



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
38587 557	21/01/2021 09:54	<u>Petição</u>	Petição
38587 558	21/01/2021 09:54	<u>2703099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
38587 560	21/01/2021 09:54	<u>2703099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:54:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109545341500000036792674>
Número do documento: 21012109545341500000036792674

Num. 38587557 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, contados 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 n° 15229856



Pag. 00307/00308 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:54:54
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109545414800000036793075>
Número do documento: 21012109545414800000036793075

Núm. 38587558 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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) - BENATO EFITOSA DE LIMA

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, retorno 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

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 N° 445/2012

5 - Nome completo: Renato Feitosa de Lima 6 - CPF: 086 288 554 08
 7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: rua Vereador João Emílio Nunes 9 - Número: 51/N 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Maculanda 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58745-000
 15 - E-mail: jotacliedl@hotmail.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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 | 11 | CONTA: 22113 | 9 | (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) Divorciado 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(feinhas)? 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

INSCRIÇÃO
LEGÍVEL
DO
DECLARANTE
NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Inscrição do Representante Legal (se houver)

11/07/2019





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 11/2019**, 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 SITIO 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 GEOVANIO 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 sitio 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

[Handwritten signature of Renato Feitosa Lima]
Delegacia de Segurança Pública
Imaculada - PB





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


DELEGACIA DE POLÍCIA
- 16ª -
Imaculada - PB



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 N° 445/2012

5 - Nome completo: Renato Feitosa de Lima 6 - CPF: 086 288 554 08
 7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: rua Vereador João Emílio Nunes 9 - Número: 51/N 10 - Complemento: casa
 11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Maculanda 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58745-000
 15 - E-mail: jotacliedl@hotmail.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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 | 11 | CONTA: 22113 | 9 | (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) Divorciado 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(feinhas)? 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

INSCRIÇÃO
LEGÍVEL
DO
DECLARANTE
NÃO ALFABETIZADO

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Inscrição do Representante Legal (se houver)

11/07/2019



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



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. 7

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.: Nº 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

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



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. 8



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

**CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO**
02883444.5

VENCIMENTO
29/08/2019

Nº Documento: 20190828834445 ESCRITÓRIO: PATOS

MATRÍCULA 02883444.5	CLIENTE JOSE OTACILIO BATISTA DE LIMA	CPF/CNPJ: 081.XXX.XXX-XX
-------------------------	--	-----------------------------

INSCRIÇÃO 075.010.405.0064.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA ANTONIO BARRETO, 41 - MONTE CASTELO PATOS PB 58707-180	FATURA 08/2019
-----------------------------------	--	-------------------

RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO LIGADA
-------------	-----------------------	----------------	------------------

ÚLTIMOS CONSUMOS			LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
			ANTERIOR	ATUAL	(M ³) DIAS (M ³)
07/2019 -	2	06/2019 -	2	52	2 31 0,07
05/2019 -	3	04/2019 -	2	54	
03/2019 -	1	02/2019 -	2	16/07/2019	16/08/2019 N°Hm: Y18F162170
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR			
1	2	R 5312			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
CONSUMO DE AGUA		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 MCRA	06/2019		0,11
Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 11.741 de 2012, R\$ 10,17			

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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central do 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 35

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ OTÁVIO BATISTA DE LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 081286574 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RENATO FEITOSA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o N° 086.288554 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura 21/11/2017 da Vítima RENATO FEITOSA DE LIMA,

inscrito (a) no CPF sob o N° 086.288554 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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>43</u>	Complemento:	<u>Passa</u>
Bairro:	<u>MONTE CARTEL</u>	Cidade:	<u>PATOS</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58707-380</u>

Local e Data: PATOS-PB, 30 DE DEZEMBRO DE 2019.

José Otávio Batista de Lima

Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
Rua HORACIO NOBREGA, SIN PATOS	PARAIBA	(83)3423-2741	Cod. Intern. 29503
Pronóstico: Ocorrência: Classif. Risco: Origem:	100106 QUEDA DE NIVEL VERDE PROPRIA RESIDENCIA	Transporte: AMBULANCIA BRANCA	Data/Hora 29/3/2018 16:53'00
Servidor do DR:			Reg. N. Enc. N
Paciente	RENATO FEITOSA DE LIMA	Idade: 30	Gênero: HOMEM CIS
Filiação			
Filiado 1	FRANCISCA FEITOSA DOS SANTOS		
Filiado 2	ERASMO SIQUEIRA DE LIMA		
Endereço:	IMACULADA - PB - 58745-000 - 26067-07	N.:	SN
Cidade:	PROJETADA		
Endereço:	CENTRO		
Bairro:	IMACULADA - PB		
Naturalidade:	(00)00000-0000		
Fone:			
Documentos			
CNS:			
Identidade:	3514405-5505 SP		
CPF:			
Reg. Nasc.:			
Informações adicionais			
Nascimento:	28/8/1987		
Cor:	PARDA		
Estado Civil:	SOLTEIRO(A)		
Profissão:	AGRICULTOR(A)		

Responsável: *Dip. para o Dr. Suelio Moreira Torres*
 ANAMNESE: (História de Molestia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

V. V. é filha de o endereço da casa é...

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

*Paroxysmico com fraqueza
devido à dor*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Rx e X, laboratório)

Diagnóstico:	<i>Fratura mandibular</i>	CD:
DADOS DA SAÍDA		
Motivo:	Data: <i>29/3/2018</i>	Hora: <i>16:53 H Min</i>
Medico CRM:	<i>CRM-123456789</i>	

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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Renato Furtado		
DA CLÍNICA	C. cirúrgica	ENFERMARIA	12
A CLÍNICA	cond. cirúrgica	LEITO	03
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais INFECTO-OFTMIAO E ENUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
foco cirúrgico			
04-07-18		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
DATA			
PARECER:			
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	





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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NAME:	ALICE FERREIRA DE MORAES		
DA CLÍNICA	CT BEM	ENFERMARIA	
A CLÍNICA	LAC TECNOL	LEITO	
MOTIVO DA CONSULTA:	ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DEVERÁ SER FEITA A CONSULTA (EX: DIA, HORA, SINTOMAS DO ENFERMO)		
DIA: 03/03/18		DATA: 03/03/18	
PARECER:	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE		
<p>30 anos</p> <p>Amostra de sangue de ferro</p> <p>Medidas:</p> <p>ABD: 55</p> <p>ECG: +</p> <p>DR: 11 cm (grau?)</p> <p>31/03</p>			
DATA:	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA		



Evolução Clínica ENFERMARIA

PACIENTE: Romero Ferreira de Lima LEITO: 05
REG.:

DATA HORA P.M.F.
30/06/13 06:13 Paciente no 3º dia, com febre de moderada (corpo) e óssea, com gripe.
O paciente evoluiu com quadro gripal agudo para se estabilizar a partir da 08h.
Foi realizada monitorização de febre e gás de sangue.
08:00: O paciente evoluiu para gástrica.
09:00: Recuperação.
31/06/13 08:25 Paciente entrou apresentando febre corporal e óssea, com febre oral de 38,5°C. A febre é de origem óssea. O paciente evoluiu para se estabilizar a partir das 10h.
10:00: Exames: Hemograma e COAG. - normais.
11:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
12:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
13:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
14:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
15:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
16:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
17:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
18:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
19:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
20:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
21:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
22:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
23:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
01/07/13 06:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
07:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
08:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
09:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
10:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
11:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
12:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
13:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
14:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
15:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
16:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
17:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
18:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
19:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
20:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
21:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
22:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
23:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
02/07/13 06:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
07:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
08:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
09:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
10:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
11:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
12:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
13:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
14:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
15:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
16:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
17:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
18:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
19:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
20:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
21:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
22:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.
23:00: Exames: Bioquímica e Coagulação - normais.



NOTA DE SAIA - CIRURGIA GERAL

~~verso de la~~

10

Next term:

that way

卷之三

卷之三

18.50

COPIADO POR PARAÍBA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO



Digitized by srujanika@gmail.com

九章算术

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX de Injetor mortadela	1	Equipo p/ boro e sangue
1	TX Capnógrafo	1	tx-1500ml
1	TX Sanguíneo tipo A 1500 ml	1	Língua Lata p/ Processamento
1	TX Aplicador de Ganga	1	Lâmina de Biópsia 15
1	TX Mortier Cárula Sangue	1	Sonda de Foley
1	TX de Larva	1	Gelatina da Urna
1	TX de Geraldo	1	Seringa 1 ml
1	TX de tratamento de Veneza	1	Seringa 3 ml
1	TX Soft	1	Seringa 5 ml
1	TX Bacteriônicos	1	Seringa 10 ml
1	TX Aplicador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX Oxímetro de Pulso	1	Electrodo desc.
1	Aspirador Progesterona	1	Algodão de Crepon 10cm
1	Molambos	1	Algodão de Crepon 20cm
1	Hidratante	1	Alicate Grossada 10cm
1	Massinha	1	Bandeja Vidro 4x12
1	Colarinho p/ adereços	1	Serra de Desoperculadora
1	Borrifador	1	Eletro Sulfinado
1	Pentinal G.R.Sing	1	Draçal Pessoal
1	Xilostachys 5%	1	Breco Suspão
1	Novaf	1	Óleo de Tórax
1	Xilostachys 2%	1	Esponjete
1	Salicátilico	1	Kitoxilina Gel
1	Metanol	1	Acetol 90%
1	Albúmina de leite	1	Paral Tintura
1	Alumínio	1	Gásco
1	Látex cat C.E.PA	1	Algodão Hidrófilo
1	Isotônico	1	Algodão Ortopédico
1	Foxim	1	Citox
1	Selante	1	Vaseline Estéril
1	Descepede	1	Ajulha descepedeável
1	Agulha descepledada 10m	1	Faixa de Fornal
1	Descepledade	1	Fio Cromado 0,61 agulha
1	Atapta	1	Fio Cromado 0,61 agulha
1	Adherente	1	Fio Cromado 1,01 agulha
1	Prantil	1	Fio Cromado 1,61 agulha
1	Defectofilia 15g	1	Fio Cromado 2,01 agulha
1	Defectofilia 15g	1	Fio Cromado 3,01 agulha
1	Flax	1	Cabos de aluminio 0,61 agulha
1	Clorato	1	Cabos de aluminio 0,61 agulha
1	Desoxim 5000 U	1	Cabos de aluminio 2,01 agulha
1	Flax	1	Cabos de aluminio 2,61 agulha
1	Amberol 500mg	1	Outras 2,61 aluminio
1	Anticoagulante Rendeiro Cromado 100	1	Cabos de aluminio 3,01 agulha
1	Anticoagulante 100	1	Fiozeta 0,61 agulha
1	Flax 0,61 agulha	1	Flax 0,61 agulha
1	Flax 0,61 agulha	1	Flax 0,61 agulha
1	Flax 0,61 agulha	1	Flax 0,61 agulha



RELATÓRIO DE CIRURGIA

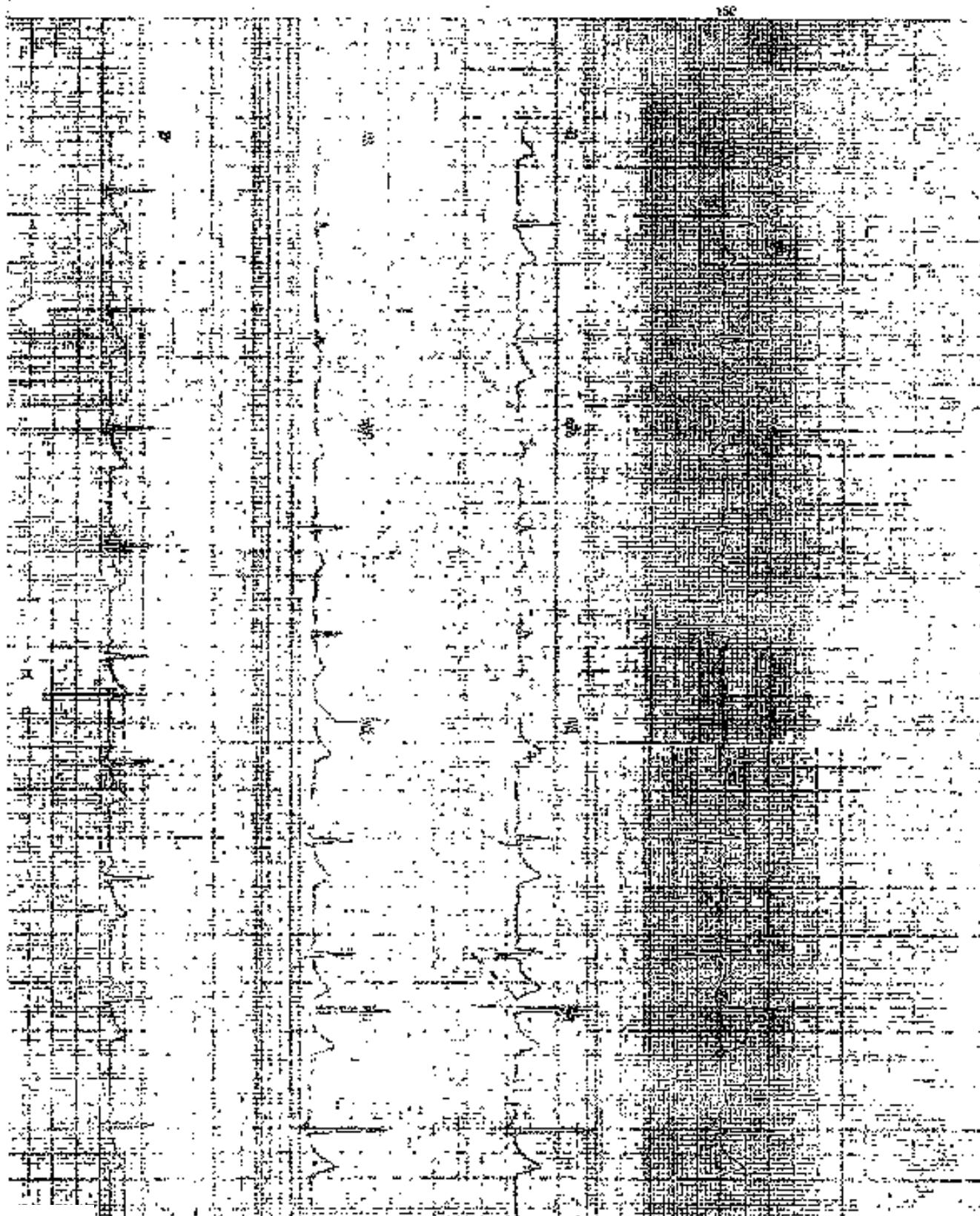
Nome:	<i>Reverto Far Xora</i>	Nº prontuário
Data da Cirurgia:	12-4-2011	Enf. 01 Leito 05
Cirurgião:	D.R. <i>ELPIÍDIO XAVIER</i>	1º Auxiliar <i>Dr. H. 266</i>
Anestesista:	<i>U.P.</i>	Tipo de Anestesia <i>Geral</i>
Diagnóstico Pre-Operatório:	<i>ASITOMA MANDIBULAR BI-LATERAL</i>	
Type de Cirurgia:	<i>CREVENTO</i>	
Diagnóstico Pós Operatório:	<i>O. delle - edo</i>	
Relatório Imediato do Parodontista:		
Exame Radiográfico no Ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:	<i>Socas ocorrência</i>	
<u>DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA</u>		
Via de Acesso:	Táctica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais	
<ol style="list-style-type: none"> ①. ANESTESIA ②. INCISÃO E EXTRATO ORAL ③. DESCASCADA ④. NECESSARIA EXTRATO ORAL ⑤. DESCASCADA ⑥. LIGADURA BIMAN- ⑦. DEDICADA ⑧. SUTURA ⑨. R. D + E ⑩. CORTADA 		

HOSPITAL REGIONAL DE PESSOAS JÂNDIHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUZY CARNEIRO
Av. Rui Barbosa, 510 - BELO HORIZONTE - PATOIS - PARAÍBA
Fone: (83) 3421-2235

Nome: *Renata* Sobre: *Renata*
Data: *30/03/2010* Sessão: *5.º* Observações: *Nenhuma*
Engenharia



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUZY CARNEIRO

Avenida Silviano Santiago 302 - SÉLO HORIZONTE - PATO BRANCO

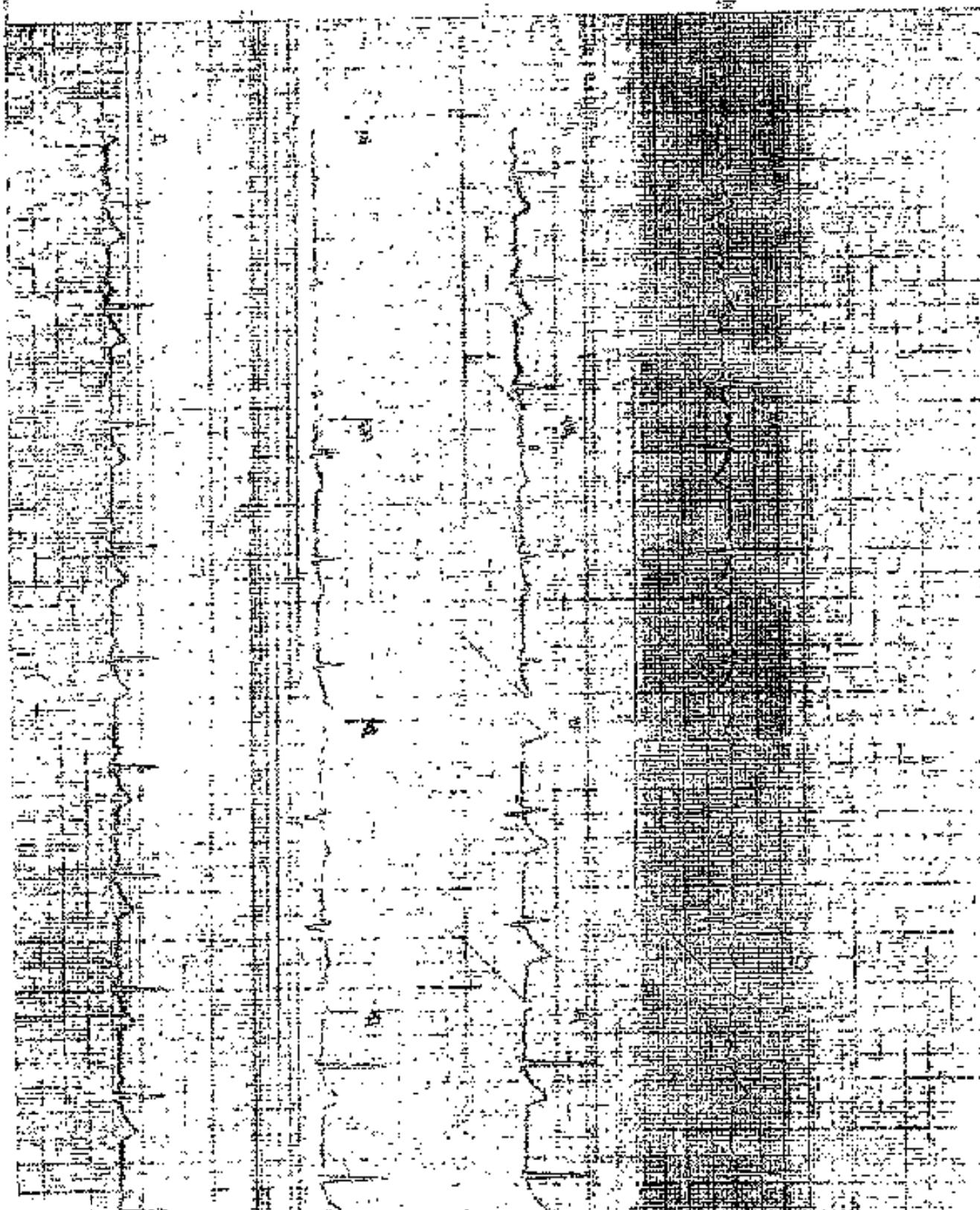
CEP: 66035-020

Observações:

Nome: **Neidic Alvesa**

Idade: **30 anos** - 03 m 22 dia de 10

Cirurgica de



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. 19





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. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:54:54
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109545414800000036793075>
Número do documento: 21012109545414800000036793075

Num. 38587558 Pág. 22

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 sequelas

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



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. 23

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 sequelas

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 SDS-SP, Est. Civil Recurso, profissão Recurso Endereço Vereador João Emílio Alves, s/n bairro São José cidade de Imbaulada - PB, CEP nº 58745-000.

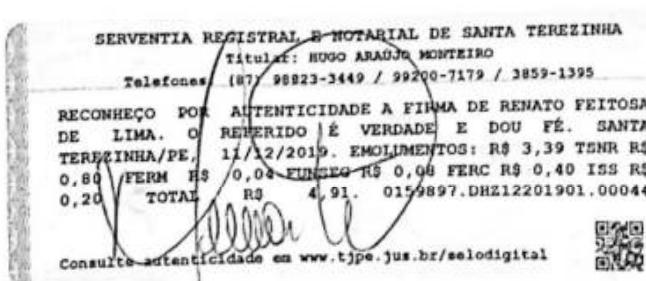
OUTORGADO: JOSÉ OTACILIO BATISTA DE LIMA, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG 7092913 SDS/PE e CPF nº 081.886.574-17, Endereço Rua Antônio Barreto, 41, Bairro Monte Castelo, cidade de Patos-PB. CEP 58707-180, contato (83)9.9131-7273/9.9142-2322.

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 fie 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 29/03/2018.
cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

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

Renato Feitosa de Lima
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446086/19

Vítima: RENATO FEITOSA DE LIMA

CPF: 086.288.554-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/03/2018

Titular do CPF: RENATO FEITOSA DE LIMA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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 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 ÁGUA 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.^a, 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,

ÁGUA 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



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

Num. 38587560 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
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

Num. 38587560 - Pág. 2