



Número: **0802294-76.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **25/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 21.057,02**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA (AUTOR)	TASSIO PEREIRA LEITE (ADVOGADO) RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO) EDWARD DE CARVALHO ANDRADE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
JANIO DANTAS GUALBERTO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48935 212	22/09/2021 15:24	Petição	Petição
48935 215	22/09/2021 15:24	2731181_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
48935 216	22/09/2021 15:24	2731181_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA
FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 039/2019

Nome: Dr. Ricardo Claudio da Costa

Sexo: mas Naturalidade: Juazeiro

Data de Nascimento: 23, 02, 68

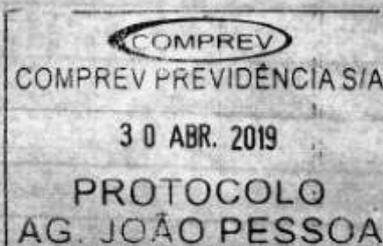
Endereço: J. Ibiapaba, Guarabira, PB

Fone: 061.1932 Documento: 29.2.802.541

Responsável: Roberto Claudio da Costa (mar)

Endereço: Yanuel Elias da Costa, Goi

Fone: 031.645.083.584.20



CLÍNICA MÉDICA

Est. ou Apto: 005 Leito: _____

Categoria: Subsidiar 1 2 A.I.H.N.º _____

Data da Entrada: 22, 02, 2019 Hora da Entrada: 15:30

Recepcionista: Loa

Médico Plantonista: 109 Jamilberto Siqueira

CRM: 10101

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do
tratamento na regime ambulatorial.

Data: 23, 02, 2019

Temístocles de A. R. Filho
CRP 10101
MÉDICO - CRM



Queixa Principal:

Dor em pé

Histórico da Doença Atual:

Dor intensa de início (obstrução de gestaculota - sic) aumentando dia a dia + edema em pé

EXAME FÍSICO:

P.A. _____ TPR. _____ PESO: _____ PULSO: _____

Mucosas: _____ Est. Geral: _____ Facies: _____

Diagnóstico Inicial:

Rx. difusão de tórax

C.I.D. _____ Procedimento Solicitado: _____

Diagnóstico Definitivo:

D. venoso

C.I.D. _____

Diagnóstico Secundário: _____

C.I.D. _____

Procedimento Realizado:

Pro. artro (redes + próteses) com

Observações:

prófiro intersegmentar pilosa 4,5mm estufa de neutralização

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado, _____ da _____ plena e consciente, aos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistem para promoverem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções que julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todas as disposições gerais, contidas no Regulamento do Hospital.

_____ em 15



**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS
DE GUARABIRA**
COMISSÃO DE CONT. DE INFEÇ. HOSPITALAR

CONTROLE DE INFECÇÃO

PACIENTE: *para Almeida de Almeida* 035/18
 NOME: *[Handwritten]* ENF. LETO DATA DE ADMISSÃO: *12/02/17* DATA DA ALTA: *23/02/17*

RESPIRACIONAL: *[Handwritten]*
 SÍNDROME: *[Handwritten]* DIA: *23/02* TEMPO: *72h*

- INDICADORES CLÍNICOS**
- PEQUENA ELEVA ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO
 - MODERAMENTE CONTAMINADA MÉDIA URGÊNCIA ANTIBIÓTICO CURATIVO
 - GRANDE EMERGÊNCIA

SERVIÇO: *[Handwritten]*
 ANÁLISE: *[Handwritten]*
 SIM NÃO TÉCNICO

- DIAGNÓSTICO**
- CLÍNICA CRÔNICA CLÍNICA PEDIÁTRICA
 - CLÍNICA OBSTÉTRICA UTI
 - CLÍNICA MÉDICA DIC

- SISTEMAS**
- GASTROINTESTINAL RESPIRATÓRIA URINÁRIA INTRA-ABDOMINAL
 - GENITAL ÓRGAO OUTRAS
 - SISTEMA CIRCULATÓRIO

- PROCEDIMENTOS**
- CATETER VENOSO CATETER ARTERIAL ANGIPLASTICA
 - TRACHEOSTOMIA TORACOCENTESE CISTOSCOPIA
 - DILAT. PERITONEAL HEMODIÁLISE TEMPO ÚTIL:
 - TRANSPLANTE ALIM. PARENTERAL PROLONGADA

BIÓLOGIA SÉRIE: SIM NÃO CULTURA SIM NÃO

IDENTIFICADOR	DATA	RESULTADO	ANTIBIOGRAMA

ANTIBIÓTICO	DATA INÍCIO	DATA TÉRMINO	JUSTIFICATIVA DA TERAPIA DE ANTIBIÓTICOS



ESTADO DA PARAÍBA
PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

NOME: João Paulo de Almeida
 SETOR: LETO: 01

DATA	EVOLUÇÃO-ENFERMAGEM	RUBRICA
21/02/15	admitido em emergência com fratura fechada de fêmur do membro superior direito em nível da articulação do cotovelo com deslocamento em 30 graus em relação ao eixo longitudinal	
23/02/15	realizado o exame radiográfico de fratura fechada de fêmur do membro superior direito em nível da articulação do cotovelo com deslocamento em 30 graus em relação ao eixo longitudinal em 30 graus em relação ao eixo longitudinal em 30 graus em relação ao eixo longitudinal	



Estado da Paraíba
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Jose Ricardo Claudio da Costa
Enfermeira: apart Leitor:
Data: 22/02/19

A Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco
Paciente em Yemóclon? (X) Sim () Não () Função Periférica () Subclávia () Dissociação Venosa
Estado Geral do Paciente: (X) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros
Sinais Vitais: PA: _____ Tem: _____ Pulso: _____ Respiração: _____
Paciente fez uso de: () S.F.V. () Sim (X) Não Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - () Aberta () Fechada Debitos da S.N.G _____ ml
Realizando curativo? (X) Sim () Não () Limpo () Com secreção
OBS: _____
Paciente usou medicação (X) Sim () Não () Faltou medicação
Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a
uma cirurgia de seguimento e orientado em administração
de analgésico e medicação.

Caremba e assinatura do Técnico/Auxiliar: Quyenre Turno: dia

Estado da Paraíba
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Jose Ricardo Claudio da Costa
Enfermeira: apart Leitor:
Data: 22/02/19

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco
Paciente em Yemóclon? (X) Sim () Não Função Periférica () Subclávia () Dissociação Venosa
Estado Geral do Paciente: (X) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros
Sinais Vitais: PA: _____ Tem: _____ Pulso: _____ Respiração: _____
Paciente fez uso de: () S.F.V. () Sim (X) Não Irrigação () Sim () Não
() Supra Pública - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - () Aberta () Fechada Debitos da S.N.G _____ ml
Realizando curativo? () Sim () Não () Limpo () Com secreção
OBS: _____
Paciente usou medicação (X) Sim () Não () Faltou medicação
Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a
uma cirurgia de seguimento e orientado em administração
de analgésico e medicação.

Caremba e assinatura do Técnico/Auxiliar: Quyenre Turno: noite



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA
 Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome do Paciente <i>José Ricardo Cândido da Costa</i>		Nº Prontuário
Operação	Enf.	Leito
1º Auxiliar		
3º Auxiliar		Instrumentador
Tipo de Anestesia		
Estado Pré-Operatório <i>em condições de risco</i>		
Operação <i>de urgência de fratura de tíbia</i>		
Estado Pós-Operatório <i>Ótimo</i>		
Pres. Inicial (o Psicólogo)		
Pres. Psicológico no Alto		
Pres. Psicológico no Baixo		
Pres. Durante a Operação <i>não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos - Visceras

*At: em VDH + urgência + antissepsia
 Corteza externa
 Incisão em região antero-lateral de peso
 Redução das fragmentos ósseos
 Fixação com parafusos intramedulares
 Fixação com placas e parafusos
 Sutura por planos
 Curativo
 RX controlado*

*Dr. Insueto de Sousa Neto
 Cirurgião de Traumatologia
 CRM 20.832 - RPP 128.254-42*

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRAS



PACIENTE: Suelio Moreira Torres ENDEREÇO: _____

RESPONSÁVEL: _____

CONVÊNIO: _____

IDADE: 45

MÉDICO: _____

Data / Hora

EVOLUÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS DE MEDICAMENTOS

22/09/2021

Suelio Moreira Torres



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

ENFERMEIRO (A):

SAE

Nome: [Handwritten Name]
Leito N°: [Handwritten]
Número do Cartão do SUS: [Handwritten] Idade: 65 Sexo: () M () F
Peso: [Handwritten] Altura: [Handwritten] MMC: [Handwritten]

SSV

Pulso: 60 bpm P.A.: 120/80 mmHg FR: [Handwritten] IRPM
Temperatura: [Handwritten] °C
Antecedentes: () Hip () DM () Infarto () Tabagismo () Alcoolismo Outros [Handwritten]
Doença Atual [Handwritten]

ALIMENTAÇÃO DIETA

Aceitou () Não aceitou () Aceitou parcialmente () Amamenta ()
SNG: [Handwritten] SNE: [Handwritten]

ELIMINAÇÕES

Vesicais: () Presentes () Ausentes () com traços de sangue
SVD: [Handwritten]
SVA: [Handwritten]

REPOUSO

() isônia () dificuldade de conciliar/ manter sono () Sono preservado
Obs: [Handwritten]

ACESSO

() Scap data: 12/08/19

CONDIÇÃO DE PULSAÇÃO

AValiação da dor em escala

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Local da dor: [Handwritten]



CONDUTA TERAPÉUTICA

ouvidor em sala
sem plano

PROCEDIMENTOS:

Medicação Curativo Sondagem Nebulização Outros

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

1. *SSUV 12/1*
2. *curativo*
3. *curativo*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

PCN em sala
sem plano
curativo

Responsável:

Data: *30/11*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.802.541 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2018

NOME JOSÉ RICARDO CLAUDIO DA COSTA

RELIGIÃO MANOEL ELIAS DA COSTA DALVA CLAUDIO DA COSTA

NACIONALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/02/1968

DOC. ORIGINAL CERT. CAS. Nº1381 - LIV.B.3 - FLS.181 - CARTORIO GUARABIRA.PB

CPF 645.083.584-20

LEI Nº 11.127 DE 20/08/93

A+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-262

José Ricardo C. da Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA



Número do Prontuário.: 6245

DATA: 12/02/2019

HORA: 20:14:39

Número do Atendimento.: 1757979

SETOR => RECEPÇÃO / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JOSE RICARDO
 CLAUDIO DA COSTA
 CEP: 58200000 Nascimento: 23/02/1968
 Número: 0 Bairro: ZONA RURAL
 Endereço: SÍTIO AREIA BRANCA
 Idade: 050 Telefone: 96011933
 cidade: Guarabira Profissão:
 Nome da Mãe: DALVA CLAUDIO
 DA COSTA CNS: 706300178063380
 CPF: 64508358420 CONVÊNIO: SUS
 Responsável: ILMA CLAUDIA DA
 COSTA

Estado Civil: Casado(a)

Local Procedência: URGENCIA

Motivo atendimento: ACIDENTE DE MOTO

CONFERE
COM O ORIGINAL
 08/03/19

Severino Luiz de Oliveira Silva
 Coordenador Administrativo
 Hospital Regional de Guarabira

PC
Jose Ricardo
da Costa
16/02/19
Tramite de
JR 19

PA: | x mmHg | PULSO: | | TEMP: | | FC: | |

DADOS CLÍNICOS:

PC no h - de qualq de condto
adito. Dan a restrição de movimento
na ME (E)
Distúria para a color cervical
2 setoz 98% FR: 18.9pm
2 - 16pm Pa: 120/80
2 - 18pm 18.9pm 120/80

DIAGNÓSTICO:

(E) Dan na ME
poltrao utilizado

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

[Assinatura]

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: =

Ilma Claudia da Costa

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 16 ABR. 2019
PROCOLO
 AG. JOÃO PIMENTEL FILHO

para R
Tramite na filial de
Filial
[Assinatura]

3/7192-10001-10001/projeto/rgd/imp/urgencia.php?contar=1757979



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Claudio da Costa,
RG nº 29554502-6 data de expedição 21/05/2012
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 036.996.044-81, com
domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
São Talvaccus B. Anacardum, nº S/A,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Ricardo Claudio da Costa, cujo o condutor era
Jose Ricardo Claudio da Costa.

Veículo: Mercedes
Modelo: ISHJNERA X 50 09
Ano: 2014
Placa: GFR 34081PB
Chassi: LX4XCBL0JF0246902
Data do Acidente: 12/02/2019
Local e Data: Guarabira PB 12/02/2019

Maria das Graças Claudio da Costa
Assinatura do Declarante

Jose Ricardo Claudio da Costa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TITULAR
R. Dom Pedro I, nº 43 - Centro - Guarabira - PB CEP 56204-000 - Fone: (51) 3211-4522

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
MARIA DAS GRAÇAS CLAUDIO DA COSTA.....
Em test. da verdade. Guarabira-PB 09/04/2019 14:51:45
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2019-002504]EMUL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,70 FEP:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIL34840-4670
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TITULAR
R. Dom Pedro I, nº 43 - Centro - Guarabira - PB CEP 56204-000 - Fone: (51) 3211-4522

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA.....
Em test. da verdade. Guarabira-PB 15/04/2019 15:18:39
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2019-002626]EMUL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,70 FEP:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIL80440-4670
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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=29636>

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 resseguro

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 Luiziano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.804.334/02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Ricardo Abadio da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 045083584 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Ricardo Abadio da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045083584 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procurador Renda: Procurador 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		Número	Complemento
<u>Travessa Atacado</u>		<u>6669</u>	<u>CEMAG -</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Novo</u>	<u>Guaranatuba</u>	<u>PR</u>	<u>58200000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>83988547538</u>

Guaranatuba 13.10 de abril de 2019
Local e Data

Luiziano Santos Oliveira
Assinatura do Declarante



EDNA CRISTINA DE OLIVEIRA COSTA
ST TABOCCAS, S/N, DE LOUREN - AREA RURAL
QUARABÁ / PB CEP: 58203000 (AG: 22)

Linha: MONOFÁSICO
Circuito: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 1 - 22 - 191 - 2992 Referência: Abr/2019
Medidor: 0300561321 Emissão: 03/04/2019



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 201, KM 25 - Cota Resolutor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-490
CNPJ: 08.995.183/0001-40 - Ins. Est. 16.019.029-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 724 519
Cód. para Dir. Automática: 0000766864

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Abr / 2019	03/04/2019	03/05/2019	056.064.854-51 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/766566-4

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2019
Procure a Prefeitura de sua cidade até 18/10/2019 para atualizar seus dados no Cadastro Único e evitar a perda da Tarifa Social de Energia. Para mais informações ligue para o MDS-0900 707 2000.
Após cadastramento no C.R.A.S. entrar em contato conosco pelo 0800 083 0196.
* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430, de 28 de abril de 2002.
Já conecte os nossos perfis nos redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
01/03/19	8270	03/04/19	9270	32

Demonstrativo										
CCF	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc	Ang	Valor(R\$)	Base Calc	Por(R\$)	Cólm(R\$)
		Título Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Por(Defec)(R\$)		(1,0849%)		(4,9962%)
0801	Consumo até 20kWh-EP	30,000	0,295123	8,85	0,00	0	0,00	8,85	0,07	0,30
0810	Subsídio			11,43	0,00	0	0,00	11,43	0,12	0,37
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0999	CREDITO A COMPENSAR (-) - 10/4/2019			-8,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-10,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCF: Código de Classificação do Item				TOTAL	-0,00	0,00	0,00	17,58	0,18	0,37
Tarifa a Tributar: Atividade				0,192860						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28	10/04/2019	R\$ 0,00



RESERVADO FISCO
bd5f.1145.3060.8442.c280.9115.de8f.b6a7

Indicadores de Qualidade				Condições de Cobrança		
2/2019 - Semestre		Limite da ANEEL		Discriminação		
Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%		
0,00	220	Serviço de Cálculo de Energia	0,00	0,00	0,00	
0,00	CONTRATADA	Cobrança de Energia	0,00	0,00	0,00	
0,00	LIMITE SUPERIOR	Serviço de Transmissão	0,00	0,00	0,00	
	231	Encargo Selic	0,00	0,00	0,00	
		Impostos Diversos e Encargos	0,00	0,00	0,00	
		Outros Serviços	0,00	0,00	0,00	
		Total	0,00	0,00	100,00	

ATENÇÃO

- Além das faturas em atraso acima, é-liz(m) 28 faturas no montante de R\$ 254,92 (duzentos e cinquenta e quatro reais e 92 centavos) a período(s) anterior(es).
- REVISÃO: Caso N/A; fatura(s) to lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 18/04/2019. Conforme Resolução 474/01 AEEI. O pagamento até essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar esse mensagem comercial. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar esse mensagem. ESTE PRAZO NÃO VÁLDE PARA AS FATURAS JÁ REVISADAS, pois estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o término do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Fatura avulsa e incluído em órgãos de proteção ao crédito no caso de não pagamento.
- Sua unidade foi formada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 10,74.
- Abn/Varde: @ChequeAdiantadoTrabalho.
- Inval/Desocupado com acesso ao medidor.

Faturas em atraso	
Mar/19	16,88
Jan/19	13,85
Nov/18	14,26
Set/18	13,25
Jul/18	12,71
Mai/18	11,51
Mar/18	5,66
Fev/18	6,07

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR

FATURA COM VALOR ZERO NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 6,84 será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 16 ABR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 64508358420 Nome completo da vítima: Jose Ricardo Claudio da Costa

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

Nome completo: Jose Ricardo Claudio da Costa CPF: 64508358420

Profissão: Agricultor Endereço: Silva Taboas Número: 31 Complemento: CELA

Bairro: Parque Turil Cidade: Grammales Estado: PR CEP: 55200000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 83488547538

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 9533J 9
 (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Local e Data: Grammales PR 10/04/2019
 Nome: Jose Ricardo Claudio da Costa
 CPF: 64508358420

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Ricardo Claudio da Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 Assinatura do Procurador (se houver)

 Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: COMPREV
 CPF: _____

2ª | Nome: PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA
 CPF: _____

16 ABR. 2019
 Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

101 3001/2018





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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000042**

Conta: **0000095331-9**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 64508358420 Nome completo da vítima: Jose Ricardo Claudio da Costa

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

Nome completo: Jose Ricardo Claudio da Costa CPF: 64508358420

Profissão: Agricultor Endereço: Silva Taboas Número: 31 Complemento: CELA

Bairro: Parque Turil Cidade: Guarulhos Estado: SP CEP: 51200000

E-mail: _____ Tel.(DDD): 11 88547538

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 9533J 9

(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Guarulhos SP 10/04/2019

Nome: Jose Ricardo Claudio da Costa

CPF: 64508358420

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Ricardo Claudio da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

101 1001/2018





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, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00433/00434 - carta_03 - INVALIDEZ

000680217



Carta nº 14244337



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000095331-9

Nr. da Autenticação 7EF80938857064CD



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130358/19

Número do Sinistro: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

CPF: 645.083.584-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/02/2019

Titular do CPF: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
CPF: 014.864.314-02

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





OMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROCURAÇÃO

22 ABR. 2019

OUTORGANTE

PROTOCOLO
AG: JOÃO PESSOA

Nome: José Ricardo Cláudio dos Santos
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: Solteiro
Profissão: Agricultor
Identidade: 2802543 CPF: 645-083.584-20
Endereço: sítio Taboão, Zona Rural, Guarabira, PB



OUTORGADO

Nome: Francisco Santos de Viveiros
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: casado
Profissão: Comerciante
Identidade: 3107-382 CPF: 014.864.314-02
Endereço: João Alcido n. 669 - B. NOVO - Guarabira

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
MADRUGADA TOSCANO DE SALES - TRAJA
Av. Dom Pedro II, nº 43, Centro - Guarabira - PB, CEP: 52020-000 - Fone: (81) 3271-4102

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: **JOSE RICARDO CLAUDIO DOS SANTOS** em 22/04/2019 às 14:31:26.
La base de dados: Guarabira - PB 22/04/2019 14:31:26
Madrugada Toscana de Sales - Tijuara
CEP: 52270-000 - Fone: (81) 3271-4102
SELO DIGITAL: ADE2626-26A8

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, afim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia 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 Obrigatório - DPVAT para a vítima José Ricardo Cláudio dos Santos.

Local e data:

Guarabira PB, 22 de Abril de 2019



José Ricardo Cláudio dos Santos
Assinatura do Outorgante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190279775 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA **Data do acidente:** 12/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROGETO
SINALE 3.107.382 - 2ª VIA

DATA DE
EXPIRANCIA 08/06/2016

COLETA
LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

PLACAO
FRANCISCO DELFINO DOS SANTOS
MARIA DO SOCORRO SANTOS OLIVEIRA

NACIONALIDADE
BARRA DE SANTA ROSA-PB

DATA DE NASCIMENTO
03/08/1985

DOC ORIGEM
CERT. CAS. Nº 18933 - LV 37 - FLS. 88 - CARTORIO QUARABARA-PB

CNPJ
014.864.314-02

04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA-CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAO

L-262




Luciano Santos Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROCOLO

AG. JOAO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014797689850

DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 0107433086-0 COG. RELEVAM. 00/0000000000 F.N. D.E.C. 2019

MARIA DAS GRACAS C DA COSTA

PLACA QFR3408/PB
OFR/CNPJ 03699004481
PLACA ANT/RN NOVO
CHASSI LXXXCBL01F02246902

ESPECIE TIPO: GASOLINA
COMBUSTIVEL: GASOLINA
MARCA/MODELO: I/SHINERAY XY 50 Q

CATEGORIA: PARTI
COR PRECIBANTE: PRETA
CNPJ/CPF: 2 P/49 /CI

COG. ÚNICA: 0
VEIC. COTA ÚNICA: 00/00/0000
PREMIO TARIF. (R\$): 0
PREMIO TOTAL (R\$): 25/01/2019
DATA DE PAGAMENTO: 25/01/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

GUARABIRA - PB LOCAL: 16497
DATA: 14/03/2019
41491

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014797689850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA EMISSÃO: 14/03/2019
OFR/CNPJ: 03699004481
PLACA: QFR3408/PB

RELEVAM: 01074330860
MARCA/MODELO: I/SHINERAY XY 50 Q
ANO FAB: 2014
CPF: 9

PREMIO TARIFARIO: 0
CUSTO DO SEGURO (R\$): *****
CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

PREMIO TOTAL (R\$): 0
DATA DE PAGAMENTO: 25/01/2019
COTA ÚNICA: 0

SEGURODORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.265.604/0001-04
41491-0923268-20190314

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GUARABIRA/PB

Processo n.º 08022947620198150181

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 **JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 20 de setembro 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 - 22/09/2021 15:24:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215243989400000046443476>
Número do documento: 21092215243989400000046443476