

---

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**



---

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 sequela permanente

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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoraallider.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: 858 803 451 91 Nome completo da vítima: LUCIANA FER. JOSÉ DA COSTA

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

Nome completo <b>LUCIVARTE JOSÉ DA COSTA</b>		CPF titular da conta	Profissão <b>PENELAG</b>
Endereço <b>RUA CIDADE DE ÁGUA BRANCA</b>		Número <b>645</b>	Complemento <b>Q 831 L 196</b>
Bairro <b>DAS INDUSTRIAS</b>	Cidade <b>JOSÉ PESSOA</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58060000</b>
Email <b>(63) 9 88 00 8299</b>			

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"/> RECUZO 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
 <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	D/V
0729		000075441	8
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
 <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Name		
	ICU/PREV		
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	D/V	D/V
		i2 APP	2040
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante a liberação do crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Pinca, 26 de Maio de 2015  
Local e Data

For all your la Cosa

**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: 07291825 CONTROLE: 072918250122

AGENCIA: 0729 - MANAIRA SHOPPING  
CONTA: 013.00007544-6  
CLIENTE: LUCIVALTER JOSE DA COSTA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
22/03	100,00
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012	
DATA	VALOR
01/03	100,00
14/03	100,00

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 100,00

Fevereiro

26/02 241003 CP MAESTRO 100,00

Marco

01/03	000000	REM BASICA	0,00C
01/03	000000	CRED JUROS	0,00C
14/03	141254	DP DIN LOT	100,00C
22/03	000000	REM BASICA	0,00C
22/03	000000	CRED JUROS	0,00C

RESUMO EM 23/03

SALDO

100,00C

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

EXTRATO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DT COMP HORA ESTABELECIMENTO

24/02 18:03 PG NET PROVEDOR

VALOR

100,00

T O T A L

100,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

12 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**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 N° 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 TÉRCIO 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 fé.

João Pessoa/PB, 26 de março de 2018.

*Fabiana Bezerra*  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação



*Lucivalter José da Costa*  
LUCIVALTER JOSE DA COSTA  
Noticiante

*Comprovado e registrado*  
12 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

*LUCIVALEN JOSÉ DA COSTA*

CPF da Vítima

*85880345191*

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.

*Joná Pino* 26 de Maio  
Local e Data

*12 ABR. 2018*  
*AG. JOÃO PESSOA*  
*PROTÓCOLO*

*Em seu nome* João Pino

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*da Carta*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



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/5º Região: 10371  
**SAMU 192 IP**

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

12 ABR. 2018  
COMPREV SEC. DE SAÚDE  
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: 00000007544-8

---

Nr. da Autenticação 4C0C44B2215E6CFB

LUCIVALTER JOSE DA COSTA  
RUA CIDADE DE AGUA BRANCA, 645 / Q 811 L 198 - DAS INDUSTRIAS  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000080 (AG: 1)

Emissao: 23/03/2018 Referencia: Mar / 2018 ENERGISA PARAIBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO CIR/230,Km25-Cristo Redentor-Joao Pessoa/PB-CEP:58021-820  
Roteiro: 14 - 2 - 719 - 3880 N° medidor: 00068821211 CNPJ:09.095.192/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0  
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica Nº 004.094.166  
Cód. para Débito Automático: 00016792681

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RAM  
Mar / 2018 23/03/2018 24/04/2018 85880345491  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1679268-1

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.459, de 26 de abril de 2002.
- Furtar de energia é a maior rouboada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dor d'água. E ainda prejudica谁 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	Lectura 5275	Data 23/03/18	Lectura 5377	1 102 29
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Alm. ICMS(R\$) Base Calc. PIS(R\$) Cofins(R\$)
			Tratado Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Cofins(R\$) (0,6777%) (0,1214%)	
0801	Consumo ate 30KWh-BR	38.000	0,244940	7,04 1,24 27 1,98 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 0,92
0801	Consumo - 101 a 220KWh-BR	2.000	0,629940	1,25 1,25 27 0,34 1,25 0,01 0,04
0810	Subsídio			34,88 34,88 27 8,42 34,88 0,24 1,08
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA		1,52	0,00 0 0,00 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 0,00
0805	MULTA 02/2018		1,06	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0806	Devolução Subsídio		-24,15	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 51,49 72,87 19,87 72,87 0,48 2,27  
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
104 02/04/2018 R\$ 51,49

Histórico de Consumo (kWh)

129 | 121 | 103 | 101 | 98 | 101 | 101 | 100 | 81 | 107 | 108 | 110 | 104  
May/17 Abril/17 Maio/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-Mensal Composição do Consumo

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL	10,08	19,54
DIC TRIMESTRAL	10,92			11,90	23,11
DIC ANUAL	21,25			1,54	2,89
FEI MENSAL	8,50	0,00	CONTRATADA	2,79	5,42
FEI TRIMESTRAL	16,60		LIMITE INFERIOR	25,29	46,94
FEI ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR	0,03	0,00
DMIG	10,03	0,00		Total	51,49 100,00
DCRI	12,22				

Valores EUJD (Ref. 1/2018) R\$ 15,68

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 VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
Roteiro: 14 - 2 - 719 - 3880 02/04/2018 R\$ 51,49  
Matrícula: 1679268-2018-03-5



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**

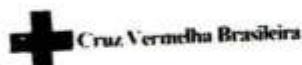
**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx da perna direita AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio e tratamento conservador com imobilização com encaminhamento para o ORTOTRAUMA.

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



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

Boletim de Atendimento: 1030726



### Identificação do paciente

ID 516287	Nome <b>LUCIVALTER JOSÉ DA COSTA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 14/04/1972	Idade 45 anos 5 meses 14 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe <b>SEVERINA JOSEFA DA CONCEICAO</b>				Pai <b>JOSE MARTINIANO DA COSTA</b>
Escolaridade <b>FUNDAMENTAL INCOMPLETO</b>				Responsável (Parentesco) <b>O MESMO</b>
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87994760	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3325823PB	Nº Crs 898003303626555		
Local de procedência <b>BAIRRO DOS IPES</b>		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade <b>LAGOA DE ITAENGA</b>	CBO/R		

### Endereço

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

### Admissão

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

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	<i>CÓM. PREV. SEC. C. / 12 ABR. 2018</i>
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		<i>EMERGENCIAL</i>

SIN

### Sinais Vitais

PA <i>X</i>	mmHg	P脉	Temperatura
----------------	------	----	-------------

*PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA*

### Exames complementares

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

### Dados clínicos

*28/09/17 Paciente que entrou no hospital vítima de atropelamento. No momento comentei e orientei ab, para imobilizar bêbado alcoolizado. Meu caco CPM é encaminhado ao CDI*

*Enfermeira  
Dai...  
00124615*

### Diagnóstico

Atendido por  
**JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA**

Imprimir

TOMOGRAFIA		Tempo 52seg
PO ...	<i>emantio</i>	
DATA ...	<i>28 / 09 / 17</i>	
TURA ...	<i>Wellman R. F. de Oliveira</i>	
QME TEC. RAD.	<i>Lei. Rad. Clin.</i>	
SS.:	<i>DATA: 20/09/17</i>	

28/09/2017 22:

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

SOCIAL

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

125.80269.446

0030

PB

8528479

L. Lucivalter José da Costa



5. Instituída pelo  
medio do Decreto  
nº 100, reformulado  
e aprovado o CTG.  
é de qualquer  
modo os dados  
básicos  
entre os perante  
para o  
seu benefício  
do fundo di-  
so contido  
neste  
conservação  
e as alívidades

ver protegendo  
isto de sua vi-  
ação e validade  
dor e cidadão  
turo e o de seu  
também, como

QUESTÃO DO  
SOCIAL

INTERESSANTE

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO

DATA

DATA DE NASC.

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

12 ABR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



LUCIVALTER JOSE DA COSTA

FILIAÇÃO: JOSÉ MARTINIANO DA COSTA  
SEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO  
NASCIMENTO: 14/04/1972 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: LAGOA DO ITAÊNGA - PE  
DOCUMENTO: C. I. 33255823 18/05/2005 SSP PB

LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 658.803.454-91 CNH:  
TIT. ELEITOR: 042483880033 SEÇÃO: 238 ZONA: 1

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

R. 186, 2.º Andar  
Rodolfo Rangel Catão  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego no Pernambuco

# 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## 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

**Valorização 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:**