



Número: **0801047-11.2019.8.15.0941**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Água Branca**

Última distribuição : **29/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RENATO FEITOSA DE LIMA (AUTOR)		VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38587557	21/01/2021 09:54	<a href="#">Petição</a>	Petição
38587558	21/01/2021 09:54	<a href="#">2703099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
38587560	21/01/2021 09:54	<a href="#">2703099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190693050

Vítima: RENATO FEITOSA DE LIMA

Data do Acidente: 29/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO FEITOSA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15229856

Pag. 00307/00308 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190693050**

**Vítima: RENATO FEITOSA DE LIMA**

**Data do Acidente: 29/03/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), RENATO FEITOSA DE LIMA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**Recebedor: RENATO FEITOSA DE LIMA**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 001**

**Agência: 000003251-4**

**Conta: 000010022113-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 086.288.554/08 4 - Nome completo da vítima: Renato Feitosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Renato Feitosa de Lima 6 - CPF: 086.288.554/08  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Vereador João Emiliano Nunes 9 - Número: 511 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Imaculada 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58745-000  
15 - E-mail: jotacilio1970@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 9.9131.7273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3251 4 CONTA: 22113 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Teresinha - PE, 11/12/2019

Renato Feitosa de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11/12/2019



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL**  
**16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DELEGACIA DE IMACULADA**  
Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PB, 58.745-000.

**CERTIDÃO**

Eu, JOSÉ ROMÃO LUSTOSA NETO, Agente de Investigação no uso de suas atribuições, certifico, a pedido do SR. RENATO FEITOSA DE LIMA, que encontra-se registrado na página 116, do LIVRO DE OCORRÊNCIAS Nº 07, o BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111/2019, com conteúdo conforme a seguir:

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 111/2019**

(LIVRO 07)

DIA E HORA DA NOTICIA: DIA 11/DEZ/2019, ÀS 09H07.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA LESIONADA.

DIA E HORA DO FATO: DIA 29 DE MARÇO DE 2018, POR VOLTA DAS 16H00.

LOCAL DA OCORRÊNCIA: NA RODOVIA PB-306, IMEDIAÇÕES DO SÍTIO CABORÉ, ZONA RURAL DE IMACULADA/PB.

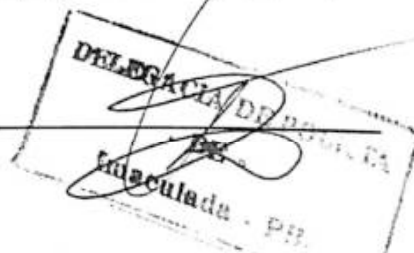
NOTIFICANTE: RENATO FEITOSA DE LIMA, conhecido por RENATO, brasileiro, solteiro, Agricultor, 32 anos, nascido aos 26/AGO/1987, filho de Erasmo Siqueira de Lima e Francisca Feitosa dos Santos, residente e domiciliado na rua Vereador João Emiliano Nunes, s/n, bairro São José, Imaculada/PB, RG nº 3514485 SSP/SP e CPF nº 086.288.554-08.

VEÍCULO: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN MIX KS, VERMELHA, ANO 2009, MODELO 2010, PLACA MOF-1451/PB, CHASSI Nº 9C2KC1610AR017422, CÓDIGO RENANVAN Nº 0020320902-8, LICENCIADA EM NOME DE GEOVÂNIO POMPEU CAMPOS, COM CPF Nº 127.781.564-02.

**HISTÓRICO:** Nesta Delegacia, sob a supervisão da Delegada DARCINAURA ALVES DE ASSIS, o notificante **DECLAROU QUE**, trafegava sozinho no veículo acima descrito, se deslocando da cidade de Imaculada/PB para o sítio São Gonçalo, quando, próximo ao Posto de Saúde São Gonçalo, perdeu o controle do mesmo em uma derrapagem devido à pista de rolamento estar molhada, o que causou um tombo; QUE, com o tombo o notificante ficou desacordado e foi socorrido para o Hospital Regional de Patos/PB, onde recuperou a consciência e descobriu que havia fraturado ossos da mandíbula; QUE, o notificante foi submetido a cirurgia e ficou internado por dezoito dias. Nada mais disse nem lhe foi perguntado. Declarações prestadas com base na lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (Lei da Desburocratização). DECLARO AINDA SER CONHECEDOR DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS A QUE ESTAREI SUJEITO, CASO O QUANDO AQUI DECLARADO NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE (art. 299 do CPB – FALSIDADE IDEOLÓGICA). Lido e achado conforme, vai devidamente assinado pela notificante e por mim, Agente de Investigação que o digitei.

SOLICITANTE:

*Renato Feitosa Lima*






**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL**  
**16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DELEGACIA DE IMACULADA**

Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PB, 58.745-000.

Imaculada/PB, 11 de DEZEMBRO de 2019.

  
**JOSÉ ROMÃO LUSTOSA NETO**

Agente de Investigação  
Mat. 156.531-1





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 086.288.554-08 4 - Nome completo da vítima: Renato Feitosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Renato Feitosa de Lima 6 - CPF: 086.288.554-08  
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: rua Vereador João Emiliano Nunes 9 - Número: 511 10 - Complemento: COISA  
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Imaculada 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58745-000  
15 - E-mail: lotaciliodpvat@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 9.9131.7273

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3251 4 CONTA: 22113 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Santa Teresinha - PE, 11/12/2019

Renato Feitosa de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11/12/2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	19/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

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

CLIENTE: RENATO FEITOSA DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03251-4

CONTA: 000010022113-0

---

---

Nr. da Autenticação B1E1EBC65E6CD4D2



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 035.054.933



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ERASMO SIQUEIRA DE LIMA  
RUA VER JOAO EMELIANO NUNES S/N  
IMACULADA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1880219-9

## REFERÊNCIA

NOV/2019

## APRESENTAÇÃO

28/11/2019

## CONSUMO

45

## VENCIMENTO

05/12/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 42,17

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/11/2019				
Pagador: ERASMO SIQUEIRA DE LIMA CNPJ/CPF: 251.314.004-49				
RUA VER JOAO EMELIANO NUNES S/N - SAO JOSE - IMACULADA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009234752	001880219201911	05/12/2019	R\$ 42,17	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISM: ESTADUAL Nº 160572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
02883444.5

Nº Documento: 20190828834445

ESCRITÓRIO PATOS

MATRÍCULA  
02883444.5

CLIENTE  
JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

CPF/CNPJ:  
081.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO  
29/08/2019

INSCRIÇÃO  
075.010.405.0064.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL  
RUA ANTONIO BARRETO, 41 - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-180

FATURA  
08/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA ESGOTO  
LIGADO LIGADA

ÚLTIMOS CONSUMOS

07/2019 -	2	06/2019 -	2
05/2019 -	3	04/2019 -	2
03/2019 -	1	02/2019 -	2

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	2	R 5312

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
52	54	2	31	0,07
16/07/2019	16/08/2019	NºHm:	Y18F162170	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

2 M3

37,91

ESGOTO

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ESGOTO

2 M3

30,33

ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 06/2019

1,36

JUROS DE MORA 06/2019

0,11

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 10,27

CONTA RETIFICADA

TOTAL

R\$

69,71

#CHEGADETRABALHOINFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 07/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,99	Cor Aparente	8,80	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,70	P.H.	6,60	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 28/08/2019



MATRÍCULA  
02883444.5

INSCRIÇÃO  
075.010.405.0064.000

FATURA  
08/2019

NÃO RECEBER APÓS  
31/08/2020

VENCIMENTO 29/08/2019

VALOR R\$ 69,71

GRUPO: 560

FIRMA: 2

CONTA RETIFICADA

82610000000-7 69710010075-2 02883444501-8 08201910003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ OTACÍLIO BATUTA DE LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 081886574 / 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RENATO FEITOSA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o nº 086-288554 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura INUNDEZ da vítima RENATO FEITOSA DE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o nº 086-288554 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Rectus informat

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA ANTONIO BARRETO</u>	Número: <u>41</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Monte Castelo</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58707-180</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99133-7273</u>

Local e Data: PATOS-PB, 10 DE DEZEMBRO DE 2019.

José Otacilio Batuta de Lima

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARABA (83)3423-2741

Cod. Intern. 29503  
Data/Hora 29/3/2018 18:53:00

Pontuação: 100185  
Ocorrência: QUEDA DE NÍVEL  
Classif. Risco: VERDE  
Origem: PRÓPRIA RESIDÊNCIA

Transporte: AMBULANCIA BRANCA

Reg. N. Enc. N

Servidor do Dr.:

Paciente:

RENATO FEITOSA DE LIMA

Idade: 30 Gênero: HOMEM CIS

Filiação

Filiação I

FRANCISCA FEITOSA DOS SANTOS

Filiação II

ERASMO SIQUEIRA DE LIMA

Endereço

Cidade

IMACULADA - PB - 58745-000 - 2506707

N. SN

Endereço

PROJETADA

Bairro

CENTRO

Naturalidade

IMACULADA - PB

Fone

(00)00000-0000

Documentos

CNS

Identidade

35144055606 SP

CNPJ

Reg. Nasc.

Informações adicionais

Nascimento

28/8/1987

Cor

PARDA

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Profissão

AGRICULTOR(A)

Responsável

*Deposito Seguro de Fiança*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*V. História da Moléstia atual: acidente de trânsito.*

EXAMES OBJETIVOS. (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Exame físico: sem alterações*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

*FRATURA MANDIBULAR*

CID:

DADOS DA SAÍDA

Data:

*29/03/2018*

Hora:

*18h*

Min

Motivos:

☒ Alta Curado

☒ Alta Melhorado

☐ Alta com Defeito

☐ Transfêrência

☐ Evolução

☐ Óbito

México/CRM

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

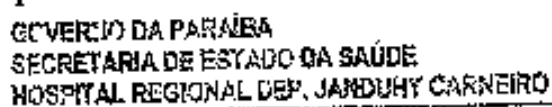


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:54:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109545414800000036793075

Número do documento: 21012109545414800000036793075

Num. 38587558 - Pág. 11



NOME: Renato Fautoza

DA CLÍNICA C. cirurgica

A CLÍNICA cond. cirurgica

ENFERMARIA 12

LEITO 03

MOTIVO DA CONSULTA: Resaca cirurgica.

04-08-18.

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>ALMEIDA FÉLIX DE VILA</u>	
DA CLÍNICA <u>CT 1307</u>	ENFERMARIA <u>                    </u>
A CLÍNICA <u>LAZARONA</u>	LEITO <u>                    </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS RESEJA OPINIÃO</u> <u>DETERMINAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO</u>	
<u>PRISÃO LITIGANDO</u>	
<u>03/01/18</u>	<u>                    </u> ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTAR
PARECER: <u>30 anos</u> <u>Advogado - Campinas de Goiás</u> <u>Prisão</u> <u>Adv. Fél. V.</u> <u>ECG - normal</u> <u>Doença cardíaca</u> <u>Prisão</u>	
<u>                    </u>	<u>                    </u> ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA







## EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: RENATO FEITOSA DE LIMA

LEITO: 05

REG: \_\_\_\_\_

DATA: 30/07/20 HORA: 06:15 BMF  
Paciente no 3º dia, com febre de maneira (comp)  
(2), aguda, com suores.  
Apresenta ecemas pré-queimados por  
em submúltiplos e comp.  
Fm. mal-estar, mobilização de febre  
com fio de esp.  
P: Apresenta ecemas pré-queimados  
e febre aguda.

31/07/20  
Paciente vítima de queimadura de 1º grau  
fechada em região de mandíbula e maxila  
não refere dor. Apresenta febre aguda  
com mal-estar. Apresenta ecemas pré-queimados  
e febre aguda.  
Conduta: Realização de BUDOMAXIL  
e prescrição em Amoxil.

02/08/20 BMF  
Paciente no 3º dia, com febre aguda  
mal-estar.  
Normal EOB - Cont. com mal-estar, febre  
aguda, suores.  
P: Apresenta ecemas  
e febre aguda.  
Conduta: Realização de BUDOMAXIL  
e prescrição em Amoxil.

03/08/20 BMF  
Paciente no 4º dia, com febre aguda  
mal-estar.  
Normal EOB - Cont. com mal-estar, febre  
aguda, suores.  
P: Apresenta ecemas  
e febre aguda.  
Conduta: Realização de BUDOMAXIL  
e prescrição em Amoxil.







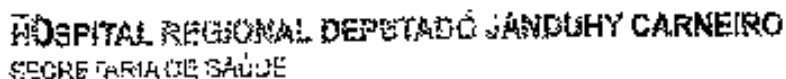
## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Ressyto Fe Xora		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Ent.	Leito	
12-4-2018	07	05	
Cirurgião	1º Auxiliar		
Dr. FELIBIO XAVIER	Dr. THIAGO		
Anestesiista	Tipo de Anestesia		
Dr. GIL	GERAL		
Diagnóstico Pré-Operatório			
FRATURA MANDIBULA BILATERAL			
Tipo de Cirurgia			
CRUENTAS			
Diagnóstico Pós-Operatório			
0. 1111-1111			
Relatório Inicial do Período			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia	Sem ocorrência		

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso	Tática e Técnica	Ligaduras	Drenagem	Sutura	Material Empregado	Aspectos Viscerais
(1)	ANALISANDO					
(2)	INCISÃO INTRA ORAL (1)					
(3)	DISSECCÃO					
(4)	INCISÃO INTRA ORAL (2)					
(5)	DISSECCÃO					
(6)	Redução					
(7)	Sutura					
(8)	Curativa					





02 01	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73
----------	---	---	---	---	---	--





LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS  
FARMÁCIA HOSPITALAR

# HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUÍ CARNEIRO

AV. JACQUES DE AGUIAR, S/N - BELA HORIZONTE - PATOS - PARAÍBA

TELEFONE: (33) 3121-2235

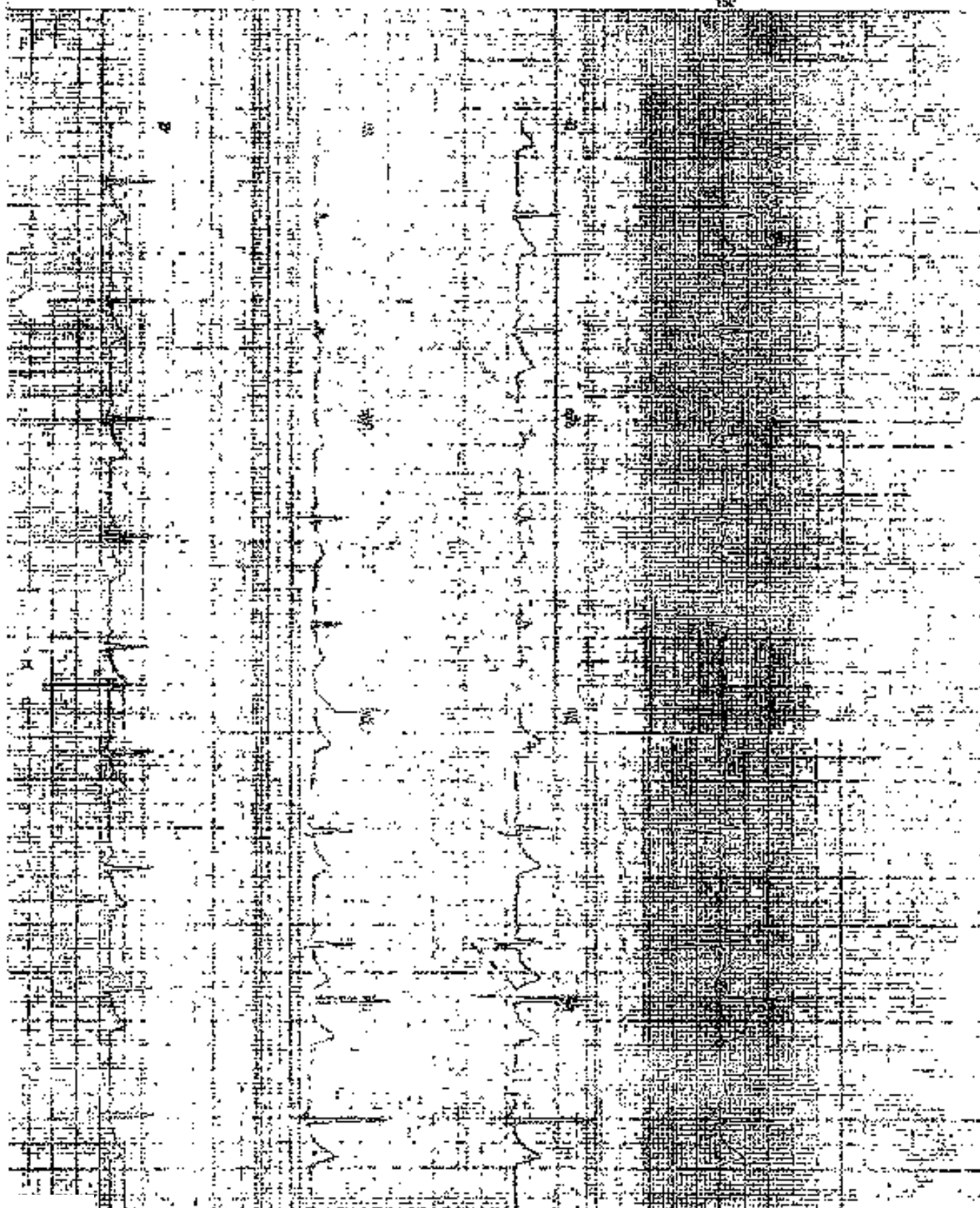
Nome: Renato F. S.

Assinatura:

Suelio

Idade: 30 anos Sexo: M Data: 01/01/2021

Assinatura: Suelio



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:54:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109545414800000036793075>

Número do documento: 21012109545414800000036793075

# HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

AV. LUIZ STANISLAU 307 - BELA HORIZONTE - PATO DE MARIÁ

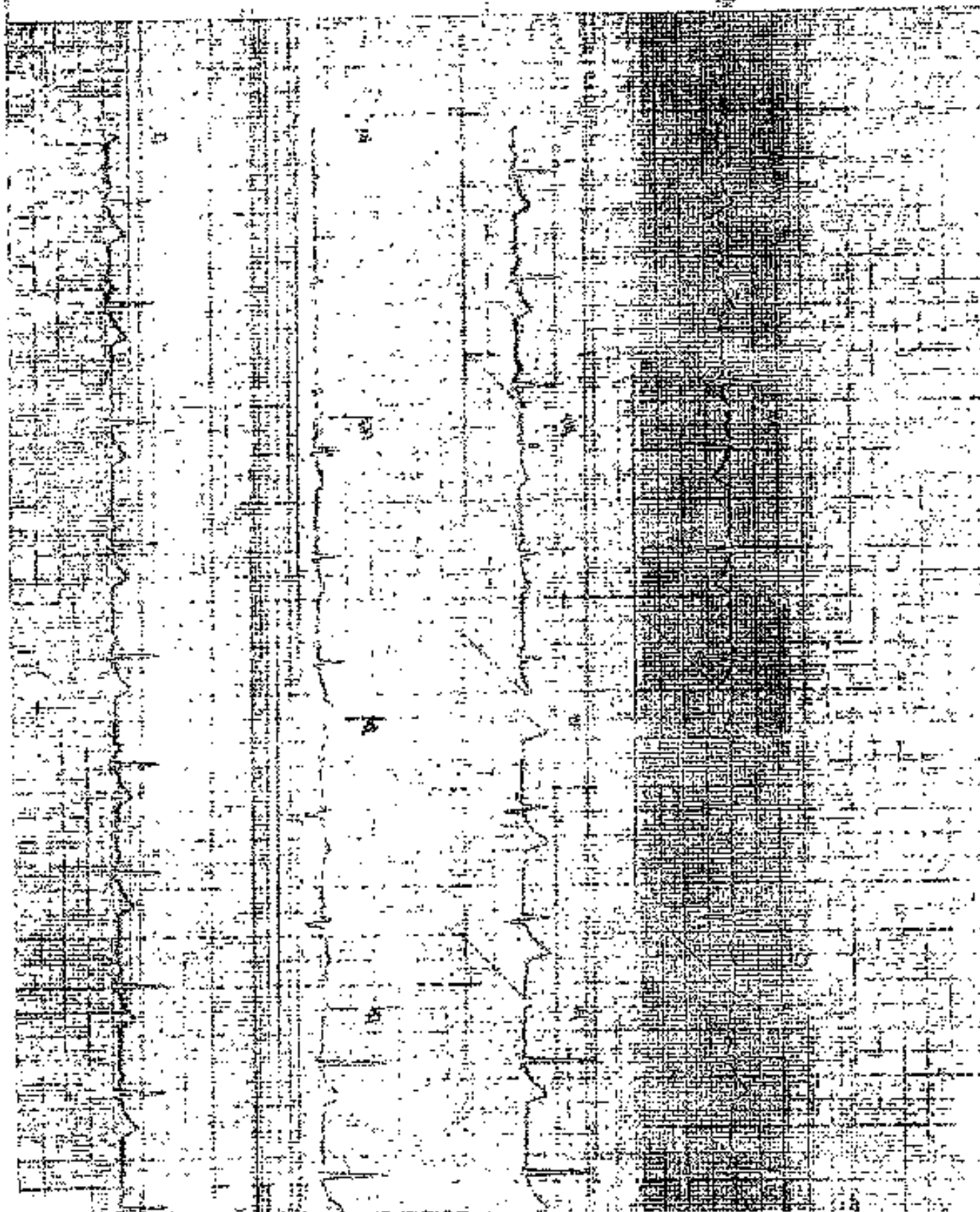
CEP: 35401-2215

Nome: Renato Ferreira

Idade: 30 anos Sexo: M Data: 03/04/2020

Observações:

Cirurgia 10/5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:54:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109545414800000036793075>

Número do documento: 21012109545414800000036793075

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b> <b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO</b> <b>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO</b>	
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1068946111	<b>NOME</b> <b>RENATO FEITOSA DE LIMA</b>
	<b>DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF</b> <b>3514485 SSDS/SP</b>
	<b>CPF</b> <b>086.288.554-08</b>
	<b>DATA NASCIMENTO</b> <b>26/08/1987</b>
	<b>FILIAÇÃO</b> <b>ERASMO SIQUEIRA DE LIMA</b> <b>A</b> <b>FRANCISCA FEITOSA DOS SANTOS</b>
	<b>PERMISSÃO</b> 
	<b>ACC</b> 
	<b>CAT. HAB.</b> <b>AB</b>
<b>Nº REGISTRO</b> <b>05947841764</b>	<b>VALIDADE</b> <b>04/06/2018</b>
	<b>1ª HABILITAÇÃO</b> <b>05/12/2013</b>
<b>OBSERVAÇÕES</b>  <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>  <i>Renato Feitosa de Lima</i> <b>ASSINATURA DO PORTADOR</b>	
<b>LOCAL</b> <b>SAO BERNARDO DO CAMPO, SP</b>	<b>DATA EMISSÃO</b> <b>03/03/2015</b>
<i>Daniel Annenberg</i> <b>Daniel Annenberg Diretor Presidente do Detran-SP</b> <b>ASSINATURA DO EMISSOR</b>	
<b>DETRAN-SP (SAO PAULO)</b>	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1068946111	<b>15044136657</b> <b>SP724607471</b>





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**NOME**  
**JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
 7092913 SDS PE

**CPF** 081.886.574-17 **DATA NASCIMENTO** 06/02/1989

**FILIAÇÃO**  
 JOSE VALERIANO DE LIMA  
 MARIA LUZINETE BATISTA DE LIMA

**PERMISSÃO** **ACC** **CAT. HAB.**  
 AB

**Nº REGISTRO** 04295047969 **VALIDADE** 09/02/2023 **1º HABILITAÇÃO** 15/02/2008

**OBSERVAÇÕES**

*Jose Otacilio Batista de Lima*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL** PATOS, PB **DATA EMISSÃO** 05/03/2018

*Assinatura*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

41615542015  
 PB036270164

**PARAÍBA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1638550962**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1638550962**



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB		Nº 012650210828	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	12778156402	PLACA	M381451/PB
UF	PB	UF	PB
ANEXO	9C/KC1610AR0174/2	ANEXO	9C/KC1610AR0174/2
ECONOMIO POMPEI CAMPOS			
NOME			
1 002032002-8 00/00000000 2016			
MARCA/MODELO			
HONDA/CG 150 TITAN MIX KS			
CATEGORIA			
2 P/149 /CT			
PARTIC			
VERRELLA			
COTA ÚNICA			
1 P/149 /CT			
2 21/04/2016			
3 2			
4 3			
5 0			
6 0			
7 0			
8 0			
9 0			
10 0			
11 0			
12 0			
13 0			
14 0			
15 0			
16 0			
17 0			
18 0			
19 0			
20 0			
21 0			
22 0			
23 0			
24 0			
25 0			
26 0			
27 0			
28 0			
29 0			
30 0			
31 0			
32 0			
33 0			
34 0			
35 0			
36 0			
37 0			
38 0			
39 0			
40 0			
41 0			
42 0			
43 0			
44 0			
45 0			
46 0			
47 0			
48 0			
49 0			
50 0			
51 0			
52 0			
53 0			
54 0			
55 0			
56 0			
57 0			
58 0			
59 0			
60 0			
61 0			
62 0			
63 0			
64 0			
65 0			
66 0			
67 0			
68 0			
69 0			
70 0			
71 0			
72 0			
73 0			
74 0			
75 0			
76 0			
77 0			
78 0			
79 0			
80 0			
81 0			
82 0			
83 0			
84 0			
85 0			
86 0			
87 0			
88 0			
89 0			
90 0			
91 0			
92 0			
93 0			
94 0			
95 0			
96 0			
97 0			
98 0			
99 0			
100 0			
101 0			
102 0			
103 0			
104 0			
105 0			
106 0			
107 0			
108 0			
109 0			
110 0			
111 0			
112 0			
113 0			
114 0			
115 0			
116 0			
117 0			
118 0			
119 0			
120 0			
121 0			
122 0			
123 0			
124 0			
125 0			
126 0			
127 0			
128 0			
129 0			
130 0			
131 0			
132 0			
133 0			
134 0			
135 0			
136 0			
137 0			
138 0			
139 0			
140 0			
141 0			
142 0			
143 0			
144 0			
145 0			
146 0			
147 0			
148 0			
149 0			
150 0			
151 0			
152 0			
153 0			
154 0			
155 0			
156 0			
157 0			
158 0			
159 0			
160 0			
161 0			
162 0			
163 0			
164 0			
165 0			
166 0			
167 0			
168 0			
169 0			
170 0			
171 0			
172 0			
173 0			
174 0			
175 0			
176 0			
177 0			
178 0			
179 0			
180 0			
181 0			
182 0			
183 0			
184 0			
185 0			
186 0			
187 0			
188 0			
189 0			
190 0			
191 0			
192 0			
193 0			
194 0			
195 0			
196 0			
197 0			
198 0			
199 0			
200 0			
201 0			
202 0			
203 0			
204 0			
205 0			
206 0			
207 0			
208 0			
209 0			
210 0			
211 0			
212 0			
213 0			
214 0			
215 0			
216 0			
217 0			
218 0			
219 0			
220 0			
221 0			
222 0			
223 0			
224 0			
225 0			
226 0			
227 0			
228 0			
229 0			
230 0			
231 0			
232 0			
233 0			
234 0			
235 0			
236 0			
237 0			
238 0			
239 0			
240 0			
241 0			
242 0			
243 0			
244 0			
245 0			
246 0			
247 0			
248 0			
249 0			
250 0			
251 0			
252 0			
253 0			
254 0			
255 0			
256 0			
257 0			
258 0			
259 0			
260 0			
261 0			
262 0			
263 0			
264 0			
265 0			
266 0			
267 0			
268 0			
269 0			
270 0			
271 0			
272 0			
273 0			
274 0			
275 0			
276 0			
277 0			
278 0			
279 0			
280 0			
281 0			
282 0			
283 0			
284 0			
285 0			
286 0			
287 0			
288 0			
289 0			
290 0			
291 0			
292 0			
293 0			
294 0			
295 0			
296 0			
297 0			
298 0			
299 0			
300 0			
301 0			
302 0			
303 0			
304 0			
305 0			
306 0			
307 0			
308 0			
309 0			
310 0			
311 0			
312 0			
313 0			
314 0			
315 0			
316 0			
317 0			
318 0			
319 0			
320 0			
321 0			
322 0			
323 0			
324 0			
325 0			
326 0			
327 0			
328 0			
329 0			
330 0			
331 0			
332 0			
333 0			
334 0			
335 0			
336 0			
337 0			
338 0			
339 0			
340 0			
341 0			
342 0			
343 0			
344 0			
345 0			
346 0			
347 0			
348 0			
349 0			
350 0			
351 0			
352 0			
353 0			
354 0			
355 0			
356 0			
357 0			
358 0			
359 0			
360 0			
361 0			
362 0			
363 0			
364 0			
365 0			
366 0			
367 0			
368 0			
369 0			
370 0			
371 0			
372 0			
373 0			
374 0			
375 0			
376 0			
377 0			
378 0			
379 0			
380 0			
381 0			
382 0			
383 0			
384 0			
385 0			
386 0			
387 0			
388 0			
389 0			
390 0			
391 0			
392 0			
393 0			
394 0			
395 0			
396 0			
397 0			
398 0			
399 0			
400 0			
401 0			
402 0			
403 0			
404 0			
405 0			
406 0			
407 0			
408 0			
409 0			
410 0			
411 0			
412 0			
413 0			
414 0			
415 0			
416 0			
417 0			
418 0			
419 0			
420 0			
421 0			
422 0			
423 0			
424 0			
425 0			
426 0			
427 0			
428 0			
429 0			
430 0			
431 0			
432 0			
433 0			
434 0			
435 0			
436 0			
437 0			
438 0			
439 0			
440 0			
441 0			
442 0			
443 0			
444 0			
445 0			
446 0			
447 0			
448 0			
449 0			
450 0			
451 0			
452 0			
453 0			
454 0			
455 0			
456 0			
457 0			
458 0			
459 0			
460 0			
461 0			
462 0			
463 0			
464 0			
465 0			
466 0			
467 0			
468 0			
469 0			
470 0			
471 0			
472 0			
473 0			
474 0			
475 0			
476 0			
477 0			
478 0			
479 0			
480 0			
481 0			
482 0			
483 0			
484 0			
485 0			
486 0			
487 0			
488 0			
489 0			
490 0			
491 0			
492 0			
493 0			
494 0			
495 0			
496 0			
497 0			
498 0			
499 0			
500 0			
501 0			
502 0			
503 0			
504 0			
505 0			
506 0			
507 0			
508 0			
509 0			
510 0			
511 0			
512 0			
513 0			
514 0			
515 0			
516 0			
517 0			
518 0			
519 0			
520 0			
521 0			
522 0			
523 0			
524 0			
525 0			
526 0			
527 0			
528 0			
529 0			
530 0			
531 0			
532 0			
533 0			
534 0			
535 0			
536 0			
537 0			
538 0			
539 0			
540 0			
541 0			
542 0			
543 0			
544 0			
545 0			
546 0			
547 0			
548 0			
549 0			
550 0			
551 0			
552 0			
553 0			
554 0			
555 0			
556 0			
557 0			
558 0			
559 0			
560 0			
561 0			
562 0			
563 0			
564 0			
565 0			
566 0			
567 0			
568 0			

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190693050 **Cidade:** Imaculada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENATO FEITOSA DE LIMA **Data do acidente:** 29/03/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

**Sequelas permanentes:** LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190693050 **Cidade:** Imaculada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENATO FEITOSA DE LIMA **Data do acidente:** 29/03/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM FACE COM FRATURA DE MANDÍBULA BILATERAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

**Sequelas permanentes:** LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Renato Feitosa de Lima, CPF 086 288 554 08 e RG 3514485, Órgão emissor SSDS-SP, Est. Civil Recuso, profissão Recuso, Endereço Vereador João Emiliiano Nunes, S/N bairro São José cidade de Imaculada - PB, CEP nº 58745-000.

**OUTORGADO:** JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório- DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

**VÍTIMA:** Renato Feitosa de Lima, CPF: 086 288 554 08, data acidente 29/10/2018, cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Local e data: Santa Terezinha - PE, 11/12/2018

RECONHEÇO A FIRMA  
Renato Feitosa de Lima  
OUTORGANTE

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE SANTA TEREZINHA  
Titular: HUGO ARAUJO MONTEIRO  
Telefones: (87) 98823-3449 / 99200-7179 / 3859-1395

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RENATO FEITOSA DE LIMA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ. SANTA TEREZINHA/PE, 11/12/2018. EMOLIMENTOS: R\$ 3,39 TSNR R\$ 0,60 FERM R\$ 0,04 FUNGEC R\$ 0,04 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,20 TOTAL R\$ 4,91. 0159897.DH212201901.00044

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Cartório Registral e Notarial  
de Santa Terezinha - PE  
Dr. Hugo Araújo Monteiro  
Tabelião e Registrador  
Rua Prof. Alvaro Ferreira Neto, Nº 112, Centro  
Santa Terezinha - PE - CEP: 56.750-000

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446086/19

**Vítima:** RENATO FEITOSA DE LIMA

**CPF:** 086.288.554-08

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 29/03/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RENATO FEITOSA DE LIMA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA : 081.886.574-17

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### RENATO FEITOSA DE LIMA : 086.288.554-08

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019  
Nome: JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA  
CPF: 081.886.574-17

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019  
Nome: JANE APARECIDA COSTA  
CPF: 619.395.799-53

JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA

JANE APARECIDA COSTA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AGUA BRANCA/PB

Processo: 08010471120198150941

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RENATO FEITOSA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

AGUA BRANCA, 19 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:54:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109545475800000036793077>  
Número do documento: 21012109545475800000036793077