Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

04/12/2020

Número: **0802962-20.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**
Última distribuição : **30/10/2020**
Valor da causa: **R$ 1.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLUCIANO DA SILVA (AUTOR)	**HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37466711	04/12/2020 09:36	Contestação	Contestação
37466717	04/12/2020 09:36	2768976_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
37466718	04/12/2020 09:36	2768976_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO

DOCUMENTO 2 "T2%"

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente: Carlucio da Silva | Nº do Prontuário:

Data da Cirurgia: 24/10 | Enf.: | Leito:

Cirurgião: Dr. Elio Holanda | 1º Auxiliar:

2º Auxiliar: | 3º Auxiliar: | Instrumentador:

Anestesia: | Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório: Consolidação viciosa clavícula (E)
Fat de clavícula (E)

Tipo de Cirurgia: RAFI

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante a Cirurgia:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 06 JAN 2017
Nome:

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 8 07/12/2016 12:42 - 00000508833

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

(1) Paciente em DDH em coxim de pelvis
(2) Assepsia e ATB tópico
(3) Campo cirúrgico estéril
(4) Incisão longa sobre o foco de ombro (E)
(5) Ressecção p/ plano até remodelação foco de fratura
(6) Desinserção consolidação viciosa
(7) Redução anatômica e fixação + Retirada do calo ósseo.
(8) Redução anatômica c/ placa de reconstrução 7 furos + 6 parafusos
(9) Lavagem c/ SFO,9%
(10) Sutura p/ planos anatômicos + tópico
(11) Ao RPA

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DE QUEIMADAS
Dr. Patrício Leal de Melo

Diagnóstico

Folha de Tratamento e Evolução

PACIENTE: [illegible] ENFERMARIA: 7 LEITO: 1 CONVÊNIO:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	(1) Dieta oral livre		
	(2) AVP.		
	(3) Tilatil 50g (EV) 12/12h	22	
	(4) Dipirona 2ml (EV) 6/6h	18 24 06	
	(5) Cefazolina 1g (EV) 8/8h	22 06	
	(6) Tramal 50g (EV) 8/8h (Dim) C/ SFO,9% 100ml		
	(7) Omeprazol 20g (EV) 12/12h	06	
	(8) SSVVFCCGS		
	(9) Solicito Ro controle		

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
RECEBI
Nome:
06 JAN 2017

Dr. Elias Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6720

Dr. Elias Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6720

Dr. Eduardo Bezerra
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 6720

SEGURADOR LIDER DPVAT 4 & 07/12/2016 12:42 - 0000030808034

TJPB GOVERNO - SECRETARIA DE SAÚDE
E GESTÃO - HOSPITAL DE EMERGÊNCIAS E TRAUMA DOS LOIS CONDÁ PEDRAMARIA

61

P.A. Clarivita (E)

DIAGNÓSTICO

[redacted]

Paciente	Guilherme	Alojamento: 7-1	Leito	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
	1.Dieta livre		
22	2.SR: 150mg EV/24h		
	3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h	18 20 06	
	4. Tiadi 20mg + AD EV 12/12h		
	5. Cisapraxal 40mg EV/jejum	06	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia SUSPENSO		
	9.SSVV+ CCSG		

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
RECEBIDO 06 JAN 2017
Nome

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 & 07/12/2016 12:42 - 600000508353

1. ORGÃO: SECRETARIA DE SAÚDE
2. UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DIAGNÓSTICO

[redacted] P.A direita (E)

Paciente	Carlos	Alojamento: CB	Leito	01	Convênio	SUS

Data	Prescrição Médica		Horário					Evolução Médica
21	1.Dieta hipo							
	2.SF 0,9%500ml EV/24h							
10	3.Diclona 02ML+ AD EV 08/8h		18	20	08			
	4. Tilell 20mg + AD EV 12/12h SN	SN						
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		08					
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	SN						
	7.Hemodron 08 FA + AD EV 8/8h SN	SN						
	8. Clexane 40mg SC/dia SUSPENSO							
	9.SSVV + CCBB	CRC						

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEBI
NOME
08 JAN 2017

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 & 02/12/2016 12:42 - 000000508034

SUS

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA ...

HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.776.268.0018/09

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

END.: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO

Nome: CARLUCIANO DA SILVA

Raça/Cor: PARDA

Dt. Nasc: 14/11/1981 Idade: 34 ano(s) mês(es) de Idade dia(as) de Idade Sexo: M

Mãe: JOSEFA MOTA DA SILVA

Documento: rg.2991913

Profissão: TERCELAO Nº: 0

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro:

Município-UF - CEP - IBGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para contato (83) 9922-4776 CNS: 708403227113569 CADASTRO: 251970

Data e Hora: 22/05/2016 04:38:39

SSVV

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Após acidente de moto

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

DOCUMENTO 5 "T5%"

RECEPCIONISTA: HDI

2. 1 8 1 8 9 1 5 8 2 0 2 8 1 6 2 0 9 8 9 3

3.

4.

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- [ ] 01 - ELETIVO
- [ ] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Após Colisão frontal por acidente de moto

CID-10:

MEDICAÇÃO:

- [ ] 1. PRESCRITA
- [ ] 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1 -

2 -

3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Jannopi Lopes de Figueiredo Clínico Geral CRM 2697

MÉDICO - CRM CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO

Francisco Pedro da Silva

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDHUY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Luciano B. Silva

DA CLÍNICA: ortopedia ENFERMARIA:

A CLÍNICA: BMF LEITO:

MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

LCC LOBIO INFERIOR INTERNO

22/05/16
DATA

João H. Sussuna Quirino
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

16:06 15/09/2016 209896 SEDUCAM 1.132 KAM 3.5

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaporanga

PARA: Patos

ENCAMINHO: Raimundo da Silva IDADE: SEXO: Masculino

RESIDENTE:

MUNICÍPIO: Itaporanga UF:

PA MM/HG TEMP °C PESO KG

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Paciente c/ fraturas de clavícula direita e fratura de clavícula esquerda.

22/05/16 HORA: 5:00

Manoel Lopes de Carvalho
Médico Geral
CRM-2537

Av. Osvaldo Cruz - 183 - Centro - CNPJ: 08.778.268/0018-09 - Fone (83) 3451 - 2297 Fax (83) 3451 - 3058
CEP: 58.780-000 - Itaporanga-PB

16:06 15/09/2016 209898 [illegible]

SUS

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: CARLUCIANO DA SILVA

Mae: JOSEFA MOTA DA SILVA

Nascimento: 14/11/1981 Idade: 34 Cor: PARDA Sexo: M

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: JOAO CAETANO Num.: 63

Bairro: BELA VISTA Fone:

Cidade: ITAPORANGA - PB - 58780-000 - 2507002

CNS: 708-4032-2711-3569 Identidade: 2991913 SSP POB

CPF: Reg. Nasc.:

Data / Hora: 22/5/2016 06:50:21 Recepcionista: ORNEIDE

Ficha Número: 143695 72358

PESO: _____ PA: _____ TEMP.: _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

[illegible]

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

[illegible]

RESULTADOS

[illegible]

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

[illegible]

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- [ ] 01 - ELETIVO
- [ ] 02 - URGÊNCIA
- [ ] 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- [ ] 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- [ ] 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

HDI [illegible]

DIAGNÓSTICO

[illegible]

MEDICAÇÃO

- [ ] 1.PRESCRITA
- [ ] 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- [ ] OBSERVAÇÃO
- [ ] OUTRO HOSPITAL
- [ ] RESIDÊNCIA
- [ ] ÓBITO
- [ ] INTERNAÇÃO
- [ ] OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	3	0	9	0	1	2	0
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns: JOAO H SUASSUNA LAUREANO - 7471 - 980-0162-8757-9787

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL

Polegar Direito

Francisco Pereira dos Santos

ASS. REVISOR TECNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS Sistema Único de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Conceição do Filho portador(a) da identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 28-05-16.

Stênio Guy W. Araújo
CRM 1[illegible]
ORTOPEDIA
CNS [illegible]

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ:08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

DOCUMENTO 4 "T4%"

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, INACIO CAMILO,

RG nº 4.173.685, data de expedição 26/06/13, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 139.149.988-30, com domicílio na cidade de ITAPORANGA, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA PROJETADA, nº S/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 CARLUCIANO DA SILVA, cujo o condutor era CARLUCIANO DA SILVA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Ano: FAB. 2006 ANO MOD. 2007
Placa: MNK 6651
Chassi: 9C2JA0420JR024872
Data do Acidente: 22/05/2016
Local e Data: ITAPORANGA/PB, 12/07/2016

Inacio Camilo
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL 1º OFÍCIO DE NOTAS
Reconheço a firma por SEMELHANÇA de INACIO CAMILO.
ITAPORANGA/PB em 12 de julho de 2016
Em testemunho da verdade
Maria Rodrigues Cavalcanti (Escrevente)
Selo Digital - ADL75525-FCLK
Confirme a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

1º OFÍCIO DE NOTAS

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

15406 15/09/2016 209691 ESCRIVÃO 2.50 TMJ 8.5

DOCUMENTO 1 "T1%"

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLUCIANO DA SILVA

RG nº 2991913, data de expedição 18/05/02 Órgão SSP/PB.

CPF nº 046.762.554-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA PROJETADA
Número	S/N
Apto / Complemento	—
Bairro	CENTRO
Cidade	ITAPORANGA
Estado	PARAÍBA
CEP	58780.000
Telefone de Contato	83 99832 6576 – 99909-8272
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 28/11/2016

Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 06 JAN 2017
Nome:

SEGURADORA LIDER OPUST 4 & 07/12/2016 12:42 - 0000005888828

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a: Nov/2016

UC (Unidade Consumidora) 6/1348859-8

Canal de contato

Apresentação: 10/11/2016

Data prevista da próxima leitura: 12/12/2016

CPF/CNPJ/RANI

Faturas em atraso

Demonstrativo

Histórico de Consumo (kWh)

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR
ICMS			
PIS			
COFINS			

VENCIMENTO 18/11/2016

TOTAL A PAGAR R$ 65,26

RESERVADO AO FISCO

ac04.4776.0d11.92c9.58a5.18e1.ef87.7fbf.

Indicadores de Qualidade

Composição do valor total da sua conta

Distribuição	Valor (R$)	%
Total	65,26	100,00

ATENÇÃO

energisa PARAÍBA

VENCIMENTO 18/11/2016

TOTAL A PAGAR R$ 65,26

83690000000-6 65260054000-7 13488592016-2 11801540018-3

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 06 JAN 2017
Nome:

SEBASTIÃO LIDER DUART 4 & 07/12/2016 12:42 - 00000000009

DOCUMENTO 1 *T1%*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLUCIANO DA SILVA,

RG nº 2991913, data de expedição 18/05/02, Órgão SSP/PB,

CPF nº 046.762.554-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA PROJETADA
Número	S/N
Apto / Complemento	—
Bairro	CENTRO
Cidade	ITAPORANGA
Estado	PARAÍBA
CEP	58780.000
Telefone de Contato	83.99832 6576 – 99909-8272.
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 28/11/2016.

Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 06 JAN 2017
Nome:

SEGURADORA LIDER OPUST 4 & 07/12/2016 12:42 - 00000508828

JOSEFA LEITE FIGUEIREDO
RUA PROJETADA, SN / CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (AG: 154 / PES:

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dom Pedro II, 1964 - Bairro Brasil - João Pessoa/PB - CEP: 58014-900
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Inscr. Est. 16015230

Classe/Subcls.: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 5 - 154 - 35 - 2000
Referência: Nov / 2016
Emissão: 10/11/2016
NF medidor: 00009207142

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°000.380.025
Código para Débito Automático: 000134889916

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

Conta referente a: Nov./2016

UC (Unidade Consumidora): 6/1348868-8

Canal de contato

Apresentação: 10/11/2016

Data prevista da próxima leitura: 12/12/2016

CPF/CNPJ/RANI

Inscr. Est.

Faturas em atraso

Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias

Demonstrativo

Descrição | Quantidade | Preço | Valor (R$)
Consumo em kWh
Adic. B. Amarela
ICMS
PIS
COFINS
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA
JUROS DE MORA 09/2016
JUROS DE MORA 10/2016
MULTA 09/2016
MULTA 10/2016
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2016
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2016

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R$
ICMS	R$ 54,89	25,00 %	R$ 13,72
PIS	R$ 54,89	0,21 %	R$ 0,11
COFINS	R$ 54,89	0,98 %	R$ 0,54

Histórico de Consumo (kWh)

Out/15 87
Set/15 85
Ago/15 81
Jul/15 81
Jun/15 83
Mai/15 88
Abr/15 78
Mar/15 81
Fev/15 74
Jan/15 83
Dez/15 94
Nov/15 [illegible]

Média dos últimos meses: 86 kWh

VENCIMENTO: 18/11/2016

TOTAL A PAGAR: R$ 65,26

RESERVADO AO FISCO

ac04.4776.0d11.92c9.58e5.16e1.ef87.7fbf.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limites de Tensão (V)	
DIC MENSAL	8,87	0,00		
DIC TRIMESTRAL	13,74			
DIC ANUAL	27,41			
FIC MENSAL	3,61	0,00	NOMINAL	220
FIC TRIMESTRAL	7,22		CONTRATADO	
FIC ANUAL	14,43		LIMITE INFERIOR	202
DMIC	7,87	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
DICRI	72,72			

Composição do valor total da fatura

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energia PD	14,89	22,82
Compra de Energia	19,70	30,20
Serviço de Transmissão	1,02	1,56
Encargos Setoriais	6,85	9,69
Impostos Diretos e Encargos	24,74	37,91
Demais Serviços	0,00	0,00
Total	65,20	100,00

Valor de EUSD (Ref. 8/2016) R$ 2,58

ATENÇÃO

energisa PARAÍBA

Roteiro: 5 - 154 - 35 - 2000
Matrícula: 134 8868 2016 11 8

VENCIMENTO: 18/11/2016

TOTAL A PAGAR: R$ 65,26

83690000000-8 65260054000-7 13488592016-2 11901540019-3

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 06 JAN 2017
Nome:

SEGURADOR LIDER DPVAT 4 6 07/12/2016 13:42 - 68000608629

DOCUMENTO 2 "T2%"

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLUCIANO DA SILVA.,

RG nº 2991913, data de expedição 18/03/02, Órgão SSP/PB,

CPF nº 046.762.554-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA PROJETADA
Número	S/N
Apto / Complemento	—
Bairro	CENTRO
Cidade	ITAPORANGA
Estado	PARAÍBA.
CEP	58780-000
Telefone de Contato	83.99832 6576
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 12/07/2016.

Assinatura do Declarante: Carluciano da Silva

JOSEFA LEITE FIGUEIREDO
RUA PROJETADA, S/N - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (AD. 154)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DIST. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-030
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 6 - 454 - 35 - 7980
Nº medidor: 00009207142
Referência: Jun/ 2016
Emissão: 08/06/2016

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.360.237
Código para Débito Automático: 000013483889

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

Conta referente a
Jun / 2016

UC (Unidade Consumidora): 6/1348859-8

Canal de contato

Apresentação
09/06/2016

Data prevista da próxima leitura
12/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI
28282437416
Insc. Fiscal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/05/16	7882	09/06/16	7975		93	30

Faturas em atraso
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 04/08/2016 PAGAS DEVIDAMENTE

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	93	(,4181)	38,89
ICMS			14,13
PIS			0,62
COFINS			2,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			8,90
JUROS DE MORA 05/2016			0,35
MULTA 05/2016			1,04
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2016			0,18

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/16	88
Abr/16	78
Mar/16	84
Fev/16	74
Jan/16	83
Dez/15	94
Nov/15	81
Out/15	83
Set/15	88
Ago/15	80
Jul/15	85
Jun/15	117

Média dos últimos meses 82 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R$)
ICMS	56,51	25,00	14,13
PIS	50,51	1,1096	0,62
COFINS	56,51	5,1010	2,88

VENCIMENTO 16/06/2016

TOTAL A PAGAR R$ 64,99

RESERVADO AO FISCO
1c7c.7aa1.93fd.6948.364f.2321.d89a.bf5d.

Indicadores de Qualidade 4/2016 - Iguaraci

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,80	0,00
DIC TRIMESTRAL	19,74	
DIC ANUAL	27,40	
FIC MENSAL	9,60	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,27	
FIC ANUAL	14,45	
DMIC	3,87	0,00
DICRI	12,22	

Limite de tensão (V)	
NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R$)	%
Energia de Dist. da Energisa PB	14,37	22,11
Compra de Energia	19,03	29,27
Energia de Transmissão	1,13	1,74
Encargos Setoriais	0,65	1,00
Impostos, Outros Encargos	26,11	40,16
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,99	100,00

Valor do EUSD (Ref. 4/2016) R$ 17,32

ATENÇÃO

16:06 15/09/2016 209894 CSB2000 RECT1 USER XXXX & 5

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
POLÍCIA MILITAR

INFORMATIVO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº _____ **Nº CIOP/COPOM:** _____

Dp/SUOp: 13 ª BPM | Data da Ocorrência: 22/05/2016 | Hora: 04 h 10 min. | Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº): AV. GETULIO VARGAS - ITAPORANGA-PB

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO ARMARINHO NOVO MUNDO.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRÁNSITO. | Código da Ocorrência

Comandante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula): 3º SGT - DANIEL | Prefixo da Viatura: 5948

Motorista (Nome, Grad. e Matrícula): CB - CASSIMIRO | Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula): SD - MATHEUS | Patrulheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula)

Nome Completo do Solicitante: INICIATIVA PRÓPRIA | Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s): ( ) _____ ( )

Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Acusado (s)

Nome Completo | Data de Nascimento (d/m/a) / /

Nome Completo da Genitora | Nº RG/Órgão Expedidor | Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) | Nº CNH

Ponto de Referência | Profissão Declarada

Informações Biométricas
Cor da Pele: _____ Altura Estimada: _____ Cor dos Cabelos: _____ Cor dos Olhos: _____ Compleição Física: ( ) Normal ( ) Magro ( ) G
Marca(s) Característica(s) (Assinalar) | Alcunha
( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal de Nascença ( ) Outros
(Descrever Marca Característica)

Nome Completo | Data de Nascimento (d/m/a) / /

Nome Completo da Genitora | Nº RG/Órgão Expedidor | Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) | Nº CNH

Ponto de Referência | Profissão Declarada

Informações Biométricas
Cor da Pele: _____ Altura Estimada: _____ Cor dos Cabelos: _____ Cor dos Olhos: _____ Compleição Física: ( ) Normal ( ) Magro ( )
Marca(s) Característica(s) (Assinalar) | Alcunha
( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal de Nascença ( ) Outros
(Descrever Marca Característica)

SOMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
RECEBI 06 JAN 2017
NOME:

Vítima(s)

Nome Completo: CARLUCIANO DA SILVA | Data de Nascimento (d/m/a) / /

Nome Completo da Genitora: JOSEFA MOTA DA SILVA | Nº RG/Órgão Expedidor | Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): RUA: JOÃO CAETANO DA SILVA - ITAPORANGA-PB. | Nº Telefone (s) | Nº CNH

Ponto de Referência: EM FRENTE AO ARMARINHO NOVO MUNDO. | Profissão Declarada: AGRICULTOR

Nome Completo | Data de Nascimento (d/m/a) / /

Nome Completo da Genitora | Nº RG/Órgão Expedidor | Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) | Nº CNH

Ponto de Referência | Nº Telefone (s) | Profissão Declarada

Testemunha(s)

Nome Completo: CB - CASSIMIRO | Data de Nascimento (d/m/a) / /

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s): ( ) _____ ( ) 190 | Nº RG/Órgão Expedidor | Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF): 13ª BPM | Nº CNH

Ponto de Referência: 13ª BPM | Profissão Declarada: MILITAR

Nome Completo: SD - MATHEUS | Data de Nascimento (d/m/a) / /

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s): ( ) _____ ( ) 190 | Nº RG/Órgão Expedidor | Nº CPF

Ponto de Referência: 13ª BPM | Profissão Declarada: MILITAR

DOCUMENTO 1 "TIPO"

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE QUEIMADAS

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 06 JAN 2017
Nome:

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do (a) Sr. (a) Carlaciano da Silva

portador (a) da carteira de identidade nº _____,

que o(a) mesmo(a) foi atendido por mim no dia de hoje, às 7 horas,

portador da patologia CID 10 S42.0,

devendo ficar afastado(a) de suas atividades laborais por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Queimadas, PB, 21 de 10 de 16

Dr. Eduardo Braga Morais
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6588
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

SEGURADORA LIDER, DPVAT 4 & 07/12/2016 12:42 - 00000050630

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

Autorizo o(a) Dr.(a) _____

A registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) Paciente ou responsável legal

1ª VIA: PACIENTE - 2ªVIA: ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Projetada, s/n - CEP.: 58.475-000 - Queimadas - PB - CNPJ: 08.778.268/0048-24

Arma(s) de Fogo Apreendida(s)

Tipo: Marca: Calibre: Acabamento: Nº Série: Dimensão Cano:

Tipo: Marca: Calibre: Acabamento: Nº Série: Dimensão Cano:

Cartucho(s) Apreendido(s)

Quantidade: Calibre: Tipo:

Quantidade: Calibre: Tipo:

Outro(s) Objeto(s) Apreendido(s)

(Tipo, Marca, Modelo, nº de série, Cor e etc.)

Relato da Ocorrência

- DURANTE RONDAS DE ROTINA PELAS RUAS DA CIDADE, NOS DEPARAMOS COM O CONDUTOR DE UMA MOTOCICLETA, HONDA BI COR PRATA, DE PLACA-MNK-6651-PB, QUE AO NOSSO LADO VINHA CONDUZINDO SUA MOTO, E DERREPENTE PERDE O CONTRO LE, CAINDO METROS DEPOIS. PARAMOS NOSSA VTR, AO ABORDA-LO, CONSTATAMOS SANGRAMENTOS PELA BOCA E QUEIXA MESMO RECLAM VA DE DORES NA PARTE DA CLAVÍCULA.

ACIONAMOS O SAMU, E NOS COMUNICARAM QUE NÃO HAVIA POSSIBILIDADE DE ATENDIMENTOS, AMBULÂNCIAS ESTAVAM EMPREGADAS EM OUTRAS OCORRÊNCIAS. CONDUZIMOS AT O HOSPITAL LOCAL EM NOSSA VIATURA, E A MOTOCICLETA FOI LEVADA AO PATIO DO 13º BPM, QUE SE ENCONTRA A DISPOSIÇÃO DA PP-TRAN. TODA OCORRÊNCIA FOI INFORMADA AO AGENTE QUANTONISTA ATRAVÉS DESTE BOLETIM INFORMATIVO.

SEGUROS PARAHYBUNA S/A. RECONHECIMENTO DE FIRMA

No exercício legal de minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusa _____, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contraven penal de _____ e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para _____ que resultou em _____

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com Testemunha(s) _____ e _____

Condutor: _____

1ª Testemunha _____ 2ª Testemunha _____

Recebi às 4 h 50 min., de 22/05/16 o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos nest documento.

Nome: Uliel F. Leite Matrícula: 155678-1 Assinatura _____

SEGURADORA LIDER DPVAT 4 & 07/12/2016 12:42 - 100000506832

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, CARLUCIANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2991913 SSP/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.762.554-97, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/N, Cidade ITAPORANGA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3%*

Carluciano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ITAPORANGA, PB 12/07/2016.

Local e data

16/06 15/09/2016 289908 CERTIDÃO CJ2 PAR $ 5

DOCUMENTO 2 *T2%*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVIÇO REGISTRAL "IRINEU RODRIGUES"
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE ITAPORANGA

REGISTRO CIVIL DE PESSOAS NATURAIS

IRINEU RODRIGUES JUNIOR
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

FRANCISCA CRIZANTO RODRIGUES
ELIANE ALVES ARAUJO
ESCREVENTES

- CERTIDÃO DE CASAMENTO -

CERTIDÃO N.º 2003-

Certifico, que às fls. 12, sob n.º 5.101 do livro n.ºB-Aux.11 de **Registro de Casamento**, foi encontrado hoje o assento de matrimônio de CARLUCIANO DA SILVA e JACILENE MARINHEIRO OLINTO, que passou a chamar-se JACILENE MARINHEIRO OLINTO DA SILVA, contraído perante o Padre Deusimar Silva Gomes, vigário paroquial e as testemunhas Reinaldo Rodrigues Fonsêca e Antonio Alves Araruna, paraibanos, comerciante e agricultor, residentes nesta cidade, sob regime de Comunhão parcial de bens.

Ele, nascido em Itaporanga - Paraíba, aos 14 de novembro de 1981, profissão agricultor, domiciliado e residente em rua Alcebíades Alves de Carvalho, nesta cidade, filho de Inácio Camilo e dona Josefa Mota da Silva, paraibanos, residentes nesta cidade.

Ela, nascida em Itaporanga - Paraíba, aos 22 de dezembro de 1983, profissão agricultora, domiciliada e residente em Sítio Catolé, deste município, filha de José Matias Olinto e dona Maria Daguia Marinheiro Olinto, paraibanos, residentes no Sítio acima citado.

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 ns.1º,2º e 4º do Código Civil.

Observações: Casados religiosamente para efeito civil em 26 de junho de 2003.

O referido é verdade. Dou fé!

Itaporanga (PB),30 de Junho de 2003.

Registro Civil das Pessoas Naturais
Irineu Rodrigues Junior
OFICIAL REG. CIVIL
Francisca Crizanto Rodrigues
Eliane Alves Araujo
Escreventes Autorizadas
ITAPORANGA-PB.

Irineu Rodrigues Junior
- Oficial -

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL **Nº 379 /2016**

Delegacia de Polícia DE Itaporanga - Pb.

Natureza da ocorrência: Acidente de Transito

Data do fato: 22 / Maio / 2016 **HORAS:** 4h00

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante / Vítima:

CARLUCIANO DA SILVA, natural de Itaporanga/PB, Casado, Agricultor, nascido no dia 14.11.81, filho de Inacio Camilo e Josefa Mota da Silva, RG 2.991.913/PB e CPF 046.762.554-97, residente na R. João Ceatano da Silva, 63 Bela Vista Itaporanga/PB.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, regressava do Campo de Futebol para sua residencia, conduzindo a moto HONDA/BIZ 125 ES, cor Prata, ano - Mod. 2006/07, placa MNK6651/PB e chassi 9C2JA04207R024872, licenciada em nome seu genitor (INACIO CAMILO) e ao passar pela Av. Getulio Vargas (centro), perdeu o controle em um quebra-molas, caindo no calçamento, sendo então socorrido por uma Guarnição da Policia Militar até o Hospital Distrital de Itaporanga/PB em seguida removido para o Hospital Regional de Patos/PB.

Itaporanga, 03 /JUN./2016.

Carluciano da Silva
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CARLUCIANO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2991913 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/03/02 E

CPF 046.762.554-97 /CNPJ ___.___.___-___/____-__, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CARLUCIANO DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2176-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24.606-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITAPORANGA, PB 12 de JULHO de 2016 — Carluciano da Silva

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00 em caso de morte** (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/07/2016 - Autoatendimento - 13:10:23
217673918 2001

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
- EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 2176-8 CONTA: 24.606-9
VARIACAO: 01
CLIENTE: CARLUCIANO DA SILVA

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
----	Julho/2016	----------	
0907		Saldo ant.	10,98 C
DISPONIVEL			10,98 C
VLR. BLOQUEADO			0,00 D
SALDO TOTAL			10,98 C

SALDO POR DATA BASE

03	10,98 C

MENSAGENS DIVERSAS
TR + 0,5% A.M.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

Papel termossensível. Sua vida útil, de ac fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato co solventes e produtos químicos. Não o ex calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: Oji Papéis - CNPJ 11.547.795/0001-71
Especificação do papel: Termobond - 55g/m2 - 335m
Fornecedor: Autopel - CNPJ 06.656.091/0007-52
AIDF: 201504211231 - 201504211233

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços
0800 729 0722

Ouvidoria BB
Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC)
0800 729 5678

Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088

Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 7 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: Oji Papéis - CNPJ 11.547.795/0001-71
Especificação do papel: Termobond - 55g/m2 - 335m
Fornecedor: Autopel - CNPJ 06.656.091/0007-52
AIDF: 201504211231 - 201504211233

Central de Atendimento BB
Saldos, pagamentos, extratos, cartões, transferências, resgates e outras operações
4004 0001 e 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços
0800 729 0722

Ouvidoria BB
Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC)
0800 729 5678

Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088

do acordo com o
ato com plásticos,
o exponha a luz,

Central de Atendimento BB
Saldos, pagamentos, extratos, cartões, transferências, resgates e outras operações
4004 0001 e 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Informações, sugestões, elogios,

Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2016

Carta n°: 9796167

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro:	**3160585834 ASL-1080610/16**
Vitima:	**CARLUCIANO DA SILVA**
Data Acidente:	**22/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **15/09/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando
página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2016

Carta n°: 9792867

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro:	**3160585834 ASL-1080610/16**
Vitima:	**CARLUCIANO DA SILVA**
Data Acidente:	**22/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro:	***3160585834 - 1***
Nome do(a) Examinado(a):	***CARLUCIANO DA SILVA***
Endereço do(a) Examinado(a):	***RUA PROJETADA nº 0 - CENTRO - ITAPORANGA/PB***
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:	***RG 2991913 - SSP***
Data local do exame:	***22/03/2017 SOUSA/PB***

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame fisico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnôstico(s)

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO, LESÃO DE PARTES MOLES DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sito provocada em acidente automobilistico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

[X] SIM [ ] NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

[X] SIM [ ] NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. FEZ SUTURA DOS FERIMENTOS DA MÃO ESQUERDA NO MESMO DIA. APÓS 5 MESES DO ACIDENTE, NO DIA 24 DE OUTUBRO DE 2016, FEZ CIRURGIA PARA OSTEOSSINTESE DA CLAVICULA DIREITA. FEZ FISIOTERAPIA, EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO (160 GRAUS), DE EXTENSÃO (30 GRAUS), APRESENTA ATROFIA DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA, E BLOQUEIO ATIVO DE MOVIMENTO DO MESMO. DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO (40 GRAUS). NÃO APRESENTA EDEMAS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

[X] SIM [ ] NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, ¤1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometico.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

[ ] Vitima em tratamento

Esta avaliaçaõ médica deve ser repetida em dias

[ ] Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

[ ] Sem sequela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

[ ] 10% [ ] 25% [X] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

Região Corporal(Sequela)

[ ] 10% [ ] 25% [ ] 50% [ ] 75% [ ] 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquaramento no campo das observações(*).

[ ] Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIDO ENQUADRAMENO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - SOUSA, 22/03/2017

Médico Perito: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO CRM:7416/PB

Dr. Raimundo Pereira de Oliveira Neto
Medicina do Trabalho
CRM 7416-PB

Assinatura do perito Examinador - CRM

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta n°: 10778573

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro:	**3160585834 ASL-1080610/16**
Vitima:	**CARLUCIANO DA SILVA**
Data Acidente:	**22/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **CARLUCIANO DA SILVA**
Valor: **R$ 4.725,00**
Banco: **001**
Agência: **000002176-8**
Conta: **000010024606-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**4.725,00**

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R$	**4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00019/00020 - carta_15R

00030010

Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10360421

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3160585834 ASL-1080610/16**
Vitima:	**CARLUCIANO DA SILVA**
Data Acidente:	**22/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Pag. 00469/00470 - carta_03

00070235

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2017

Carta n°: 10605339

A/C: CARLUCIANO DA SILVA

Sinistro:	**3160585834 ASL-1080610/16**
Vítima:	**CARLUCIANO DA SILVA**
Data Acidente:	**22/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00205/00206 - carta_02

00040103

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 4.725,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CARLUCIANO DA SILVA

BANCO: 001
AGÊNCIA: 02176-8
CONTA: 000010024606-0

Nr. da Autenticação 9B97E1E87732ED3F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160585834 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, FRATURA DE ESCAFÓIDE ESQUERDO, LESÃO DE PARTES MOLES DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA PARA FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. FEZ SUTURA DOS FERIMENTOS DA MÃO ESQUERDA NO MESMO DIA. APÓS 5 MESES DO ACIDENTE, NO DIA 24 DE OUTUBRO DE 2016, FEZ CIRURGIA PARA OSTEOSSINTESE DA CLAVICULA DIREITA. FEZ FISIOTERAPIA, EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO (160 GRAUS), DE EXTENSÃO (30 GRAUS), APRESENTA ATROFIA DO 5 DEDO DA MÃO ESQUERDA, E BLOQUEIO ATIVO DE MOVIMENTO DO MESMO. DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO DE FLEXÃO (40 GRAUS). NÃO APRESENTA EDEMAS.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA NETO

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R$ 4.725,00
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160585834 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CARLUCIANO DA SILVA **Data do acidente:** 22/05/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO MOTOR

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: OMBRO 50%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
CPF: 046.762.554-97

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/05/2016
Titular do CPF: CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

DOCUMENTO 1 "T1%"

CARLUCIANO DA SILVA : 046.762.554-97
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo recebimento na seguradora**
Data: 21/02/2017 Nome: CARLUCIANO DA SILVA CPF : 046.762.554-97	Data: 21/02/2017 Nome: Cristina Limeira Alves CPF: 041.380.364-31
CARLUCIANO DA SILVA	Cristina Limeira Alves

Monica Teixeira

Para: projeto.correio@seguradoralider.com.br
Assunto: 6902996 - 3160585834

Prezados bom dia

Encaminhamos a Declaração de residência e comprovante de endereço (já no processo), para que seja recebido, dando prosseguimento ao processo

Atenciosamente,

Monica Figueira Teixeira
Departamento de Sinistros

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rua Senador Dantas, 74 – 15º andar
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 7374
Fax: 55 21 2533-1427
E-mail : monica.teixeira@seguradoralider.com.br

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1080610/16
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA
CPF: 046.762.554-97

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 22/05/2016
Titular do CPF: CARLUCIANO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLUCIANO DA SILVA : 046.762.554-97
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

DOCUMENTO 8 *T8%*

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo recebimento na seguradora**
Data: 23/09/2016	Data: 23/09/2016
Nome: CARLUCIANO DA SILVA	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF/CNPJ: 046.762.554-97	CPF: 068.500.787-12
CARLUCIANO DA SILVA	Patricia Aleixo Silva

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA CARLUCIANO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 22/05/2016 CPF DA VÍTIMA 046.762.554-97

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 2997973 SSP/PB

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PROJETADA, S

Nº S/N COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE ITAPORANGA UF PB CEP 58.780-000

E-MAIL TELEFONE (83) 9.9832-6576

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL- CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS : _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS : _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/09/2016

IDENTIDADE 2997973 SSP/PB

ASSINATURA Carlucciano da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 02/09/2016 MATR. CORREIOS 8.488.638-7

NOME EMANUEL MISSIAS A. ANDRE

ASSINATURA EMANUEL MISSIAS A. ANDRE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, INACIO CAMILO,

RG nº 4173685, data de expedição 26/06/13, Órgão SSP/PB,

CPF nº 139.149.988-30, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA PROJETADA
Número	S/N
Apto / Complemento	—
Bairro	CENTRO
Cidade	ITAPORANGA
Estado	PARAÍBA.
CEP	58780-000
Telefone de Contato	83 99922 9776
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA, 12/07/2016.

Assinatura do Declarante: Inácio Camilo

JOSEFA LEITE FIGUEIREDO
RUA PROJETADA, S/N - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (AG: 154)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Distrito Mecejana - João Pessoa / PB - CEP 58037-580
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 3 - 154 - 35 - 2880
Nº medidor: 00008207142
Referência: Jun / 2018
Emissão: 09/06/2018

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.262.237
Código para Débito Automático: 000134832898

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

Conta referente a: Jun/2018

UC (Unidade Consumidora): 6/1348869-8

Canal de contato:

Apresentação: 09/06/2018

Data prevista da próxima leitura: 12/07/2018

CPF/CNPJ/RANI: 700.207.415

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/05/18	7880	08/06/18	7975		95	30

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 04/06/2018 PAGAS? OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	183	0,19171	35,09
ICMS	183	0,17	14,11
PIS	183	0,00	0,07
COFINS	183	0,00	0,33
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			6,80
JUROS DE MORA 05/2018			0,35
MULTA 05/2018			1,04
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			0,18

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/18	69
Abr/18	78
Mai/18	81
Fev/18	74
Jan/18	83
Dez/17	64
Nov/17	81
Out/17	83
Set/17	80
Ago/17	80
Jul/17	88
Jun/17	117

Média dos últimos meses: 88 kWh

	Base de Cálculo	Alíquota	Valor (R$)
ICMS	58,51	25,00 %	14,13
PIS	58,51	0,1000 %	0,07
COFINS	58,51	0,5700 %	2,88

VENCIMENTO: 16/06/2018

TOTAL A PAGAR: R$ 64,99

RESERVADO AO FISCO

1c7c.7aa1.93fd.6948.364f.2321.d89a.bf5d.

Indicadores de Qualidade (2018 - Apurado)

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	18,90	0,00
DIC TRIMESTRAL	13,74	
DIC ANUAL	27,48	
FIC MENSAL	9,80	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,22	
FIC ANUAL	14,45	
DMIC	3,81	0,00
DICRI	12,22	

Limite de Tensão (V)

MENSAL	1
	770
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	23

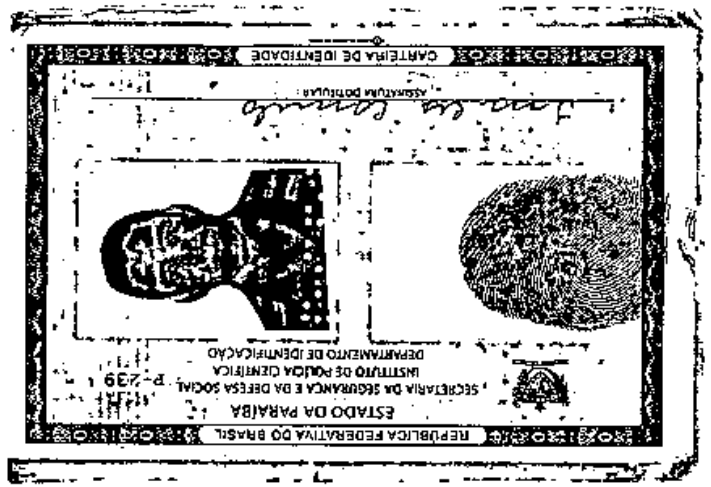
Composição do valor total da sua conta

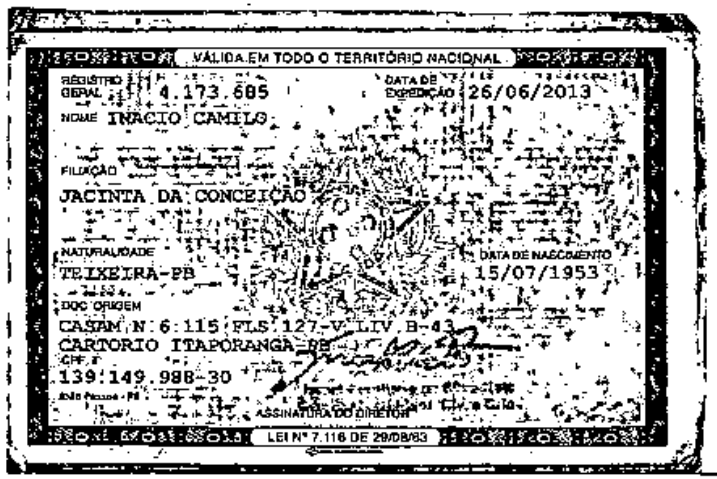
Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia (MPB)	14,37	22,11
Compra de Energia	18,63	28,67
Serviço de Transmissão	1,13	1,74
Encargos Setoriais	4,55	7,00
Impostos Cíveis e Encargos	26,11	40,16
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	64,99	100,00

Valor do PUSD (Ref 4/2018): R$ 17,20

ATENÇÃO

16861 15/09/2016 2896902 SEC 2006 ER 3001 E 5





PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Facebook.com/dpvatoficial

Youtube.com/dpvatoficial

Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender

CARLUCIANO DA SILVA

TELEFONE / Phone Number

ENDEREÇO / Address

PROJETADA, S/N

CEP / Zip: 58780000

CIDADE / City: ITAPORANGA

UF / State: PB

PAÍS / Country

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

PROGAC

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 012507315964

INACIO CAMILO

139149988-30

NOVO

PAS/MOTONETA/NACIONAL

CARGUEIRA

HONDA/BIZ 125 ES

2006 ANO MOD.

PARTICULAR

TEVA PRICONCRM

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

ETAPOR

31/05/2016

Adalto Chaves Souza

400531

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

PB Nº 012507315964 BILHETE DE SEGURO DPVAT

INACIO CAMILO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 31/05/2016
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

INACIO CAMILO

139149988-30

0092 3542

HONDA/BIZ 125 ES

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

SEGURADORA LÍDER DPVAT

400531

DOCUMENTO 7 "T7%"

16:06 15/09/2016 209895 SEGURADORA LIDER DPVAT 2 5

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

◆ O SEGURO DPVAT COBRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.

◆ ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELES MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.

◆ SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).

◆ SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REÚNA A DOCUMENTAÇÃO ABAIXO INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM www.dpvatseguro@dpvatsegs.com.br), SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.

◆ VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R$ 13.500,00	até R$ 13.500,00	até R$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E PROVA DE QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍNCULO COM O FALECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTANTE DO ANEXO DA LEI 6.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS PORAM DECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, CÓPIA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS E, AINDA, OS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E PROFISSIONAIS QUANDO ESTES FOREM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU COMPROVANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU PROFISSIONAL, CONTENDO DATA, ASSINATURA, CARIMBO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM JUDICIAL, QUANDO HOUVER.

◆ PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, INDICADOS NO ANEXO À RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

◆ IMPORTANTE:

- NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.

- O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 18 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

◆ PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

◆ A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

◆ O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 6.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.

◆ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BILHETE.

◆ O SEGURO DPVAT DEVERÁ SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO. O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORRERÃO SEMPRE NA MESMA DATA.

◆ O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 654/1992).

◆ 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:

- 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI 8.080/1990);

- 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 79 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

Seguradora Líder - DPVAT

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dpvatseguro@dpvatsegs.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCAIS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E DEMAIS DÚVIDAS.

SUSEP

DISQUE - SUSEP
0800 021 8484
www.susep.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTARQUIA FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO, RESSEGURO E CORRETORES DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

MULTAS DE TRÂNSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

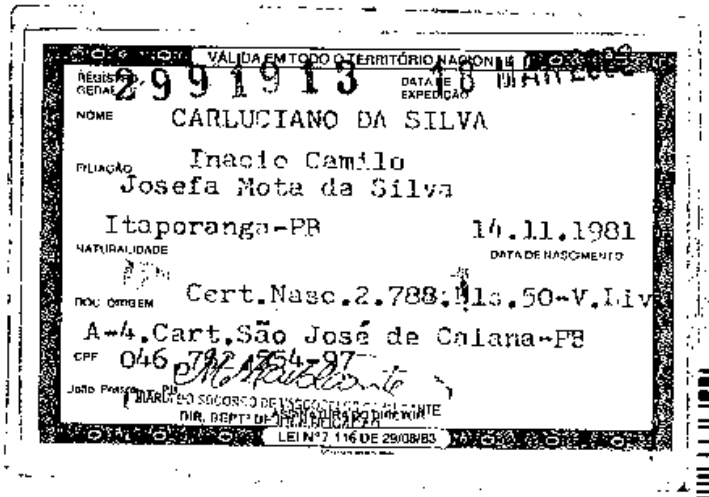
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.68

Carluciano da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2991913 DATA DE EXPEDIÇÃO 18 JAN 2000

NOME CARLUCIANO DA SILVA

FILIAÇÃO Inacio Camilo
Josefa Mota da Silva

NATURALIDADE Itaporanga-PB DATA DE NASCIMENTO 14.11.1981

DOC ORIGEM Cert.Nasc.2.788.fls.50-V.Liv
A-4.Cart.São José de Caiana-PB

CPF 046.762.554-97

João Pessoa, PB

MARCELO SOCORRO DE ASSIS CARVALHO
DIRETOR DEPTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DOCUMENTO 6 "TGW"

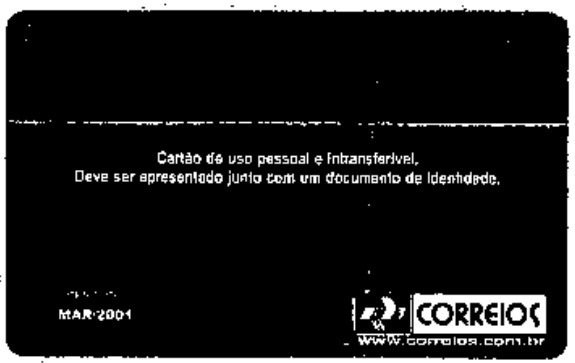
MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

046.762.554-97

CARLUCIANO DA SILVA

14/11/1981



Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

MAR/2001

CORREIOS
www.correios.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200280234 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLUCIANO DA SILVA **Data do acidente:** 12/04/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. WRYELL GOMES MUNIZ, CRM/PB 11400, 06/08/2020.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO (3160585834 - 22/05/2016) ANTERIOR EM R$ 4.725,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**