
Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701941

Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701941 Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Data do Acidente: 14/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO AMANCIO PEREIRA

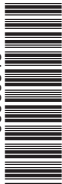
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
---------------------------	---

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 A R\$1.500,00 ☐ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (destinada para os bancos estaduais. Anote o nome do banco) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Rendimento (R\$) ☐ Renda (R\$) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA: 3571 013 CONTA: 361 22 0

(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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 herdeiros (herança)? ☐ 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

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não afetado

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, SERRA TALHADA - PE, 12/10/2013

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial nº 496/2019, LIVRO nº 002/2019, sob a responsabilidade do Delegado Gutemberg José da Costa Marques Cabral.

DATA: 04/10/2019

HORA: 11h00min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

Noticiante: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Estado civil: Casado RG: 359529902 SSP/SP

CPF: 280.279.868-50

Sexo: Masculino

Nascimento: 03.11.1977

Idade: 41 ANOS

Nacionalidade: Brasileiro Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor

Filiação: Francisco Amâncio Pereira e de Lindaura Pereira.

Endereço: Rua Professora Maria Carmosa Lima e Silva, 133, Bairro Cicero Rosa, Manaíra/PB

NARRATIVA

QUE no dia 14 de julho do corrente ano estava trafegando pela PB 306, próximo a cidade de São Jose de Princesa - PB, por volta das 18h30min, quando conduzia sua motocicleta, quando de repente um veículo Palio invadiu a pista ao contrário e colidiu com minha motocicleta; QUE a motocicleta que eu estava pilotando era de MARCA/MODELO HONDA/150 SPORT, PLACA NQD-6237/PB, CHASSI 9C2KC08608R021787, ANO E MODELO/2008, CINZA, em nome de SEVERINO AMAMNCIO PEREIRA; QUE fui socorrido para o SAMU de Princesa Isabel e levado para atendimento no Hospital Regional de Princesa Isabel; QUE teve uma fratura no pé esquerdo.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

Severino Amancio Pereira

Dr. Gutemberg José da Costa M. Cabral
Delegado de Polícia Civil
Mat. 133.232-5

Agente/Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do vítima: 4 - Nome completo da vítima:

280.279.868-54

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

280.279.868-54

AGRICULTOR

RUA PROF. MARIA CARMOZA LIMA E SILVA

133

CENTRO

CENTRO

MANAIRA

PA

38.995-000

JOAQUIM NERO 769 @ EMAIL.COM

81.984.67128

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (destinada para os bancos citados. Anotar uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Rendimento (257)

☐ Raci (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (004)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3571 013 CONTA: 361.22 0

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 - PRESENCIAMENTO 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRESENCIAMENTO 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 herdeiros (herança)? ☐ 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

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não afetado

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, SERRA TALHADA - PE, 12/10/2013

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000036122-0

Nr. da Autenticação 4A5E7AFCCE0ED57B

**CAGEPA**

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

SEGUNDA VIA

N° Documento: 20191069431140

ESCRITÓRIO

MANAIRA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
06943114.0

MATRÍCULA
06943114.0

CLIENTE
SEVERINO AMANCIO PEREIRA

CPF/CNPJ:
280.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
05/11/2019

INSCRIÇÃO

125.001.016.0030.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA PRFA MARIA CARMOZA DE LIMA E SILVA, 133 - CENTRO MANAIRA PB 58995-000

FATURA

10/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

09/2019 -	14	08/2019 -	6
07/2019 -	9	06/2019 -	11
05/2019 -	10	04/2019 -	8

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	4	R 5319

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL
355	359
21/09/2019	22/10/2019

CONSUMO

(M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
4	31	0,13

N°Hm: Y16N105841

CONSUMO/DIA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

4 M³

37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,71

TOTAL**R\$****37,91**

SR. USUARIO: EM 31/10/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 09/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,47	Cor Aparente	6,91	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,00	P.H.	7,20	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/11/2019

**CAGEPA**

MATRÍCULA
06943114.0

INSCRIÇÃO
125.001.016.0030.000

FATURA
10/2019

NÃO RECEBER APÓS
30/11/2020

VENCIMENTO
05/11/2019

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 580

FIRMA: 2

82650000000-3 37910010125-0 06943114001-6 10201970003-2

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.431, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-05 | Insc. Est. 005043-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
 RG-087880082-MT-PE

CPF: 067.624.434-19

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
 COMERCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

N SA DA PENHA/SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA PE
 56903-510

DATA NOTA FISCAL	SERIE	NUMERO
15/10/2019	180CA	1570/2019
REPRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DO ESTABELECIMENTO
15/10/2019	2002781006	3675403

CONTA CONTRATO	MES/ANO
4009422396	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PROPOSTA (PRIMA) ESTIMA
22/10/2019	14/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	265,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Energia Ativa (kWh)	271,000000	0,8105952	219,88
Automação Estação AMARELA			2,71
Atenuação Bandeira VERMELHA			9,72
Contribuição Pública Municipal			28,03
ICMS Substituição ICMS NF 023359440-1408/19			1,45
Mutação de titularidade NF 023359440-1408/19			3,27
Juros por atraso NF 023359440-1408/19			1,83

TOTAL DA FATURA

265,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
881024799	CAI	12-09-2019	23.996,00	14-10-2019	24.267,00	22	1,00000		271,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano (R\$)	Consumo (kWh)
Jul-19	271
Jun-19	180
Mai-19	202
Abr-19	227
Mar-19	210
Fev-19	166
Jan-19	134
Dez-18	200
Nov-18	225
Out-18	238
Set-18	307
Ago-18	271
Jul-18	265

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	20,00	57,39
PIS	1,20	2,56
COFINS	5,95	13,75

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	73,12	31,64%
Transmissão	8,02	3,47%
Distribuição (Celpe)	48,69	21,07%
Perdas de Energia	15,33	6,63%
Encargos Sociais	11,45	4,96%
Tributos	74,51	32,24%
Total	231,12	100%

Código de Verificação

TARIFAS APLICÁVEIS

0,54033000

RESERVAÇÃO FISCAL

F554.C194.36FC.B18C.1C.B2.93DE.2A3F.0C2B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para a correta utilização desta fatura, o cliente deve verificar os dados constantes no verso da fatura e no site www.celpe.com.br. A fatura deve ser entregue ao cliente no prazo de 5 dias úteis após a data de emissão. O cliente é responsável por manter a fatura em seu arquivo e por apresentá-la quando solicitado. O cliente deve verificar os dados constantes na fatura e no site www.celpe.com.br. A fatura deve ser entregue ao cliente no prazo de 5 dias úteis após a data de emissão. O cliente é responsável por manter a fatura em seu arquivo e por apresentá-la quando solicitado.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EMATÉRIAS, DÉBITOS EXISTENTES CALHÃO CONTAS

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
100,00	Contas em aberto	200,00	Contas em aberto	200,00

É de responsabilidade do cliente a atualização de dados cadastrais e a fatura de energia elétrica em seu nome. Caso o cliente não atualize seus dados cadastrais, a CELPE não se responsabiliza por eventuais problemas. O cliente deve manter a fatura em seu arquivo e apresentá-la quando solicitado.

Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-000000. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso da fatura.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

CONSUMO	VALOR APLICADO (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	1,35	6,43	10,89	71,73
PC	1,00	3,30	6,60	72,20
DMG	1,05	3,11	0,00	0,00

Limite (R\$) 12,77

USD - Valor do Encargamento de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 80,00

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

CONTA CONTRATO 4009422396 MES/ANO 10/2019 DATA DE VENCIMENTO 22/10/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 265,50

83850000002-4 65500011004-9 00942239610-2 14237940453-4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO AMAVIO PEREIRA

RG nº 359529902, data de expedição 27/03/2016, Órgão SSP-SP,

CPF nº 210.779.868-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PREFE MARIA CARMOSA DE LIMA E SILVA</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MANAIRA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58935-000</u>
Telefone de Contato	<u>871.988467128 / 871.996460349 / 871.981.35.54.33</u>
E-mail	<u>JOAQUIM NETO 163 @ GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 06/01/2020

Assinatura do Declarante: Severino Amâncio Pereira



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CRISTE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58913-078
 CNPJ: 09.129.454/0001-87 - INSC. ESTADUAL Nº 152572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20191069431140

ESCRITÓRIO

MANAIRA

CÓDIGO PARA
 DÉBITO AUTOMÁTICO
 06943114.0

MATRÍCULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

780.XXX.XXX-XX

05/11/2019

125.001.016.0030.000

RUA PRFA MARIA CARMOZA DE LIMA E SILVA, 133 - CENTRO MANAIRA PB 58995-000

FATURA

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
 LIGADO

ESGOTO
 POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

09/2019 - 14

08/2019 - 6

07/2019 - 9

06/2019 - 11

05/2019 - 10

04/2019 - 8

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO

CONSUMO/UTA

355

359

(M³)

DIAS

(M³)

21/09/2019

22/10/2019

Nº

Y15N105841

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

1

4

R

5319

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

4 M3

37,

VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS IPTU e COPASA, Lei 12.741 de 2012, de 5,71

TOTAL

R\$

37,9

SR. USUARIO: EM 31/10/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.

COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.

CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 09/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Méd.
Turbidez	0,47	Cor Aparente	6,91	Bact. Enterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,00	P.E.	7,20	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/11/20



CAGEPA

MATRÍCULA

06943114.0

INSCRIÇÃO

125.001.016.0030.000

FATURA

10/2019

NÃO RECEBER APÓS

30/11/2020

VENCIMENTO

05/11/2019

VALOR R\$

37,

GRUPO: 580

FISMA: 2

82650000000-3 37910010125-8 06943114001-0 1250010160030000

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 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 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/BIBLIOTECASWEB/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 JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.205.784 / 76, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SEVERINO AMANCIO PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 280.279.868 / 54,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SEVERINO AMANCIO PEREIRA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 280.279.868 / 54, 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:	Número:	Complemento:
<u>RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u>	<u>58</u>	<u>1º ANDAR</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>NOSSA S. DA PENHA</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>PE</u>
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
<u>JOAQUIM NETO 769 @ GMAIL.COM</u>	<u>56303-510</u>	<u>(37) 988464128</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 12/11/2019

Joachim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante



CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Andreia Diniz

ANESTESIOLOGIA
CLÍNICA GERAL - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy

NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Cirurgia do Joelho - LESÃO MUSCULOESQUELÉTICA

Dra. Martha Arruda

GINECOLOGIA - GINECOLOGIA
COLPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCOTICA

Dr. Adelson Feitosa

MEDICINA ORTODONTICA
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio

FISIOTERAPIA - FISIOTERAPIA
CLÍNICA DE SAUDE COLETIVA

Dr. Antônio Melo

CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José

NEFROLOGISTA

Dra. Danielly Duarte

GINECOLOGIA - OBSTETRICA
LESÃO MUSCULOESQUELÉTICA

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

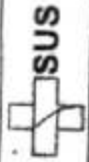
Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 14/07/2019 no município de Princesa Isabel-PB. Após o acidente foi constatada fratura de tarso esquerdo, com luxação associada de tornozelo esquerdo. Realizada tratamento conservador.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: relata dores e edema em pé e tornozelo esquerdo, dores ao pisar o pé esquerdo no chão, apresenta dormência e formigamento hálux esquerdo, relata ainda dificuldade em ficar de cócoras e realizar movimentos rápidos.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 50% para suas funções trabalhistas como agricultor.

Serra Talhada, 03 de dezembro de 2019.

Dra. Mariana Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815



HOSPITAL REGIONAL
Dep. José Pereira Lima
PRINCESA ISABEL - PB

ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ: 08.778.268/0039-33
HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL
ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL
PRINCESA ISABEL - ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA
Paciente: SEVERINO AMANCIO PEREIRA
Mãe: LINDAURA PEREIRA
Pai: FRANCISCO AMANCIO PEREIRA
Nascimento: 03/11/1977 Idade: 41 Cor: PARDA Sexo: M
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: PROFESSORA MARIA CARMOSA LIMA E SILVA Num.: 133
Bairro: CICERO ROSAS Fonte:
Cidade: MANAURA - PB - 58995-000 - 2509008
Naturalidade: PRINCESA ISABEL - PB
CNS: 708-4087-1638-8468
CPF: 14/07/2019 20:04:20 51816
Data / Hora: 14/07/2019 20:04:20 51816

Peso: 51,816 kg
PA: 1,68 m
TEMP: 36,5°C
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Paciente vítima de acidente motorístico, com repercussão no tórax e abdômen, vítima de fratura de costela esquerda, fratura de fêmur esquerdo e fratura de tibia e fíbula esquerda.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)
CARTÃO DO PACIENTE - CAMPO BARRIOS
PRINCESA ISABEL - PB
Autenticado a presente cópia, reproduzida fiel do original, apresentado, em testemunha de verdade.
Princesa Isabel - PB 07/08/2019 11:08:17
Márcia Gouveia Pereira Lima Barros - Titular
CNPJ: 08.778.268/0039-33
Selo Original: 08/08/2019 09:25:08 0,25
Confirma a autenticidade em: https://autenticidade.103.105.105.105

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

1) Voltar para casa
2) Remover o curativo e lavar o ferimento com água e sabão

01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO
Acidente motorístico
Escorregões e quedas

CID-10
ENCAMINHAMENTO
RESIDÊNCIA
OUTRO HOSPITAL
ÓBITO
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO	1- 030106029	2- 030106029	3- 030106029
1- 030106029			
2- 030106029			
3- 030106029			

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbos
DR. ROBERTO C.F.L. FIORENTINO
CBO 225125
Polgareiro Direto

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



**PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **SEVERINO AMANCIO PEREIRA** portador (a) do RG 359529902 SSP-PB, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **JULHO/2019**.

Princesa Isabel-PB, 07 de Agosto 2019.

SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat.019.035


Ernesto Mangueira de Souza
Diretor Administrativo
Mat. 1020

EDIVALDO VIRGILINO DE MEDEIRA
CLÍNICO COM TRATAMENTO ESPECIALIZADO
CRM 1994

ATESTADO MÉDICO

Atestado para os devidos fins, que Sra. Maria Antônia

portadora do RG 1.234.567-8 encontra-se impossibilitada de
exercer suas atividades laborativas por um período de 90 dias,
a partir da data acima.

CID S92.1 (paralisação)
391 severidade

Por meio deste, PB 19.07.2014

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Dr. Edivaldo Virgolino de Medeiros a registrar o diagnóstico
conferido pelo CID _____ ou por extensão neste atestado médico.

RESOLUÇÃO CFM 1809/2007

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SEVERINO AMANCIO PEREIRA

DOC IDENTIDADE - ORG EMISSOR/UF
359529903 SSP SP

CPF
280.279.868-50

DATA NASCIMENTO
03/11/1977

RELACAO
FRANCISCO AMANCIO
PEREIRA
LINDAURA PEREIRA

PERMISSAO
[]

REC
[]

CAT HAB
2B

Nº REGISTRO
03880491083

VALIDADE
26/09/2021

Nº HABILITACAO
07/07/2006

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO TITULAR
Severino Amancio Pereira

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSAO
27/09/2016

ASSINATURA DO EMISOR
[]

33974051726
PR075106515

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1302111553

PROIBIDO PLASTIFICAR
1302111553

14.07. Rosilene Amizão Candido

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 8232379 SDS PE
	CNPJ 089.205.184-16
	DATA NASCIMENTO 02/06/1990
	FILIAÇÃO LUIZ GOMES DE SOUZA FRANCISCA MARQUES DE SOUZA
PERMISSÃO ACC CAT. HAB. AB	
Nº REGISTRO 04888797690	
VALIDADE 04/02/2020	
1ª HABILITAÇÃO 26/02/2010	
OBSERVAÇÕES Exerce Ativ Remunerada	
Assinatura do Portador Joaquim Marques de Lima Neto	
LOCAL SERRA TALHADA - PE	
DATA EMISSÃO 25/03/2015	
Assinatura do Emissor 52703774182 PE063571315	
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1024202044

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
1024202044

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190701941**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO AMANCIO PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PROF MARIA CARMOSA LIMA E SIVA, 133 - Manaíra - PB - CEP 58995-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **359529902**

Data e local do acidente: [**14/07/2019**] **MANAÍRA PB**

Data e local do exame: [**18/01/2020**] **Sousa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

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

AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ (2+/4+) EM TERRITÓRIO DO 1º RAIOS, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSOR DO 1º DEDO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25°, DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ, MARCHA CLAUDICANTE, DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIOS, SINAIS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS, FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA, IMPOSSIBILIDADE DE IMOBILIZAÇÃO COM GESSO, POIS O MESMO APRESENTAVA MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ EM TERRITÓRIO DO 1º RAIOS DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSOR DO 1º DEDO GRAU II DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20° DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25° DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ MARCHA CLAUDICANTE DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIOS SINAIS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

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

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º

da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ ESQUERDO

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453349/19

Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

CPF: 280.279.868-50

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO AMANCIO
PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

SEVERINO AMANCIO PEREIRA : 280.279.868-50

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: 16/12/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa

PEDIDO DE REANALIZE DE PROCESSO

EU SEVERINO AMANCIO PEREIRA INFORMO A SEGURADORA LIDER QUE NÃO POSSO ACEITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MEGADO, POIS MIM ENCONTRO COM SEQUELAS GRAVEZ COMO CONSTA NO LAUDO EM ANEXO A ESTA CARTA.

Grato.

12/12/2019

Severino Amancio Pereira

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: SEVERINO AMANCIO PEREIRA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, Profissão AGRICULTOR residente e domiciliada na rua PROF.

MARIA CARMOSA L. SILVA, N°. 133, Bairro CICERO ROSA, município de
MANAIRA, Estado de (o) PB, cep: 58.995-000,
portador(a) do RG n°. 352529902, SSP-SP e CPF n°. 280.249.868-50

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e
domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães N°.58, Nossa Senhora da Penha, Serra
talhada -PE, cep:56903-510, portador(a) do RG n°.8.232.379 SDS-PE e CPF n°.089.205.184-16.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de transito o(a) Sr.(a) SEVERINO AMANCIO PEREIRA
ocorrido em 14 / 07 / 2013, conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse,
podendo requerer o credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de
quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem
confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o COSÓRCIO DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE , 15, de OUTUBRO 2019

Severino Amancio Pereira

OUTORGANTE

CPF n°. 280.249.868-50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701941 **Cidade:** São José de Princesa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ (2+/4+) EM TERRITÓRIO DO 1º RAIOS, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO 1º DEDO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25°, DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ, MARCHA CLAUDICANTE, DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIOS, SINAIS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS, FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA, IMPOSSIBILIDADE DE IMOBILIZAÇÃO COM GESSO, POIS O MESMO APRESENTAVA MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00