andrade Faro 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>
Email		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:

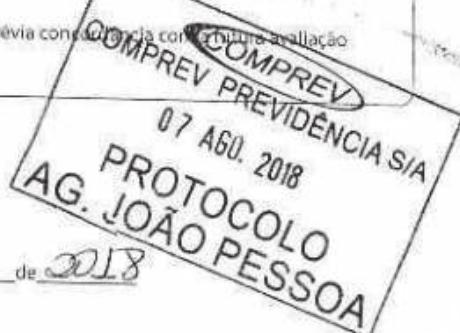
Assinalar uma das opções abaixo:

- 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 da respectiva pedida.

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 Lider 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 consulta da comissão médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

J. Pessoa, 13 de 03  
Local e Data



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

DAT. 001 06/2017



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

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Reguladoc  
Data: 29/08/2017  
Hora: 13:01:25  
Recepção: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2017.08.004425

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, 00SEM 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 violência por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

Queixa Principal

Observacao

COLISAO moto + moto , TRAVESSA EM MSE . NELE COMPREV PREVIDENCIA SIA  
CABECA & TORAX !

História - Exame Físico - (hora 07:42:578 - 07/08/2018 - momento medico)

Diagnóstico

Fix de ouvido esquerdo E

Conduta

Fix de ouvido esquerdo E

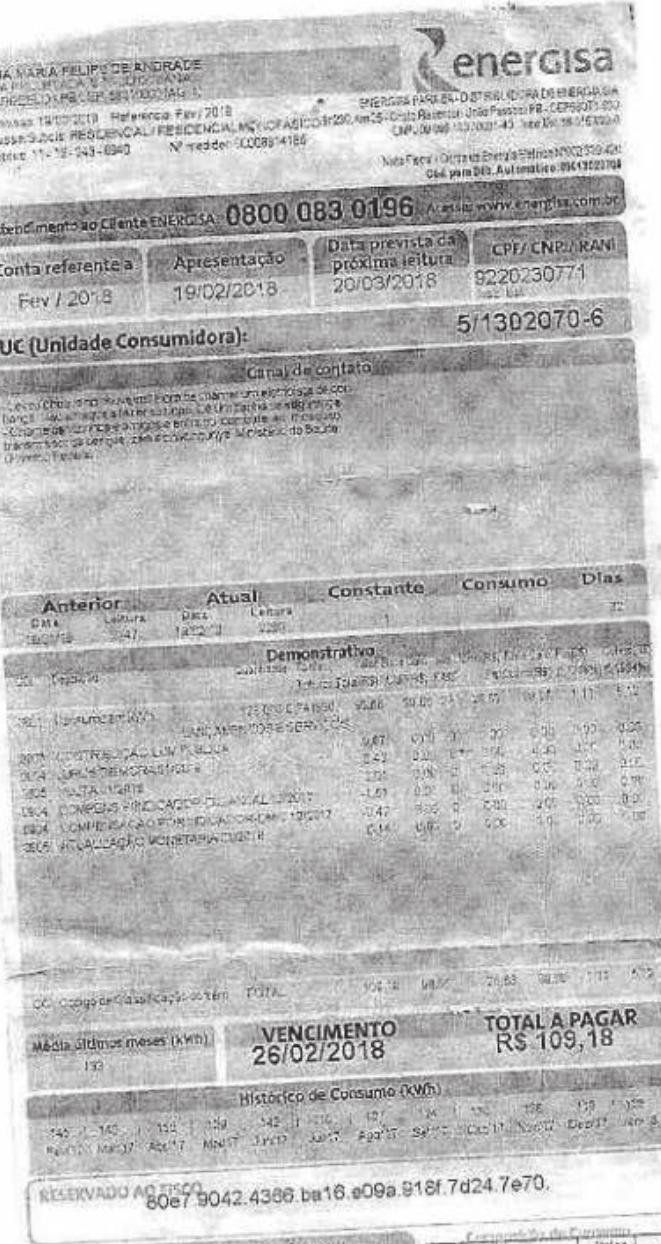
Prescrição

Medicação diariamente 4 Endobil gelatina bem hidratada e em caso de dor claudice.

② AINES

③ Drenagem

Carlos A. V. Salvão Filho  
20061811540348400000030367504  
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504  
Número do documento: 20061811540348400000030367504



RESERVADO AO FISCO  
80e79042-4386-ba16-e09a-91af-7d24-7e70

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
LIGAÇÕES	11,00	11,00	11,00
TIPOX GERAL	10,28	10,28	10,28
TIPOX	11,17	11,17	11,17
TIPOX MUNICIPAL	9,93	10,00	10,00
FCT-UNIVERSITÁRIA	10,24	10,24	10,24
RELAÇÃO	12,52	12,52	12,52
DNA	12,17	12,17	12,17

Opcionamiento	Valor	%
Total	133.15	100,00
Administracion de la Planta	20,00	15,00
Comisiones de Venta	20,00	15,00
servicio de Transporte	10,00	7,50
Salarios Salariales	40,00	30,00
Impuestos y Derechos	40,00	30,00
Otros Servicios	0,00	0,00

**ATENÇÃO:**

[www.ams.org](http://www.ams.org)

**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 0 Referência: JUN/18  
Nº do Medidor: 00008162618 Emissão: 15/06/2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-030  
CNPJ 05.898.193/0001-49 INSC Est. 16.215.823/0  
Nota Fiscal/Curto De Energia Elétrica  
Nº 006 083 941

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

#### Indicadores de Qualidade

04/2018 - Conjunto: Ilha da Bacia

LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	4,95	0,00
DIC TRIMESTRAL	9,81	
DIC ANUAL	19,62	
FIC MENSAL	9,23	0,00
FIC TRIMESTRAL	9,47	
FIC ANUAL	13,0	
DMIC	2,91	0,00
DCDI	12,22	

DiCmº 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. DCDA: fatura da interrupção individual ocorrida em dia trófico. Possíveis valores imprecisos aparecem acima das padronizações da unidade consumidora no plíccardo direito trófico. Possíveis valores imprecisos aparecem acima das padronizações da unidade consumidora no plíccardo direito trófico. A compensação é dentro do consumo total, e quando temos, a variação dos indicadores de qualidade

#### DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CNPJ/CPF/RN: 38522191403

INSC. EST: 30000000000

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

EXPLICAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVICO DE DISTRIBUICAO DA ENERGISA	51.94	22,92
COMPRA DE ENERGIA	74.31	33,70
SERVICO DE TRANSMISSION	7.71	3,43
ENCARGOS DE TERRAS	14.21	6,26
IMPOSTOS, RETOS E ENCARGOS	78.35	34,82
OUTROS SERVICOS	1,00	0,00
TOTAL	225.54	100,00

- Valor do Bônus de uso da Balaia de Distribuição (BHD) 04/2018: R\$ 52,54

#### CONTA REFERENTE A

ANTERIOR	ATUAL
DATA LEITURA 15/05/18 5940	DATA LEITURA 14/06/18 6322

JUN/18

#### APRESENTAÇÃO

20/06/2018

#### DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

16/07/2018

#### FATURAS EM ATRASO

25/05/2018 203,38

#### DEMONSTRATIVO

CCN Descrição	Quantidade	Tarifa d. Tributos	Valor Total (R\$)	Base Cac. ICMS (R\$)	Altro ICMS	ICMS (R\$)	Base Cac. Pis/Cofins (R\$) [0,9085%]	Pis (R\$) Cofins (R\$) [4,1484%]
0001 Consumo em kWh	282.000	0,727880	205,28	205,28	27	56,42	205,28	1,84 0,51
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	2,02	9,71	0,00 0,40
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007 CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			9,77	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

CCN: Código de Classificação do Item

Total: 73,11 217,17 56,83 217,17 1,95 8,00

#### ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) inferior(es) acima relacionado(s) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento "após" essa data não remove a possibilidade da possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou os débitos pagos não sejam na unidade consumidora para comprová-los. Caso(s) de fatura(s) pagas não sejam na unidade consumidora para comprová-los. Caso(s) de fatura(s) pagas não sejam na unidade consumidora para comprová-los.

Fatura sujeita à inutilização em função de prejuízo ao crédito no caso de inadimplência + fatura confirmada.

#### Média últimos meses (kWh)

217

#### VENCIMENTO

27/06/2018

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 73,11

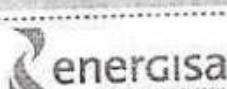
#### HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

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 JANEIRO FEVEREIRO MARÇO ABRIL MAIO 2018

Reservado ao FISCO

cb39.4add.93c3.37f5.c133.8976.b9dd.2811460, 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULIA

27/06/2018

R\$ 73,11

2800122018-06-03



27/06/2018

13



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Floriana de Sálo Osmoro inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fábio Henrique de Andrade Ferreira Alves inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Indenizável, da Vítima  
Fábio Henrique 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua da República</u>	<u>Fábio Pessoa</u>	<u>390</u>	
Bairro		Estado	CEP
<u>Centro</u>		<u>PB</u>	<u>58010-180</u>

Fábio Pessoa, 31 de 07 de 2018  
Local e Data

Floriana de Sálo Osmoro  
Assinatura do Declarante

Floriana de Sálo Osmoro  
01/07/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504>  
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 9

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José 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 Projeto, 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 Laura de Andrade Farias, Alves, cujo o condutor era Gilson Ribeiro da Silveira.

Veículo: Moto Shineray XY 500

Modelo:

Ano: 2014

Placa: 0EY0511/PB

Chassi: LXXXCBL92E0517089

Data do Acidente: 29/08/2017

Local e Data: João Pessoa, 18/07/2018



José Arimatea de Brito

Assinatura do Declarante

Gilson Ribeiro da Silveira

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



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Rodoviário

1º Ofício de Notas e Privativas no Registro Imobiliário

Rua Frederico Magalhães, 22 - Centro - CEP 58010-000 - Cabedelo - PB

Fone/Fax: (83) 3261-1142

Reconheci, como autêntica e verdadeira, assim firmado: S/ BETI

JOSÉ ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA

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

Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto

2018-007217ENOLRS #9,48 FARFENR# 0,28 FEPJ:R# 1,90 ISS:R# 0,47

SELO DIGITAL: AN00165-1390

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





99-

## 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 FARIA 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 Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de outubro de 2017

Rosangela 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. TARCISTO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 56845 Atd: Nao Reguladoc  
Data: 29/08/2017  
Hora: 13:01:25  
Recepção: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIAS ALVES Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2017.08.004425

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, 00SEM 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 violência por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito			

Queixa Principal

Observacao

COLISAO moto + moto , TRAVESSA EM MSE . NELE COMPREV PREVIDENCIA SIA  
CABECA & TORAX !

História - Exame Físico - (hora 07:42:578 - 07/08/2018 - momento medico)

Diagnóstico

Fixo onda de cutâneo E

Conduta

Rx d'jxa C u C + E

Prescrição

Ordeuna diante e Inobil. genetx bem qd p/ corpo ou elende.

② AINES

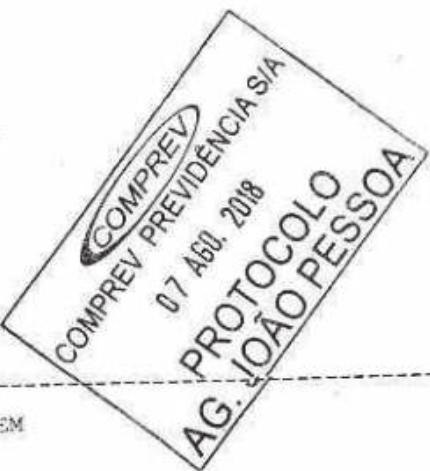
③ Dextro

-Painel da Buro maxilton Neto

Carlos A. V. Salvão Filho  
Doutor Medicina  
2009-2010  
Início: 02/2009



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

030106007-2

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Ana Maria de Oliveira de Freitas

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

0301060061  
0301060068





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504>  
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 14

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: LAERCIO DE ANDRADE FARIA 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.

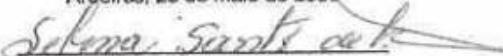
São avós Paternos: José Vicente Alves e Josefa de Farias Alves e avós Maternos: Manoel Felipe de Andrade e Severina Maria da Conceição.

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) 3398-1053  
CNPJ: 35.492.990/0001-07

07 AGO. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
COMPROMISSO  
PRIVACIA  
CONFIDENCIAL  
PROVINCIA SIA

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

07/Ago.

LOT, 13.12927  
LOCALIDADE: C.  
AG. VINCULADA

COMI  
ENERGI

VALOR DO PAGAI

8  
1

19 VIA

0201 Consumo em MV  
0201 Adm. B. América

0201 CONTRIBUIÇÃO  
0204 JUROS DEMOR  
0205 MULTA E IRONIZ

CCD Código de Classific

Média últimos mese  
125

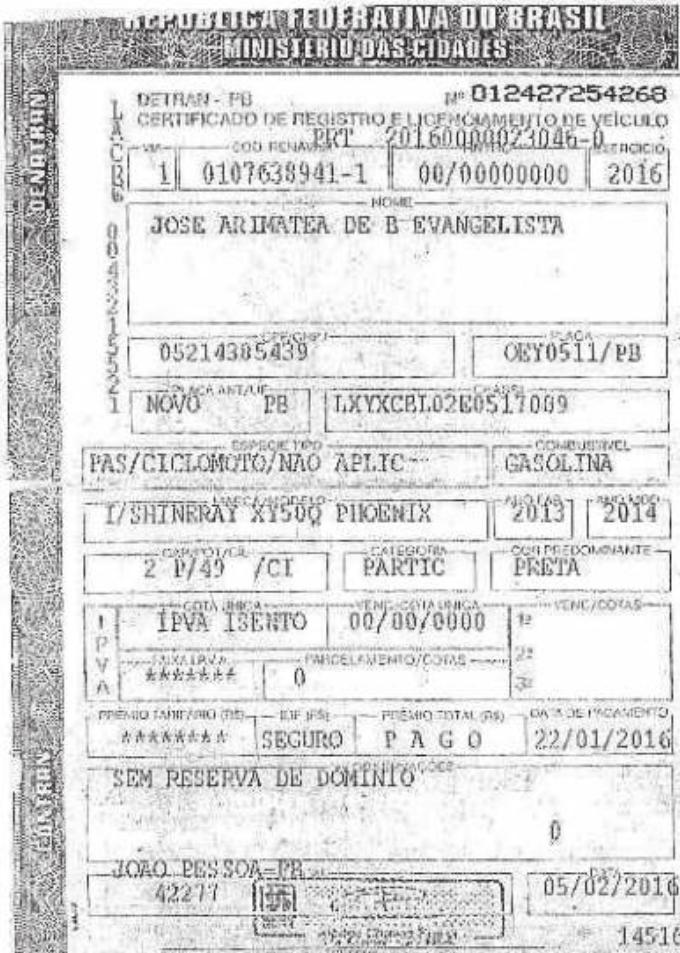
142 | 126 | 1 | 1  
Jun17 Mai17 Abr

RESERVADO AQU



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504>  
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 16



SEGURIDAD VIAL DE LOS PESO MÁS CAUSADOS POR LOS DIFERENTES TIPOS DE AUTOMÓVILES DE LA INTERFACILIDAD PARA CARGAS ALTAZANAS Y TRANSPORTADAS EN RÍO SEGURO TRAMAS.

PE N° 012427254268 BILHETE DE SEGURO IPVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO BPVAT.  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE GARANTIA  
[www.bpvatsegurocoronelito.com.br](http://www.bpvatsegurocoronelito.com.br)  
BPVAT BSG 022 1204

2018 | 05/02/2016

VIA 1	65214385439	DATA CAD.	06/05/11/PB
01076389411	17 SHINERAY XY500	PHOENIX	
ANO DO 2013	OD DIA 9	LXVXCEL02E0517089	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>			
PNS (2)	DEPARTAMENTO	CUSTO DE SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO PRIMEIRO PREMIO		107.281	
*****		LIGA AERONAUTICA MATERIAIS PAGO	
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> SETA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELAZO	22/01/2016	

SEGURADORA LIBER - INVEST

Справочник по языку

四

CE2-2015

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





Proprietário da motocicleta





Representante Legal



## 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 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 EVIDENCIAM 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 %

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## 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 EVIDENCIAM 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 %





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

Pag. 00581/00582 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020291



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504>  
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 22



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 da AS:

CPF da vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Bueno de Andrade Farias Alves

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Bueno de Andrade Farias / Ana	092.202.307-71	Son/Estudante
Endereço	Número	Complemento
mora Felipe de Andrade, Rue profeta, 15/n		
Torim Oeonia	Cidade	Estado
	Caledelo	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58000-000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> DE 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"/> DE R\$ 10.000,00
<b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b>			
<b>01 AGO. 2018</b>			
<b>PROTÓCOLO</b>			
<b>AG. JOÃO PESSOA</b>			

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

*João Pessoa* 13 de 03 de 2018  
Local e Data

*Bueno de Andrade F. Alves* *Ana Maria Filho de Andrade*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 da AS:

CPF da vítima

092.202.307-71

Nome completo da vítima

Bueno de Andrade Farias Alves

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Bueno de Andrade Farias / Ana	092.202.307-71	Son/Estudante
Endereço	Número	Complemento
mora Felipe de Andrade, Rue profeta, 15/n		
Torim Oeonha	Cidade	Estado
	Caledelo	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58000-000	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> DE 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"/> DE 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"/> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			<input type="checkbox"/> BANCO
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	AGÊNCIA
3069	01444.1/500	01 ABR. 2018	AG. JOÃO PESSOA
Informar digitar se existir	Informar digitar se existir	Informar digitar se existir	Informar digitar se existir

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

*João Pessoa* 13 de 03 de 2018  
Local e Data

*Bueno de Andrade F. Alves* *Ana Maria Filho 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 7<sup>a</sup> Delegacia Distrital de Cabedelo, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Isaías 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, filha(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, N° 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 TRANSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

CONTA A DECLARANTE QUE SEU FILHO MENOR DE IDADE LAÉRCIO DE ANDRADE FARIA ALVES, TRAFEGAVA NO BANCO DO CARONA DA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q, PHOENIX, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, DE PLACAS OEEY 0511/PB, CHASSI LXYXCBL02E0517089, LICENCIADO EM NOME DE JOSE ARIMATEIA DE BRITO EVANGELISTA, CONDUZIDA PELO PRIMO GILSON RIDAN, QUE NA ALTURA DA ESTAÇÃO DO JACARÉ, OUVE A COLISÃO DE FRENTES 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 POLICIA.

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.

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS  
Agente de Investigação



ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE

Noticiante



1/1



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Karenio de Andrade Faro 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>
Email		Telefone (ODD)	

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:

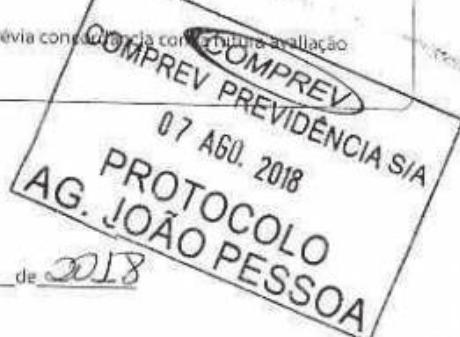
Assinalar uma das opções abaixo:

- 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 Lider 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 consulta da comissão médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

f. Pessoa 13 de 03  
Local e Data

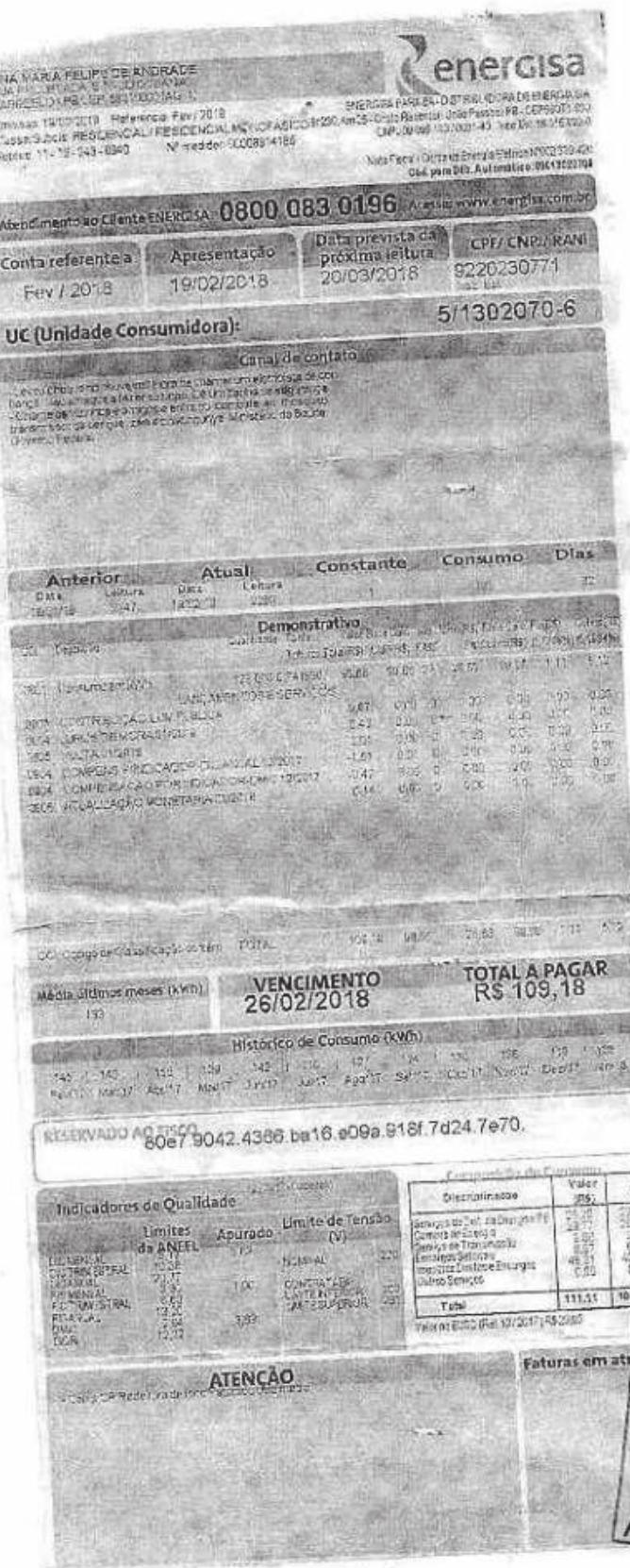


Karenio de Andrade F. Alves Ana Maria Felipe de Andrade  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAT. 001 0001/2017







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 0 Referência: JUN/18  
Nº do Medidor: 00008162618 Emissão: 15/06/2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 250, Km 25 - Cidade Rodoviária - João Pessoa (PB) - CEP 58071-630  
CNPJ 09.886.193/0001-49 INSC Est: 16.215.822-0  
Nota Fiscal/Cupom De Energia Elétrica  
Nº 006.085.941

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

0800 083 0196

Ligaçao gratuita

Acesse: www.energisa.com.br

Identificador para Débito Automático: 00002600126

UC - UNIDADE CONSUMIDORA

5/280012-6

Indicadores de Qualidade 04/2018 - Conjunto: Iluminação

LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
DIC MENSAL	4,95	0,00
DIC TRIMESTRAL	9,81	
DCANUAL	19,62	
FIC MENSAL	3,23	0,00
FIC TRIMESTRAL	9,47	
FIC ANUAL	13,0	
DMIC	2,77	0,00
DOCH	12,22	

DICTm² 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; DCDA: fatura da interrupção individual ocorrida em dia trófico. Possíveis valores imprecisos aparecem acima das padronizações da unidade consumidora no relatório direto ou Fisco. Possíveis valores imprecisos aparecem acima das padronizações da unidade consumidora no relatório direto ou Fisco. Possíveis valores imprecisos aparecem acima das padronizações da unidade consumidora no relatório direto ou Fisco.

#### DADOS DO CLIENTE

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

CNPJ/CPF/RJN: 30522191403

INSC. EST: 30000000000

#### COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

EXPLICAÇÃO DA AÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVICOS DE DISTRIBUICAO DA ENERGISA	51.04	22,82
COMPRA DE ENERGIA	74,31	32,70
SERVICO DE TRANSMISAO	1,91	0,43
ENCARGOS DE TERRAS	1,21	0,26
IMPOSTOS RETOS E ENCARGOS	78,35	34,82
OUTROS SERVICOS	(100)	0,00
TOTAL	225,64	100,00

\* Valor do consumo de uso da Balança de Distribuição (data 04/2018) R\$ 225,64

#### CONTA REFERENTE A

ANTERIOR	ATUAL
DATA LEITURA 15/06/18 0940	DATA LEITURA 14/06/18 0322

JUN/18

#### APRESENTAÇÃO

20/06/2018

#### DATA PREVISTA DA PRÓXIMA LEITURA

16/07/2018

#### FATURAS EM ATRASO

25/05/2018 203,38

#### DEMONSTRATIVO

CCI Descrição	Quantidade	Tarifa e Tributos	Valor Total (R\$)	Base C/Ic	Alíq.	ICMS (R\$)	ICMS PIS/Cofins (R\$) [0,9085%] (4,1484%)	Base C/Ic. PIS (R\$) Cofins (R\$)	
0001 Consumo em kWh	282.000	0,727800	205,28	205,28	27	56,42	205,28	1,84	0,51
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	0,00	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

\*AVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) inferior(es) acima relacionado(s) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento "após" essa data não remove a possibilidade da eventual suspensão de fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou os débitos pagos não estejam na unidade consumidora para comprová-los. Caso já tenha efetuado o pagamento desejado(s) acima, desconsiderar essa mensagem.

Fatura sujeita a retenção em função de restrição ao crédito no caso de inadimplência + multa 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 JANEIRO FEVEREIRO MARÇO ABRIL MAIO

Reservado ao FISCO

cb39.4add.93c3.37f5.c133.8976.b9dd.2811460, 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ANA GLORIA DA SILVA CAMARA  
Roteiro: 007-0001-409-3140  
83650000000-2 73110149000-1 02800122018-6 06300001019-7



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULAS  
27/06/2018 R\$ 73,11 280012-6-06-3

DESTAQUEZR

energisa LIGADA NA SUA ENERGIA

27/06/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504  
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 29

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Floriana de Sálo Osmoro inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624 / 69,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João de Andrade Ferreira Alves inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 708.260.624 / 90, do sinistro de DPVAT cobertura Invólucres da Vítima  
João 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 Lider-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	Número	Complemento
Rua da República	390	
Centro	PB	58010-180
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Ribeiro 31 de 07 de 2018  
Local e Data

Floriana de Sálo Osmoro  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José 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 Frei Lúcio, nº b/n,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Fárcio de Andrade Faro, Alves, cujo o condutor era  
Gilson Ribeiro da Silveira.

Veículo: Moto Shineray XY 500

Modelo:

Ano: 2014

Placa: 0EY0511/PB

Chassi: LXXXCBL92E0517089

Data do Acidente: 29/08/2017

Local e Data: João Pessoa, 18/07/2018

Figueredo  
Dornelas  
Soc. Notariais

Sai Amorim & Zózio

Assinatura do Declarante

Gilson Ribeiro da Silveira

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



Figueredo Dornelas Serviço Notarial e Registrável

1º Ofício de Notas e Privativas no Registro Imobiliário

Rua General Magalhães, 22 - Centro - CEP 58010-000 - João Pessoa - PB

Tel/Fax: (83) 3226-1142

RECONHEÇO, como autêntica e verdadeira, assim firmada, a declaração feita por  
JOSE ARIMATEA DE BRITO EVANGELISTA, na forma acima mencionada.  
Em test. da verdade. Cabedelo-PB 18/07/2018 13:51:50  
Robson Rogério Alexandre Martins - Preposto  
2018-007217ENOL/R\$ #9,48 FAFPEN/R\$ 0,28 FEPJ/R\$ 1,90 ISS/R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: ANB98165-1390  
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 Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de outubro de 2017

Rosangela 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 Reguladoc  
Data: 29/08/2017  
Hora: 13:01:25  
Recepçionista: ADRIANA DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LAECIO DE ANDRADE FARIA ALVES Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2017.08.004425

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, 00SEM CARTAO DO SUS

Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF :PB

Mae: ANA MARIA FELIPE DE ANDRADE Pai: SEVERINO DE FARIA 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 violência por: A ESTACAO DE TREM HJ 11/30 CARONA

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		

Observacao

**FATIGADO**

Queixa Principal

COLISAO moto + moto , TRAVESSA EM MSE . NEGLIGENCIA NA  
CABECA & TORAX !

História - Exame Fisico - (hora 07:42:578 - dia 07/08/2018 - momento medico)

**COMPRAVA PREVIDENCIA SIA**  
**07 AGO. 2018**  
**AG. JOAO PESSOA**  
**PROTÓCOLO**  
**JOAO PESSOA**

Diagnóstico

Fixo onda de aritmia, E

Conduita

Rx de jato de uro e corte

Prescrição

Medicação diariamente 4 Unid. gelatina de ferro 100 mg D1 circo uso diário.

② AINES

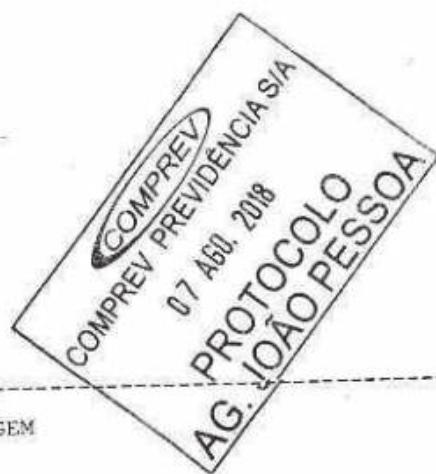
③ Antitensão

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504  
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Carlos A. V. Salvão Filho  
20061811540348400000030367504  
Assinado em 18/06/2020 11:54:03



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

**Assinatura da Enfermagem**

030104007-2

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

PROCEDIMENTO REALIZADO

---

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

Ana María Felipe de Arbelaez

Assinatura do Paciente/Responsável

### Assinatura e Carimbo do Medico

ASSINATURA E CURRÊNCIA  
030106-0061  
030106-0068





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504>  
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 35

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Nascimentos, Casamentos e Óbitos

Estado da Paraíba  
MUNICÍPIO DE AROEIRAS

Selma Santos de Lima Registradora  
Régina 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 FARIA 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.

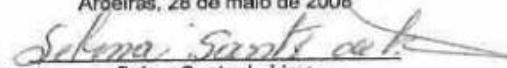
São avós Paternos: José Vicente Alves e Josefa de Farias Alves e avós Maternos: Manoel Felipe de Andrade e Severina Maria da Conceição.

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  
Regista Coeli S. L. de Araújo - Substituta  
Rua Neco de Andrade, 60 - Aroeiras  
FONE: (83) 3398-1053  
CNPJ: 35.492.990/0001-07

07 AGO. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
COMPROMISSO  
PRIVACIA S/A

ANA MARIA FELIPE D  
RUA PROLETARIA, 59 -  
CAEDELC/PB CEP: 59

07/Ago.

LOT. 13.12927  
LOCALIDADE: C.  
AG. VINCULADA

COMI  
ENERGI

VALOR DO PAGA

8  
1

13 VIA

003: Consumo em MV  
001: Adm. B. América

001: CONTRIBUIÇÃO  
004: JUROS DEMOR  
005: MULTAS E PENAL

CCD: Código de Classific

Média últimos mese  
125

142 | 139 | 1 | 1  
Jun17 Mai17 Abr

RESERVADO AGL  
da





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504>  
Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 37

**FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PB		Nº 012427254268
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
PLACA	CO. FABRICANTE	PT. 20160000023046-0
CB	1   0107638941-1	PERÍODO DE SERVIÇO
00/00000000   2016		
HOME		
JOSE ARIMATEA DE B EVANGELISTA		
05214385439		OEV0511/PB
1 NOVO	PB	LXYXCEL02E0517089
ESPECIE/TIPO		COMBUSTIVEL
PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC		GASOLINA
I/SHINERAY XY50Q PHOENIX		2013   2014
CAPACIDADE	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/49	/CT	PARTIC
VENDA	VENCIMENTO	VENCIMENTO
I IPVA ISENTO	00/00/0000	12/00/0000
V TAXA IPVA	PARCELAMENTO/VENDA	VENCIMENTO
A 0	0	32
PRÉMIO TARIIFÁRIO		
PREMIO TARIIFARIO (R\$)   INF. IPSE   PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADO   SEGURO   PAGO	22/01/2016	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
0		
JOAO PESSOA-PB 42277		05/02/2016
14516		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR ACIDENTES DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE USO PESSOAL, MOTO, VEÍCULOS DE CARGA, APARELHOS, MATERIAIS, EMBALAGENS OU OUTROS SEGURO DPVAT

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 CONTRATUAÇÃO:  
[www.dpvatseguro.com.br/contrato.html](http://www.dpvatseguro.com.br/contrato.html)  
SAC DPVAT 0800 822 1214

		2016   05/02/2016
1   05214385439	OEV0511/PB	
01076389411	I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	
2013   9   LXYXCEL02E0517089		
PRÊMIO TARIIFÁRIO		
PNS (R\$)   DESVALORIS   CUSTO DO SEGURO (R\$)		
AAAAAA	AAAAAA	AAAAAA
CUSTO DO BILHETE (R\$)   IGT (R\$)   TUPA (SEGURO DE PROTEÇÃO)		
AAAAAA	SEGURO	PAGO
<input type="checkbox"/> SETA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE ENTREGA
		22/01/2016

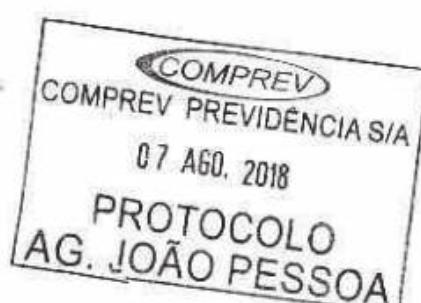
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 02.298.682/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

14516-1057530-20160205

052-2015



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/06/2020 11:54:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061811540348400000030367504>

Número do documento: 20061811540348400000030367504

Num. 31668774 - Pág. 38



Proprietário da motocicleta





Representante Legal



## 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 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 EVIDENCIAM 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 %

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## 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 EVIDENCIAM 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 %



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Kaecio de Andrade Farion Alves, representado por Ana Maria  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 2.320.367  
CPF: 092.202.307-71  
Profissão: Brincos Gerais  
Endereço: Rua Profeta do P/n, Jardim Oceania  
CEP: 58310-000  
Telefone: ( )

### OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silva Amora  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 267.119.0  
CPF: 048.079.624-69  
Profissão: advogada  
Endereço: R. da República, 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: Kaecio de Andrade Farion Alves



→ florina, 13/03/2018

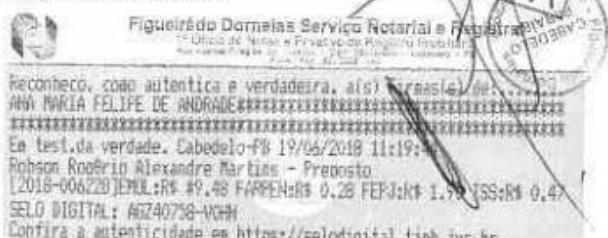
Local e data

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
17 abr. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Ana Maria Felipe de Andrade  
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Fábio de Andrade Faro Alves, representado por Ana Maria  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 2.320.367  
CPF: 092.202.307-71  
Profissão: Dirigente Executivo  
Endereço: Rua Projeto do P/m, Jardim Oceania  
CEP: 58310-000  
Telefone: ( )

### OUTORGADO:

Nome: Floriana da Silva Amora  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 267.119.0  
CPF: 048.079.624-69  
Profissão: Advogada  
Endereço: R. da República, 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: Fábio de Andrade Faro Alves



florianópolis, 13/03/2018

Local e data

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
17 abr. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



Figueirêdo Domíneas Serviço Notarial e Registrário  
Órgão de Notas e Privilegios do Poder Judiciário

030367503-0

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
Ana Maria Felipe de Andrade Faro  
Em testemunha, Cabelelo-FB 19/06/2018 11:19:44  
Robson Rodrigues Alexandre Martins - Proposto  
[2018-006220] JEFULL.RH #7.46 FAPPEN:R 0.28 FEPJ:RH 1.77 ISS:R 0.47  
SELO DIGITAL: AG240758-VNM  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

