

PROCURAÇÃO

AUTORGANTE: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, brasileiro, solteiro, atendente CPF: 047.542.614-29, RG: 2.872.483 SSP/PB, residente e domiciliado a Rua Augusto Vieira, 155 Centro-Sape- - PB, (83) 98611-0196,, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador:

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 11086, Maria Odir de Sousa Monteiro Neta, brasileira, ESTAGIARIA inscrito na OAB/PB 11216-E, Houseman Rocha, brasileiro, solteiro, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 13.534, Lilian Maria Duarte Souto, brasileira, solteira, ADVOGADA inscrito na OAB/PB 11490, Wellington Nóbrega Vilar, brasileiro, casado, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 15024 e Herika Coeli Da Silva Clementino, brasileira, ADVOGADA inscrita na OAB-PB 18925, todos estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 16/03/ 2017.

X *Derivaldo Luciano de Lima*

OUTORGANTE



Declaração de Hipossuficiência

Eu, **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, atendente CPF: 047.542.614-29, RG: 2.872.483 SSP/PB, residente e domiciliado a Rua Augusto Vieira, 155 Centro-Sape - PB, (83) 98611-0196, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

João Pessoa, 16 de março de 2017.

X Derivaldo Luciano de Lima





MARTINHO CUNHA MELO FILHO

Advocacia e Assessoria Jurídica S/C

Rua João Luís Ribeiro de Moraes, 66, Centro, J. Pessoa/PB,
9986-1011 e 3262 - 0162, EMAIL: martinhocmfilho@bol.com.br

CONTRATO DE SERVIÇO ADVOCATÍCIO

OUTORGANTE: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, brasileiro, solteiro, atendente CPF: 047.542.614-29, RG: 2.872.483 SSP/PB, residente e domiciliado a Rua Augusto Vieira, 155 Centro-Sape - PB, (83) 98611-0196, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador, como **Contratante e Contratados os Drs. MARTINHO CUNHA MELO FILHO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PB 11.086 e **MARIA ODIR DE SOUSA MONTEIRO NETA**, brasileira, ESTAGIARIA inscrito na OAB/PB 11216-E, estabelecido na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB, pelo presente instrumento particular de **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS**, contratante e contratados, acordam sobre as seguintes cláusulas contratuais:

1. **PODERES:** a quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber intimações, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, substabelecer, com ou sem reserva de poderes, tudo precedido de expressa autorização do outorgante, dando tudo justo, perfeito, firme e valioso.
2. Em remuneração desses serviços, o advogado **CONTRATADO** perceberá, a título de honorários advocatícios a quantia relativa a 30% (Trinta por cento do interesse econômico) a serem pagos no recebimento do valor em seu favor, descontando, ainda, os valores despendidos antecipadamente com despesas necessárias, tudo mediante recibo.
3. No caso de rescisão do presente contrato por parte da **CONTRATANTE**, ficarão os mesmos obrigados a ressarcir o (a) **CONTRATANTE** pelos prejuízos advindos da desistência, devendo estes serem concretamente provados;



4. Elegem as partes o foro desta Cidade para o fim de dirimirem qualquer questão oriunda do presente contrato;

5. Por se acharem de pleno acordo, sendo capazes, assinam o presente instrumento, consciente e espontaneamente, perante duas testemunhas, em duas únicas vias, sem rasuras e sem espaços, somente anverso, para maior validade Jurídica.

João Pessoa, quinta-feira, 16 de março de 2017.

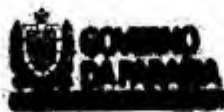
CONTRATANTE: X Derivaldo Luciano de Lima

CONTRATADOS: MARTINHO CUNHA MELO FILHO – OAB/PB 11.086

-E

TESTEMUNHAS: X



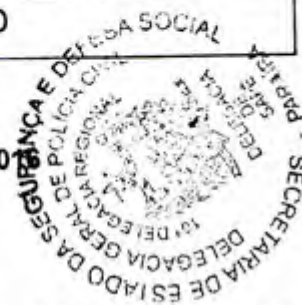


SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA COMARCA DE SAPÉ/PB
TELEFONE: 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA; ACIDENTE DE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 1614/2016

(Acidente de Motocicleta)

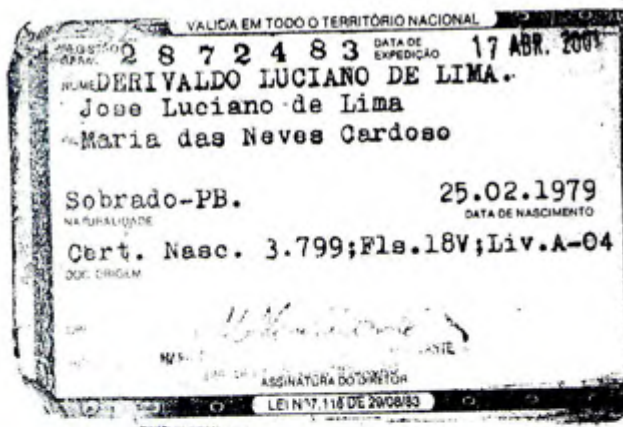


Aos (25) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10h25min, compareceu, **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, RG; 2872483/PB, -SSP/SP.** brasileiro, solteiro, natural de Sobrado/PB, com 37 anos de idade, nascido aos 25/02/1979, Atendente, filho de José Luciano de Lima e de Maria das Neves Cardoso, residente na rua Augusto Vieira - 155- Centro- Sapé-PB.(Tel.986110196) O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 19/10/16, por volta das 14:40m, fora vítima de um acidente quando conduzia uma Moto de MARCA HONDA CG-160-TITAN- EX, DE COR BRANCA- DE PLACA OEX3971/PB, ANO 2015/1016- CHASSI 9C2KC2210GR025551 de propriedade do senhor CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA-RG; 4180019-SSP/PB. QUE nas proximidades da rua Raniere Mazzile, próximo a Pizaría Dinapolis, o mesmo colidiu na trazeira de um veículo que não sabe identificar os dados do mesmo; QUE após o ocorrido, o mesmo fora socorrido por populares daquela localidade para o Hospital Trauminha em Mangabeira; QUE o declarante sofrera lesões e fora cirurgiado no quarto dedo da mão direita, conforme Laudo apresentado nesta Delegacia de Polícia. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

Sapé, 25 de Outubro de 2016.

Derivaldo Luciano de Lima
NOTICIANTE





01



CERTIDÃO

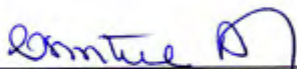
Nº. 0041/2017

Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 897349 e Prontuário Nº 2016.10.001890 pertencente à **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA** que foi atendido dia 19/10/2016 às 14H52min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em mão e perna direitas.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura exposta do 4º quirodáctilo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/10/2016 com alta médica dia 21/10/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de Janeiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

01



REPÚBLICA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

G. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

6-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 897349

Atd: Nao Regulado

Data: 19/10/2016

Hora: 14:52:06

Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLOR

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

CNS: 209668053420002 Sexo: M IDENTIDADE: 2872483 Fone: 986110196

Natural: SOBRADO/PB Data Nasc.: 25/02/1979 Id: 37 ano(s)

End.: RUA ARISTACO PESSOA, 161RG (PB) ATENDENTE DE TELEMARTING

Bairro: JAGUARIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: JOSE LUCIANO DE LIMA

Mae: MARIA DAS NEVES CARDOSO

Ocupação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Rel: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Tel. Loc. Responsavel: 986110196 / IDENTIDADE: 2872483

Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.10.001890

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DETECEIROS VITIMA DE COLISAO

Vitima de acidente por: DE MOTO X CARRO NO CRISTO PROX A PIZZARIA DINAPO

Vitima de violência por: LIS AS 14:40 CONDUTOR M COMPLETO (SIC PCTE)

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

FR:

FC:

Peso:

Glicemia:

Ci; Abd:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Colisao moto e carro paciente apresentando contusões em membros de m.d. + escoriações em M.D.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Acidente de moto c/ trauma em mão (D) e perna (D). Ao exame: ferimento cortante-contuso no 3º e 4º dedos da mão e dor em perna (D).

Diagnostico: Artrodia

Conduta:

- 1º atendimento
- 2º RX de mão/perna
- 3º Avaliação de ortopedia

Prescrição: Definição de 4000

c/ dor em mão

Dr. Roberto Chianca de Camargo Filho
CRM-PB 100

FISCAL JOSE
6-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLORES
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.10.001890
CNS: 209668053420002 Sexo: M IDENTIDADE: 2872483 Fone: 986110196
Natural: SOBRADO/PB Data Nasc.: 25/02/1979 Id: 37 ano(s)
End.: RUA ARISTACO PESSOA, 161RG (PB) ATENDENTE DE TELEMARTING
Bairro: JAGUARIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: JOSE LUCIANO DE LIMA
Mae: MARIA DAS NEVES CARDOSO

Ocupação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Rel.: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Tel. Loc. Responsavel: 986110196 / IDENTIDADE: 2872483

Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DETECIDOS VITIMA DE COLISAO
Vitima de acidente por: DE MOTO X CARRO NO CRISTO PROX A PIZZARIA DINAPO
Vitima de violência por: LIS AS 14:40 CONDUTOR M COMPLETO (SIC PCTE)
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PAR: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Ci. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Queixa Principal

Colisao moto e carro paciente apresentando corte
em dedos de m d + escoriações em MSD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Acidente de moto c/
trauma em mão D e perna D. Ao exame: ferimento
corto - contuso no 3º e 4º quindactilo e dor em
perna D.

Diagnostico

Ortopedia

Conduta 1º atendimento
2º RX de mão / perna
3º Avaliação de Ortopedia

Prescrição

Definido a 4000 Sutura
c/ ded em m d
exposto
cd: An M.

Dr. Heisenberg S. M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 6229
CNS: 38016277284148

Dr. Roberto Chaves de Carvalho Filho
CRM-PB 100

05



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DD sob bloq
- 2) Lavagem sujo
- 3) Antepsia
- 4) Lavagem limpo

Incisão:

- 5) Debr. do mto
- 6) Fixação c/ fio + 1.5 em extensão

Achados:

- 7) Ex. controle
- 8) Art. 1.0
- 9) Auto
- 10)

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 19/10/16

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 59056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Derivaldes Lucas de Lenc</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
	M		Int		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
19/10/16		21/10/16			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Tx Exposta ao QDD Exposta.					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx + Exame físico					
PROCEDIMENTO REALIZADO					
RIFI					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	
				<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓBITO

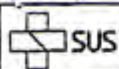
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<u>Paciente admitido em tratamento ambulatorial de QDD Exposta, neurocirurgia (com ressecção de QDD).</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
DIETA:	<u>Leve</u>
REPOUSO:	Relativo em casa por <u>30</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Amoxicilina</u>	
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA		ASS. MÉDICO / CRM
21/10/16		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		

Dr. Henrique





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Rs. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Clériston Lucas Lima

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐ Fem. ☐

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Depo em estado 4 QD(D) 566

37 - OBSERVAÇÕES

Reob. hto. e

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - REGISTRO DO CONSELHO

41 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Denilson L. Lima 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 S56, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 dias, a partir desta data.

João Pessoa, 15/12/16
CNS: 98001627284148
Dr. Helson de M. Almeida
MÉDICO CRM PB: 6229
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(*) _____, 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 ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



JOSE LUCIANO DE LIMA
RUA AUGUSTO VIEIRA, 155 - CENTRO
SAPÉ - PB CEP: 56340000 (AG 51)

Classe 522 x RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO 8/220V/60Hz - Conta Presente - João Pessoa/PB - CEI: 58071-680
Roteiro 1 - 51 - 40 - 6840 Referência Out/2016 CNF: 026 005.103-0001-40 - Inc. Est. 11016-003-0
Nº medidor 00026382426 Emissão: 26/10/2016 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 00013-294
Código para Débito Automático: 8-000681406

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 063 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 8/65140-6

Canal de contato

Out/2016

Apresentação

05/10/2016

Data prevista da próxima leitura

04/11/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

87408548400

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
05/09/16 4527	05/10/16 4673	1	116	29
Demonstrativo				
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
CONSUMO EM kWh	116	0,442,36	51,27	
CMS			25,57	
PIS			0,92	
COPANG			4,23	
CONTRIBUIÇÃO LAMP. PÚBLICA				5,47
JURCS DE MORIA 05/2016				0,57
MULTA 05/2016				1,43
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2016				0,08

Histórico de Consumo (kWh)

Sep/16	132
Ago/16	121
Jul/16	131
Jun/16	128
Mai/16	141
Abr/16	140
Mar/16	147
Fev/16	145
Jan/16	144
Dez/15	43
Nov/15	12
Out/15	42

BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
CMS	21,22	25,57
PIS	21,22	0,92
COPANG	21,22	4,23

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos 12 meses
138 kWh

13/10/2016

R\$ 105,62

aa70.65be.6e5d a79d df2c 8995 b5ed 2e20.

Indicadores de Qualidade 7/2016-8/2016

Limites - da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	7,28	4,05	CONTRATADA	24,42	23,12
DIC TRIMESTRAL	14,83		LIMITE INFERIOR	26,57	27,05
DIC ANUAL	29,08		LIMITE SUPERIOR	1,50	1,59
FIC MENSAL	3,61	2,00	ENCARGOS SORTEIO	9,50	9,09
FIC TRIMESTRAL	7,22		IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	41,26	39,15
FIC ANUAL	14,45		CUSTO SERVIÇOS	0,00	0,00
OMC	4,16	4,10			
DICRI	12,22				
Total				106,62	100,00

ATENÇÃO

-REAVISO DE VENCIMENTO. Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 20/10/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para correção. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, descredite(-i) essa mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

PARAIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro 1 - 51 - 40 - 6840
Matrícula: 85140-2016-10-0

13/10/2016

R\$ 105,62

83650000001-0 05620054000-5 00651402016-0 10900510019-2



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

Carta n°: 10733588

A/C: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Sinistro: 3170091258 ASL-0053166/17
Vítima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Data Acidente: 19/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

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: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000054125-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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. 0197501976 - carta_15R





Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

Vistos, etc.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

