
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, 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 ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



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.

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



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.

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 Nequira Fernandes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3883 056 EXPEDIDO POR SSP PB EM 06/08/2010
 CPF 017999623-20 /CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO auxiliar geral
 E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jardson Nequira 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

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 crédito sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

*ANGELUS
seguro*

22 JAN. 2010

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)

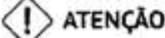
Nº do BANCO 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31183-8

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

22 de Dezembro de 2015 x Jardson Nequira Fernandes

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- ATENÇÃO
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ANGELUS
seguros
22 JAN. 2010



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

C E R T I D Ã O

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, brasileiro, 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 MOQ 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.....**

Jardson Nogueira Fernandes
Santa Rita, 03 de dezembro de 2015.

Jardson Nogueira Fernandes
ANGELUS
22 JAN. 2016



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jardson 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 Jardson Nequeira Fernandes, Bairro Charmante, Cidade João 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 Jardson Nequeira Fernandes
 Assinatura do declarante
 conforme documento de identificação

João Pessoa 22/12/2015
 Local e data


 ANGELUS
 seguros
 22 JAN. 2016

Comprovante de ato declaratório

PA: AUTORIDADE 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

Até

Data: 18/07/2015

Hora: 00.23.00

Recepção: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

Num. Prontuario: 2015.04.000394

CNS: 02M 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 RESPONSABEL JOSE ANTONIO

Tele/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 violência por: HJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO EESTUDANTE

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

		CONDICOES DO PACIENTE AO SER APENDIDO
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convalescente
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Desidratação
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Choquado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
COLISAO CARRO COM MOTO, COM TRAUMA EM CORPOZELO E.		Observacao

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

BO 2010020
BO 20100200

DETALHE DO PACIENTE

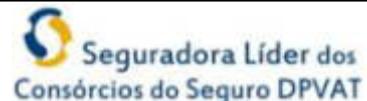
Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVC IML

Edson Lages Ferreira

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

PA: AUTORIDADE 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

Até

Data: 18/07/2015

Hora: 00.23.00

Recepção: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

Num. Prontuario: 2015.04.000394

CNS: 02M 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 RESPONSABEL JOSE ANTONIO

Tele/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 violência por: HJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO EESTUDANTE

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

		CONDICOES DO PACIENTE AO SER APENDIDO
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convalescente
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Desidratação
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Choquado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
COLISAO CARRO COM MOTO, COM TRAUMA EM CORPOZELO E.		Observacao

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

BO 2010020
BO 20100200

DETALHE DO PACIENTE

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

Edson Lages Ferreira

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: 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

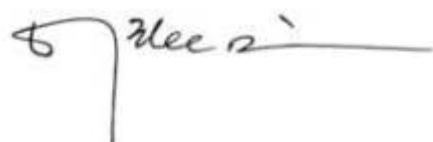
ACE Gestão de Saúde Ltda.

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, Jardson 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 Silve</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Ap 02</u>
Bairro	<u>Gramame</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: Jardson Nogueira Fernandes

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016

JOSE ANTONIO VIDAL DE NEGREIROS *
RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, 511 / AP 02 - VALENTINA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

58067-024 Gram
Classe/Subcls. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 16-5-844-6900 Referência: Jun / 2015
NP medidor 00008322313 Emissão: 28/08/2015

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
km 25 - Circuito Recreio - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.006.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-7

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica M/001 181 108
Cobrada mensalmente Automática - 000145815744

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

СИБУР 100% ПРИДАЕТ ЧЕРНОМОРСКОМУ МОРЕМ КРАСУ

Conta referência

EPC (Código do Consumidor): 5/1451574-6

Jun 12015

*TRABALHO INFANTIL: DEIXAR DE ESTUDAR É UM DOS

Apresentação

28/08/2015

Data prevista da
referência leitura

CAIXA

Consumo - Dias
113 31

Período termosessível. A vida útil dos edifícios impõe deslocos a de 0,7 anos, mas a projeção tomada leva em consideração um deslocamento a de 0,7 anos, que é o período de permanência de um edifício. Assim, é possível extrair uma projeção de 100 anos, que é a soma de 140 períodos de 0,7 anos.

Nov14	...
Oct14	138
Sept14	191
Aug14	280
July14	122
June14	110

VEN FIMMER

TOTAL A PAGAR

REFERENCES

	Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5,70	1,55	
DIG TRIMESTRAL	11,54		NOMINAL 22
FIG ANUAL	23,08		
FIG MENSAL	1,50	2,00	CONTRATADA
FIG TRIMESTRAL	8,87		LIMITE INFERIOR 20
FIG ANUAL	13,95		LIMITE SUPERIOR 23
DMIC	1,50	1,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia e PB	19,40	24,55
Compra de Energia	23,73	30,03
Sem.ço de Transmissão	1,84	2,28
Encargos Sist. Sist.	4,33	5,48
Impostos Diretos e Encargos	29,97	37,68
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	78,02	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
[Rai 4/2015] R\$ 31,70

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os "DEBITOS ANTERIORES", já reavulsados, a 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.

**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.

SUBMETDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUINDO SEM SEQUELAS

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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 - assinalar 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
 posso 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 Agenti Funes Jose Costa Duarte</u>
Número	<u>157</u>
Apto / Complemento	<u>sala 01</u>
Bairro	<u>Manoelândia</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58056-384</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98851-4074</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 22/12/2015

Assinatura do Declarante: Hudson

ANGELUS
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)

Classe/Subcls: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12-5 - 292 - 425
NP meddcr: 00008687521

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-730, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.096.123/0001-40 - Insc Est 16015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000.897.446
Código para Débito Automático: 00011882811

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

ITC 8706 4f82 / 3-b.0405.09f5.310c 5973

Conta referente a

UC (Unidade de 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:

1004220445

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 18/12/2015 PAGAS.
OBRIGADO!

**Histórico de Consumo
(kWh)**

Nov/15 322
Out/15 288
Set/15 273
Ano/15 247

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
20/11/15 3070	21/12/15 3393	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			15,87
COFINS			15,75
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			0,35
JUROS DE MORA 11/2015			4,28
MULTA 11/2015			
OUTROS SERVIÇOS FRESTADOS			0,38
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2015			

ANGELUS
22 JAN. 2016

ANEXO II

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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

Profissão: Comprador Renda Mensal: R\$ 1.000,00

Documentos comprobatórios: _____

X Hudson
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ANGELUS
22 JAN. 2016



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ 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
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, nº 510,
 complemento VALENTINA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima JARDSON MOGUEIRA FERNANDES, cujo o condutor era
José Antônio Vidal de Negreiros.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA POP 100

Ano: 2008 / 2008

Placa: MO B 3156 - PB

Chassi: 9C2H8D2108R061609

Data do Acidente: 18-07-2015

Local e Data: JOÃO PESSOA - PB 26-11-2015

José Antônio Vidal de Negreiros
 Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
VIEIRABATISTA

ANGELUS
 22 JAN. 2016

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

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRABATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
 Bel, Rómulo Vieira Batista - Tabuleiro / Bel, Rosângela Vieira Batista - S. Bel
 Rua São Pedro de Alcâr., 40 - Mangabeira/PB - CEP 58055-010 - João Pessoa - PB - Fone/Fax: (23) 4011-5238/6230

Reconheço como autêntica e verdadeira a(s) firma(s) de:
 JOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS
 Esta testemunha de verdade: João Pessoa - PB 26/11/2015 02:26:26
 Sergio Ricardo M Mendonça / ESCREVENTE AUTORIZADO
 [2015-056042] TECOL: R\$ 47,75 FARPEM: R\$ 0,23 FEPD: R\$ 0,23 ISS: R\$ 0,39
 SELO DIGITAL: ACJ73551-X161
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





CERTIDÃO

Nº. 2007/2015

Atendendo solicitação de **ANDERSON LOPES DOS SANTOS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 775526 pertencente a **JARDSON NOGUEIRA FERNANDES** que atendido na Unidade de Emergência do Ortotrauma no dia 18/07/2015 às 08h23min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de Julho de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

ANGELUS
50900
22 JAN. 2016

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
LEIXO 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 ATI
Data: 18/07/2015
Hora: 08:23:00
Recepção: ADRIANA DA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JARDSON NOGUEIRA 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 ALIMENTAÇÃO SEM ESPECIFICAÇÃO

INFORMAÇÕES DE ENTRADA

Resp.: TIO RESPONSÁVEL JOSE ANTONIO

tel/Doc. Responsável: 88492413 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO VALENTINA

Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vítima de acidente por: COLISÃO MOTO C/ CARRO DO CAMPO DA MARQUISE

Vítima de violência por: HJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO ESTUDANTE

Caixa Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER AFASTADO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Conv.
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Despi.
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitação
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Fibrilação
Caixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
COLISÃO CARRO COM MOTO , COM TRAUMA EM ABDOMÉNIO E.		Observação

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016

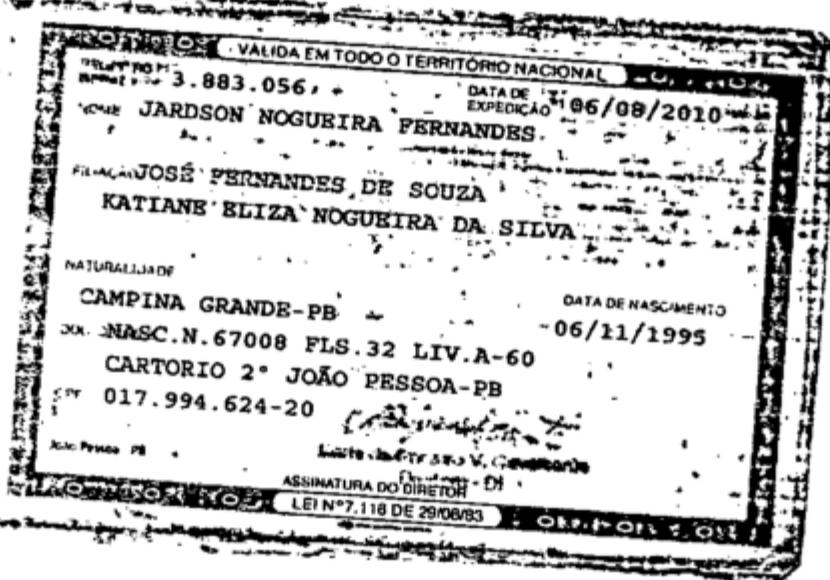
História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação



DOCUMENTO 3 - T3% -



ANGELUS
22 JAN. 2016



* T70% *

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DETAN - PB N° 012235978470
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

WA CO. RENAVART 2015000601604-Exercicio-
1 0097910523-4 00/00000000 2015
NAME

JOSE ANTONIO VIDAL DE NEGUEIROS

ENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MÍNISTÉRIO DA JUSTIÇA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
DETTRAN - PB	
Nº 012235978470	
L	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
C	
— VÁ —	
— GOL RENAULT — 2015/00000601604 — EXERCÍCIO	
— 1 — 0097910523-4 — 00/00000000 — 2015	
— NOME —	
JOSE ANTONIO VIDAL DE NEGUEIROS	
— ENDERECO —	
— OFICINA/PJ —	
18186092404 — PUNCA —	
— PLACA ANO/UF —	
5 NOVO PB — 9G2HB02108R061609 — CHASSI —	
— ESPECIE TIPO —	
EAS/MOTOCICLE/NAO APLIC — GASOLINA —	
— MARCA/MODELO —	
HONDA/POP100 — 2008 [ANO FAB] — 2008 [ANO MOD]	
— CATÓGORIA —	
2 P/97 /CI VARTIC — COR PREDOMINANTE —	
COTÁ UNICA — VENC. COTA UNICA —	
1º IPVA PAGO EM 24/11/2015 — 1º —	
2º V — FROTA IPVA — PRINCIPALMENTE/COTAS — 2º —	
3º A — ***** 0 — PREMIO TABAJARANO (R\$) — IDP (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO	
***** 0 — SEGURO — P.A.G.O — 13/07/2015 — OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
0	
JORO PESSOA-PB	
40681	
26/11/2015	
74462	

EL JUICIO ORGÁNICO DE DANOS PESADOS CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VARIAS TIPOS REVIERTO A UNA CARGA DE PESADA FRANCOTIRADAS DUNAS Y SEGURO DPA.

PB Nº 012235978470 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURADO 20

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		2015	DATA EMISSÃO	26/11/2015
PLACA		MOQ3156/PB		
RENAVAM		MARAÇA / MODELO		
00979105234		HONDA/ POP100		
ANO FAB.		Nº CHASSI		
2008		9C2HB02108R061609		
CAT. IPVA				
9				

- PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CMPL 03.248.605/0001-04
www.seguradoralider.com.br

TA63-1101A25-20151126

AGO-2015



26/11/2015
74633

www.seguradoralider.com.br

AGO-2015

ANGELUS
seguo's
22 JAN. 2016

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Hudson Moqueira Fernandes, brasileiro(a),
 estado civil Solteiro, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, RG nº
3883.056, CPF/MF nº 017.994.624-20 residente e domiciliado(a)
 à Rua Armando Severino 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 nº 010.621.944-89, e RG sob o nº 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

Hudson Moqueira Fernandes
OUTORGANTE

CARTÓRIO
 VIEIRA BATISTA

ANGELUS
 22 JAN. 2016

