

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIVALTER JOSE DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180167137**

Vitima: **LUCIVALTER JOSE DA COSTA**

Data do Acidente: **28/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180167137**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12661578



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUCIVALTER JOSE DA COSTA

Sinistro: 3180167137  
Vítima: LUCIVALTER JOSE DA COSTA  
Data do Acidente: 28/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180167137** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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

Sinistro: **3180167137**  
Nome do(a) Examinado(a): **LUCIVALTER JOSE DA COSTA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CIDADE DE AGUA BRANCA nº 645 - INDUSTRIAS - JOAO PESSOA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 8528479-0030 - MINISTÉRIO DO TRABALHO**  
Data e local do acidente: **28/09/2017 JOAO PESSOA/PB**  
Data e local do exame: **27/04/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E POSTERIOR FISIOTERAPIA.CONTROLE AMBULATORIAL.ALTA EM 03/11/2017.SEM COMPLICAÇÃO**

III.Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE CERCA DE 24 CM NA FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA,SUPERFICIALIZAÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTESE ,LIMITAÇÃO DA FORÇA E HIPOTROFIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO,DESVIO DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO PARA FORA COM PÉ EM ABDUÇÃO, LIMITAÇÃO DO APOIO DO PÉ SOBRE O SOLO, E DO AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E INSTÁVEL. ALTA EM 03/11/2017.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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

☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 858 803 451 91	Nome completo da vítima LUCIVATER JOSE DA COSTA
---------------------------	---------------------------------	--

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

Nome completo LUCIVATER JOSE DA COSTA		CPF titular da conta	Profissão PEONEIRO
Endereço RUA CIDADE DE AGUA BRANCA		Número 645	Complemento Q 891 L 196
Bairro DAS INDUSTRIAS	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58060000
Email		Telefone (DDD) (83) 968 008299	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADÉSCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ 0729	DV [ ]	CONTA NRQ 00007544	DV 8
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todas as bancas)

BANCO Nome [ ]	NRQ [ ]
AGÊNCIA NRQ [ ]	CONTA NRQ [ ]
(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 26 de Março de 2019  
Local e Data

Assinatura do Beneficiário: [assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. MANAIRA SHOPPING

DATA: 24/03/2018

HORA: 14:15:52

TERMINAL: 07291025

CONTROLE: 072910250122

AGENCIA: 0729 - MANAIRA SHOPPING

CONTA: 013.00007544-8

CLIENTE: LUCIVALTER JOSE DA COSTA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
22/03	14.000

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
01/03	8.000
14/03	15.000

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR 14.000,00

Fevereiro

26/02	241003	CP MAESTRO	1.000
-------	--------	------------	-------

Março

01/03	000000	REM BASICA	8,00C
01/03	000000	CRED JUROS	3,00C
14/03	141254	DP DIN LOT	15,00C
22/03	000000	REM BASICA	8,00C
22/03	000000	CRED JUROS	0,00C

RESUMO EM 23/03

SALDO 17,50C

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
24/02	10:03	PG NET PROVIDOR	1.000

TOTAL 1.000

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00580.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00580.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:33 horas do dia 26 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Lucivalter Jose da Costa**, CPF nº 858.803.454-91, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Severina Josefa da Conceição e José Martiniano da Costa, natural de Lagoa do Itaenga/PE, nascido(a) em 14/04/1972 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Água Branca, Nº 645, complemento QD. 871, LT. 198, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Cagepa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98791-5751.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Tancredo Neves, Em Frente Ao Antigo Amarelinho, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Ipês; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/09/17 21:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Qua ao atravessar a via para ir ao ponto de ônibus foi atropelado por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 14.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 26 de março de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
LUCIVALTER JOSÉ DA COSTA  
Noticiante



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

LUCIVATEA JOSÉ DA COSTA

CPF da Vítima

85880345491

Data do Acidente

28/09/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Paulo 26 de Março de 2018  
Local e Data

Luiz Alberto Gomes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

da Costa

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB**

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 801/027, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1835884, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **LUCIVALTER JOSE DA COSTA** idade 45 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento)** no dia 28/09/2017, na Av. Tancredo Neves, Bairro: Ipês - João Pessoa - aproximadamente às 21:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 15 de Janeiro de 2018.

**Jefferson da Rocha Augusto**  
Estatístico  
CRE/5ª Região: 10171

**Jefferson da Rocha Augusto**  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV SECUR E REMIDA  
12 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIVALTER JOSE DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000007544-8

---

Nr. da Autenticação 4C0C44B2215E6CFB

**LUCIVALTER JOSE DA COSTA**  
 RUA CIDADE DE AGUA BRANCA, 645 / Q 811 L 196 - DAS INDUSTRIAS  
 JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)  
 Emissão: 23/03/2018 Referência: Mar/2018  
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-220, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-890  
 Roteiro: 14 - 2 - 719 - 3880 Nº medidor: 0000821211

**energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 CNPJ: 09.095.103/0001-40 Insc. Est. 15.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº004.084.166  
 Cód. para DAt. Automático: 00016792681

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	23/03/2018	24/04/2018	85880345491

UC (Unidade Consumidora): **5/1679268-1**

**Canal de contato**

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.  
 - Furtos de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica a quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.  
 - Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 22/02/18	Leitura 5275	Data 23/03/18	Leitura 5377	1 102 29
<b>Demonstrativo</b>				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alíq. Icms(R\$) Base Calc. Pw(R\$) Cofins(R\$)
			Trânsitos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS	Pw/Cofins(R\$) (0,6777%) (0,1214%)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,244940	7,34 7,34 27 1,88 7,34 0,04 0,22
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,419900	29,39 29,39 27 7,93 29,39 0,20 0,82
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	2,000	0,829940	1,25 1,25 27 0,34 1,25 0,01 0,04
0810	Subsídio			34,88 34,88 27 9,42 34,88 0,24 1,08
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			1,52 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2018			0,19 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805	MULTA 02/2018			1,06 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0905	Devolução Subsídio			-24,15 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 51,49 72,87 18,67 72,87 0,48 2,27

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
**02/04/2018** **R\$ 51,49**

Histórico de Consumo (kWh)  
 129 | 121 | 103 | 101 | 88 | 101 | 100 | 91 | 107 | 108 | 110 | 104  
 Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18

RESERVADO AO FISCO  
 22c6.51a1.5629.b440.53d5.0f86.abc2.b035.

Indicadores de Qualidade 1/2018: Nupor			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL 220
DIG TRIMESTRAL	10,52		
DIG ANUAL	21,25		
FIC MENSAL	3,50	0,00	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL	6,80		LIMITE INFERIOR 231
FIC ANUAL	13,20		
DMIC	3,03	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	10,08	19,54
Compra de Energia	11,90	23,11
Serviço de Transmissão	1,54	2,99
Encargos Setoriais	2,79	5,42
Impostos Diretos e Encargos	25,23	49,94
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>51,49</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 1/2018) R\$ 15,88

**ATENÇÃO**  
 - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$24,15

Faturas em atraso

12-ABR. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

energisa PARAIBA  
 Roteiro: 14 - 2 - 719 - 3880  
 Matrícula: 1679268-2018-03-5

**VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
**02/04/2018** **R\$ 51,49**

83670000000-0 51490149000-3 16792682018-1 03500002019-4





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1030726

PACIENTE: LUCIVALTER JOSÉ DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 14.04.72

Data e Hora do Atendimento: 28.09.17

Horário: 22:29h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento queixando de trauma importante na perna direita acompanhado de dor e limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Jose Martinho Pontes CRM 4719, Dra. Rhaissa Assunção CRM 9963.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** FRATURA DA PERNA DIREITA CID 10 S 82 9

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx da perna direita AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio e tratamento conservador com imobilização com encaminhamento para o ORTOTRAUMA.

**ALTA HOSPITALAR:** 29.09.17 às 0:25h

**Data da Emissão:** 14.02.18

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920



**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1030726



### Identificação do paciente

ID 518287	Nome LUCIVALTER JOSE DA COSTA	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Sexo Masculino
Data de nascimento 14/04/1972	Idade 45 anos 5 meses 14 dias			Prontuário
Mãe SEVERINA JOSEFA DA CONCEICAO			Pai JOSE MARTINIANO DA COSTA	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) O MESMO	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87994760		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3325823PB		Nº Cns 898003303626555	
Local de procedência BAIRRO DOS IPES			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade LAGOA DE ITAENGA		CBO/R	

### Endereço

CEP 58028840	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PRESIDENTE TANCREDO NEVES
Número 135	Complemento		Bairro IPES

### Admissão

Data e Hora 28/09/2017 22:29:31	Número da pulseira 1000005987435	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

### Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso _____	Temperatura _____
--------------------------	----------------	----------------------

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos  
28/09/17 Paciente deu entrada neste setor vítima de atropelamento. No momento consciente e orientado, porém ingênuo tendo alcoolizado. Medicação CPM e encaminhado ao CTI.

### Diagnóstico

Atendido por  
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Imprimir

TOMOGRAFIA		Tempo 52seg
IPD ...	Evanlio	
IAIA ...	28/09/17	
IOKA ...	Belleza R. P. de Menezes	
OME TEC. RAD.:	Te. em Radiologia	
SS.:	CRIS 203041	

28/09/2017 22:



S, instituido pelo  
médico do Decreto  
nente reformulado  
de aprovou a CLT.  
recurso de queques

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTILHA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

125.80269,44-6

**8528479**

0030

PB



For order good the order

COMPREV SECURIS ET REVID...  
12 ABR. 2018  
PROTOCOLO \*  
AG. JOÃO PESSOA

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**LUCIVALTER JOSE DA COSTA**

FILIAÇÃO.....: JOSÉ MARTINIÃO DA COSTA

SEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

**NASCIMENTO...:** 14/04/1972

**SEXO: MASCULINO**

**ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO**

**NATURALIDADE:** LAGOA DO ITAENGA - PE

DOCUMENTO.....: C. I. 33255823 18/05/2005 SSP PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 858.803.45

GNH...

**TIT. ELEITOR: 042483680833**

SEÇÃO: 238

**ZONA: 1**

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 02/01/2012

Rodolfo Ramalho Catho  
Supervisor Regional de Trabalho e Emprego em Paraíba

● 2013 年 12 月 10 日 星期一

ALTERAÇ

ΠΙΛΑΝΟΪΑ

DATA DE NASC. DE  
DOCUMENTO

NO ONE

DOCUMENIT

NOVA!

DOCUMENTO

None

DOCUMENTO

## ACKNOWLEDGMENTS

LE C

$\alpha$ -GLUCOSAMINIDASE	C-GLUCOSAMINIDASE
F-SITRACINOLONE	O-WAXYLOL

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180167137 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIVALTER JOSE DA COSTA **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA DE CERCA DE 24 CM NA FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA, SUPERFICIALIZAÇÃO DO MATERIAL DE SÍNTESE, LIMITAÇÃO DA FORÇA E HIPOTROFIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DESVIO DO EIXO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO PARA FORA COM PÉ EM ABDUÇÃO, LIMITAÇÃO DO APOIO DO PÉ SOBRE O SOLO, E DO AGACHAMENTO SOBRE O JOELHO DIREITO, MARCHA CLAUDICANTE E INSTÁVEL. ALTA EM 03/11/2017.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E POSTERIOR FISIOTERAPIA. CONTROLE AMBULATORIAL. ALTA EM 03/11/2017. SEM COMPLICAÇÃO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \*REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

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

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180167137 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIVALTER JOSE DA COSTA **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 24/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.  
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**