

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8481305

A/C: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

Sinistro: 3160054834  
Vitima: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES  
Data Acidente: 18/07/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

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](http://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](http://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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8534462

A/C: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

**Sinistro:** 3160054834  
**Vítima:** JARDSON NOGUEIRA FERNANDES  
**Data Acidente:** 18/07/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8730557

A/C: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

Sinistro: 3160054834  
Vitima: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES  
Data Acidente: 18/07/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

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, Jardson Nequeira Fernandes  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3883 056 EXPEDIDO POR SSP PB EM 06/08/2010  
 CPF 017994629-20 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO aux. adm. gerais  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jardson Nequeira Fernandes. 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 constituir 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTES:** 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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de indenização, sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31183-8

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.

João Paulo 22 de Dezembro de 2015 x Jardson Nequeira Fernandes  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**ANGELUS**  
seguros  
22 JAN. 2016



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
6ª DELEGACIA DISTRITAL**

## CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, as fls. ocorrência de nº 3893 /2015, na mesma continha o seguinte teor: Aos três dias do mês de dezembro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, as 19:40 horas, compareceu o **Sr. Jardson Nogueira Fernandes**, brasileira, solteiro, com 19 anos de idade, serviços Gerais, portador da cédula de identidade nº 3 883 056 SEDS/PB, filho de José Fernandes de Sousa e de Katiane Eliza Nogueira da Silva, natural de Campina Grande/PB, residente à (no) rua Armando Severino nº 214, Valentina Figueiredo, João Pessoa/PB, o qual notificou que, no dia 18 de julho do ano fluente, por volta das 05:00 horas aproximadamente, quando se conduzia como carona na moto Honda POP 100 de placa MOO 3156/PB, conduzida por José Antonio Vidal de Negreiros, na avenida principal do conjunto Valentina Figueiredo na cidade de João Pessoa, foi atingido por um veículo de placas e Condutor não identificado e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira com Lesões pelo Corpo, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.....

03  
12  
15

Santa Rita, 03 de dezembro de 2015.

*Jardson Nogueira Fernandes*

**ANGELUS**  
seguros  
22 JAN. 2016

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Yardson Nequeira Fernandes, portador da carteira de identidade nº 3883.056 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.994.624-20 residente e domiciliado na Formosa Severina da Silva, Bairro Gramma Cidade Yacaré Pessoa 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:

- ( ) 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.

X Yardson Nequeira Fernandes  
Assinatura do  
declarante  
conforme documento de  
identificação

Yacaré Pessoa 22/12/2015  
Local e data

**ANGELUS**  
seguros  
22 JAN. 2016



# Comprovante de ato declaratório

CIATURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
LEDO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 775526

At: 1

Data: 18/07/2015

Hora: 08:23:00

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

## DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2015.04.00096

Nome: JARDSON NOUGUEIRA FERNANDES

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3883056 Fone: 88471631

Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 06/11/1995 Id: 19 ano(s)

End.: RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, 214 VALENTINA 01 CARTAO DO SUS 2101026374000041

Bairro: VALENTINA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mae: KATIANE ELIZA DE SOUZA

Ocupação: AUXILIAR DE AMNUTENCAO SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: TIO RESPONSAVEL JOSE ANTONIO

Tel/Doc. Responsavel: 88492413 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO VALENTINA

DOCUMENTO 3

\*T3%\*



Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO DO CAMPO DA MARQUISE

Vitima de violencia por: HJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO EESTUDANTE

[ ] Caso Policial

## PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO CARRO COM MOTO, COM TRAUMA EM  
TORNOMELO E.

## CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Coma

[ ] Hemorragia [ ] Displ

[ ] Diarreia [ ] Agitação

[X] Regular [ ] Choque

[ ] Vômito

Observação

ANGELUS  
seguros

22 JAN. 2016

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação

18/07/2015  
10:00:00



-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

-----  
NOME DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico  
-----

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160054834 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JARDSON NOGUEIRA FERNANDES **Data do acidente:** 18/07/2015 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/02/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTOS ENVIADOS INCONCLUSIVOS

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## 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:**



# Comprovante de ato declaratório

CIATURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
LEDO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 775526

At: 1

Data: 18/07/2015

Hora: 08:23:00

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

## DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2015.04.00096

Nome: JARDSON NOUGUEIRA FERNANDES

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3883056 Fone: 88471631

Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 06/11/1995 Id: 19 ano(s)

End.: RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, 214 VALENTINA 01 CARTAO DO SUS 2101026374000041

Bairro: VALENTINA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mae: KATIANE ELIZA DE SOUZA

Ocupação: AUXILIAR DE AMNUTENCAO SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: TIO RESPONSAVEL JOSE ANTONIO

Tel/Doc. Responsavel: 88492413 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO VALENTINA

DOCUMENTO 3

\*T3%\*



Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO DO CAMPO DA MARQUISE

Vitima de violencia por: HJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO EESTUDANTE

[ ] Caso Policial

## PRE-CONSULTA

Nipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO CARRO COM MOTO, COM TRAUMA EM  
TORNOMELO E.

## CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Consciente

[ ] Hemorragia [ ] Dispn

[ ] Diarreia [ ] Agitação

[X] Regular [ ] Choque

[ ] Vômito

Observação

ANGELUS  
seguros

22 JAN. 2016

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação

18/07/2015  
10:00:00

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
-----

-----  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM  
-----

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

-----  
NOME DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160054834 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JARDSON NOGUEIRA FERNANDES **Data do acidente:** 18/07/2015 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSAO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** SEM SEQUELAS

**Resultados terapêuticos:** SUBMETDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUINDO SEM SEQUELAS

**Sequelae permanentes:**

**Sequelae:** Sem sequela

**Data da perícia:** 11/02/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** André Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

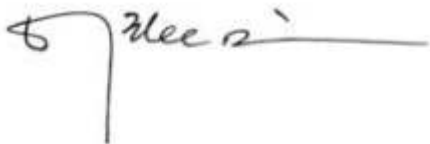
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Yardson Nogueira Fernandes

RG nº 3883.056, data de expedição 06/08/10, Órgão SSP-PB,

CPF nº 017.994.624-20, 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)	<u>Rua: Armando Severino da Silva</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Ap 02</u>
Bairro	<u>Grammae</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58067-024</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8849-2413 / 8851-4074</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 22/12/2015

Assinatura do Declarante: Yardson Nogueira Fernandes

**ANGELUS**  
seguros  
22 JAN. 2016

JOSE ANTONIO VIDAL DE NEGREIROS  
RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, SN / AP 02 - VALENTINA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58006000 (AG: 1)

52067-024 *Gromone*  
Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO  
Rotametro 18 - S - 844 - 5600  
Nº medidor 00008327313

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B: 230, Km 25 - Círculo Radial - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ: 08.066.183/0001-40 - Ins. Est. 18.018.923-7

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº001 181 108  
Código para Débito Automático: 0001451674-6

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196. Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

C 118 1021 0315 d7ac 28ca bab0 d873 8e67.

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1451674-6**

Jun / 2015

Canal de contato

Apresentação

TRABALHO INFANTIL, DEIXAR DE ESTUDAR E UMOCOS RISCOS

28/08/2015

Data prevista da próxima leitura

ENERGISA  
PARANÁ

**CAIXA**

0800 728 7474  
Ouvidoria  
(denúncias e reclamações)  
0800 728 2462  
(sugestões e elogios)  
0800 728 0101  
(informações, reclamações,  
www.caixa.gov.br  
(SAC CAIXA)  
Serviço de Atendimento ao Consumidor

Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com material plástico, álcool ou produtos químicos.

Nov/14 ---  
Out/14 139  
Set/14 151  
Ago/14 280  
Jul/14 122  
Jun/14 110

Média dos últimos meses:  
157 kWh

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,70	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,34	CONTRATADA 201
DIC ANUAL	22,68	LIMITE INFERIOR 231
FIC MENSAL	3,50	
FIC TRIMESTRAL	8,87	
FIC ANUAL	13,85	
DMIC	3,29	
DCRI	12,22	

VENCIMENTO

03/07/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 79,02

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	19,40	24,55
Compra de Energia	22,73	28,76
Serviço de Transmissão	1,84	2,33
Encargos Setoriais	4,33	5,48
Impostos Diretos e Encargos	29,92	37,88
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>79,02</b>	<b>100,00</b>

Valor do encargo do Usr. do Sistema de Distribuição  
(R\$ 4/2015) R\$ 31,70

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DÉBITOS ANTERIORES, a reavaliação e suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
- Leitura confirmada

ANGELUS  
seguros

22 JAN. 2016



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **JARDSON NOGUEIRA FERNANDES** Sinistro: **3160054834** Data: **18/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Armando Severino da Silva, SN, AP 02 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58067-024**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **3883056**

Data local do exame: [ **11/02/2016** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**CONTUSAO DO TORNOZELO ESQUERDO. SEM SEQUELAS**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUINDO SEM SEQUELAS**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [ **X** ] 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.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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 acometido.

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

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( **X** ) "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):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



André Lopes Soares - CRM: 6144 - PB



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Hudson Medeiros de Oliveira Almeida  
 RG nº 2615346, data de expedição 28/02/14 Órgão SSP-PB  
 CPF nº 010.621.944-89 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: Agente Fuxal José Costa Duarte
Número	157
Apto / Complemento	sala 01
Bairro	Mangabeira
Cidade	João Pessoa
Estado	Paraíba
CEP	58056-384
Telefone de Contato	(83) 98851-4074
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 22/12/2015

Assinatura do Declarante: x Almida

**ANGELUS**  
seguros  
22 JAN. 2016

**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA**  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 01 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Class/Subcls: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 425  
Nº medidor: 0000687521

Ref. início: Dez / 2015  
Emitido: 21/12/2015

**ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
Br 730, Km 25 - Cristó Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-090  
CNPJ 08.066.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.897.440  
Código para Débito Automático: 0001692811

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

litc. 9706 4182 / 9-b.0405 0915 310c 5973.

Conta referente a

**UC (Unidade Consumidora): 5/1698281-1**

Dez / 2015

Canal de contato

Não deixe água parada. Todos contra a dengue, zika e chikungunya.

Apresentação

21/12/2015

Data prevista da  
próxima leitura

20/01/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

1094722445

**Faturas em atraso**

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 16/12/2015 PAGAS  
OBRIGADO!

**Histórico de Consumo  
(kWh)**

Nov/15	322
Out/15	288
Set/15	273
Ago/15	349

**Cálculo de consumo**

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/11/15	3070	21/12/15	3393	1	323	31

**Demonstrativo**

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	323	0,41817	135,08
Adic. B. Vermelha			14,53
IMPOSTOS E ENCARGOS			58,22
ICMS (Base de Cálculo R\$ 224,89 (Alíquota 25,00%))			3,41
PIS			15,67
COFINS			15,75
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			0,35
JUROS DE MORA 11/2015			4,28
MULTA 11/2015			
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS			0,38
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2015			

**ANGELUS**  
seguros  
22 JAN. 2016

## DECLARAÇÃO

## Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Hudson Hudsons de Almeida Almeida, portador(a) do RG nº 2615346, expedido por Petron PB, em 28/02/14, CPF/CNPJ nº 010.621.944-89, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Yanderson Nogueira Fernandes do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade da vítima Yanderson Nogueira Fernandes, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresário Renda Mensal: R\$ recusou-se

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

X Almeida  
\_\_\_\_\_  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ANGELUS  
seguros  
22 JAN. 2016



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS,RG nº 1.697.194, data de expedição 15/05/2015,Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 181.860.924-04, com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAIBA,onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA. ARMANDO SEVERINO DA SILVA, nº SU, complemento VALENTINA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixomencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JARDSON MOGUEIRA FERNANDES, cujo o condutor eraJOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA POP 100Ano: 2008/2008Placa: MOB 3156-PBChassi: 9C2HBD2108R061609Data do Acidente: 18-07-2015Local e Data: JOÃO PESSOA - PB 26-11-2015

JOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS  
Assinatura do Declarante

**CARTÓRIO**  
**VIEIRA BATISTA**

**ANGELUS**  
seguros  
22 JAN. 2016

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel, Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel, Rosângela Vieira Batista - Substituto  
Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangueira/Paraná - CEP 55050-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3328-8877 / 3328-6120

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
JOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS

Em test. da verdade: João Pessoa - PB 26/11/2015 02:26:26  
Sergio Ricardo H. Mendonça - ESCRIVENTE AUTORIZADO  
[2015-056042]EPMOL:R\$ 17,75/FAPEN:R\$ 0,23 FEP:R\$ 0,23 ISS:R\$ 0,39  
SELO DIGITAL: ACJ73551-X161  
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tpij.jus.br>



ANGELUS  
seguros  
22 JAN. 2016

CLINICA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
LEDO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 775526  
Data: 18/07/2015  
Hora: 08:23:00  
Recepcionista: ADRIANA DA  
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2015.04.00099

Nome: JARDSON NOUGUEIRA FERNANDES

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3883056 Fone: 88471631

Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 06/11/1995 Id: 19 ano(s)

End.: RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, 214 VALENTINA 01 CARTAO DO SUS 2101026374000041

Bairro: VALENTINA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mae: KATIANE ELIZA DE SOUZA

Ocupação: AUXILIAR DE AMNUTENCAO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACCES DE ENTRADA

Resp.: TIO RESPONSAVEL JOSE ANTONIO

Rel/Doc. Responsavel: 88492413 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO VALENTINA

Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO DO CAMPO DA MARQUISE

Vitima de violencia por: HJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO EESTUDANTE

Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Con

☐ Hemorragia ☐ Espi

☐ Diarreia ☐ Agitao

☒ Regular ☐ Foca

☐ Vomito

Observacao

Lesão Principal

COLISAO CARRO COM MOTO, COM TRAUMA EM  
TORNADOZEL E.

ANGELUS  
seguros  
22 JAN. 2016

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-005

*Jardson Nogueira Fernandes*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DELAT. Nº 3.883.056

DATA DE EXPEDIÇÃO 06/08/2010

NOME JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

FILIAÇÃO JOSÉ FERNANDES DE SOUZA

KATIANE ELIZA NOGUEIRA DA SILVA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 06/11/1995

NASC. N. 67008 FLS. 32 LIV. A-60

CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB

017.994.624-20

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

ANGELUS  
seguros

22 JAN. 2010

DOCUMENTO 3 -T3%-

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTeira NACIONAL DE HABILITACAO		
NOME HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA		
	DOC. EXTENSOR / ORG. / SER. / UF 2613346 / SSP / PB	
	CPF 010.621.944-99	
	DATA NACIMENTO 08/02/1983	
	FUNÇÃO JESUALDO ELOI DE ALMEIDA ROSICLEIDE MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 894237237	SEXO MASCULINO	ACC AD
	1ª ENDEREÇO 01777916204	2ª ENDEREÇO 26/02/2019
	1ª NACIMENTO 09/05/2001	
OBSERVAÇÃO		
		
LOCAL JOAO PESSOA, PB		
DATA EMISSÃO 28/02/2014		
ASSINATURA DO DETENTOR Rodrigo Carneiro		
04104913622 PB028196023		
JOAO PESSOA, PB - GRAJAUBA		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		

ANGELUS  
seguros  
22 JAN. 2016



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Jardson Nogueira Fernandes, brasileiro(a),  
estado civil Solteiro, profissão Aux de ser Gerais, RG nº  
3883.056, CPF/MF nº 017.994.624-20 residente e domiciliado(a)  
à Rua João Pessoa Serrurino da Silva, Cidade de  
João Pessoa, Estado Paraíba, CEP:  
58067-024, telefone 9 8849.2413, 98851-4074.

**OUTORGADO:** Hudson Medeiros de Oliveira Almeida,  
CPF sob o n.º 010.621.944-89, e RG sob o n.º 2615346 com endereço  
na Rua: Agente Fiscal José Costa Duarte, 157 Bairro : Mangabeira na  
cidade de João Pessoa Estado da Paraíba.

**PODERES:** O **OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para:  
Reclamar junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização  
por invalidez permanente, Morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de  
Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de únicos  
herdeiros, bem como qualquer documento/formulário inerente ao pedido de  
indenização, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por  
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento  
do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar  
documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras  
conveniadas e a Susep.

**Obs.:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e  
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 24 de Novembro 2015

Jardson Nogueira Fernandes  
**OUTORGANTE**

**CARTÓRIO**  
**VIEIRA BATISTA**

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto  
Rua Elias Pereira de Araújo, 45 - Mangabeira - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3339-6995 / 3339-6990

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
JARDSON NOGUEIRA FERNANDES  
Em test. da verdade: João Pessoa - PB, 24/11/2015, 14:18:47.  
Waldeir de Souza Alves - ESCRIVÃO AUTORIZADO  
(2015-055612) ENL: R\$ 17,75 FAPEN: R\$ 0,23 FEPJ: R\$ 0,23 ISS: R\$ 0,00  
SELO DIGITAL: ACJ73045-8KGS  
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tibb.tos.br>

2º Ofício  
Distrital  
Pereira da  
Mangabeira  
João Pessoa - PB  
VIEIRA BATISTA

**ANGELUS**  
seguros  
22 JAN. 2016