



Número: **0800857-61.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **24/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO AMANCIO PEREIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35545505	16/10/2020 10:15	2757285_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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

Pag. 00619/00620 - carta_02 - INVALIDEZ

00070310



Carta nº 15263657



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:15:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610151507500000033956098>

Número do documento: 20101610151507500000033956098



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, 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

Pag. 01837/01838 - carta_03 - INVALIDEZ

00060919



Carta nº 15327065





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

280.279.868-54

4 - Nome completo da vítima:

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

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

5 - Nome completo:

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

6 - CPF:

280.279.868-54

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA PROF. MARIA CARMOSA LIMA E SILVA

9 - Número:

133

10 - Complemento:

CENTRO

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MANAIRA

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58.995-000

15 - E-mail:

JOAQUIM.HERO.169@EMAIL.COM

16 - Telefone:

(08) 982467122

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEMANÇA (Destinada para os bancos citados. Anote o nome do banco)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (243)

☐ 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 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 ÔBITOS 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 tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos (filhos de filhos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Este cliente 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERPA TALHADA - PE, 12/10/2013

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.





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 da vítima:

280.279.868-54

4 - Nome completo da vítima:

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

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

5 - Nome completo:

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

6 - CPF:

280.279.868-54

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA PROF. MARIA CARMOSA LIMA E SILVA

9 - Número:

133

10 - Complemento:

CENTRO

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MANAIRA

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58.995-000

15 - E-mail:

JOAQUIM.HERO.169@EMAIL.COM

16 - Telefone:

(08) 982467122

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Destinada para os bancos estaduais. Anote o nome do banco)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Residência (R57)

☐ Rua (R43)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (004)

AGÊNCIA:

3571 013

CONTA:

361 22

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 - 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 ÔBITOS 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 tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos (filhos de filhos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Este cliente 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERPA TALHADA - PE, 12/10/2013

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISMC. 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 PREFA MARIA CARMOZA DE LIMA E SILVA, 133 - CENTRO MANAIRA PB 58995-000

FATURA
10/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA ESGOTO
LIGADO 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		CONSUMO		CONSUMO/DIA	
ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)	
355	359	4	31	0,13	
21/09/2019	22/10/2019	N°Hm: Y16N105841			

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 10.835.810/0001-05 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE LUIS MARQUES DE SOUZA
 RG-087800082 MT-PE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA AGOSTINHO NUNES MACHALHAES 58

CPF: 062.694.484-19

N.º DA PENHA/SERRA TALHADA
 SERRA TALHADA-PE
 55903-510

CLASSIFICAÇÃO

EC COMERCIAL
 COMERCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4009422396	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
22/10/2019	14/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
265,50	

PERÍODO FISCAL	PERÍODO	DATA
10/10/2019	10/10/2019	15/10/2019
PERÍODO FISCAL	PERÍODO	DATA
10/10/2019	10/10/2019	15/10/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Vt)	777,0000000	0,8108652	210,68
Ativos: Rua Barão de AMARAL			2,71
Ativos: Rua Barão de AMARAL			0,72
Contrib. para a Manutenção			28,88
ICMS Substituição-ICMS			1,45
Multa por atraso-IP			3,27
Multa por atraso-IP			1,83

TOTAL DA FATURA

265,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALISTE	CONSUMO (kWh)
889214799	CAT	15/09/2019	23.996,00	15/10/2019	24.287,35	30	1.00000		271,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano (kWh)
08/19 271
09/19 182
10/19 207
11/19 227
12/19 210
01/20 188
02/20 194
03/20 200
04/20 225
05/20 228
06/20 207
07/20 271
08/20 268

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	20,00	57,79
PIS	1,20	3,26
COFINS	5,95	13,75

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	73,12	31,64%
Transmissão	8,00	2,47%
Distribuição (Celpe)	48,69	18,07%
Perdas de Energia	15,33	5,62%
Encargos Setoriais	11,45	4,35%
Tributos	74,51	28,24%
Total	221,12	100%

TAXAS APLICÁVEIS

0,34020000

RECEBIMENTO FISCAL

F554 C 194 36 C B18C D C B2 930E 2A3F 0C3B

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague a fatura antes do prazo de vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. A fatura é emitida em nome do titular da conta e não pode ser transferida para terceiros. O cliente é responsável por manter a fatura atualizada e por pagar o valor devido. O cliente pode solicitar a suspensão temporária do fornecimento de energia elétrica em caso de ausência por mais de 30 dias. O cliente também pode solicitar a alteração de dados cadastrais, como endereço e telefone. O cliente deve manter a fatura atualizada e por pagar o valor devido. O cliente pode solicitar a suspensão temporária do fornecimento de energia elétrica em caso de ausência por mais de 30 dias. O cliente também pode solicitar a alteração de dados cadastrais, como endereço e telefone. O cliente deve manter a fatura atualizada e por pagar o valor devido.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAR EM BOMBO

Valor	Descrição	Valor	Descrição	Valor
100,00	Valor	100,00	Valor	100,00

BOMBAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INSCRIÇÕES

CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE
CONSUMO	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE

NÍVEL DE TENSÃO

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

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

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO AMANCIO PEREIRA

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

CPF nº 210.773.568-50, 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 PEEA MARIA CAEMOSA 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>58995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(71) 988467128 / (71) 996460348 / (71) 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





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: 0800-1596 / 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=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.205.784 / 16, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SEVERINO AMANCIO PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 210.279.868 / 54,

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 210.279.868 / 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 MAGALHAES</u>	<u>58</u>	<u>1º ANDAR</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>URBS S. DA PENHA</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>PE</u>
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
<u>JOAQUIM NETO 763 @ GMAIL.COM</u>	<u>56303-510</u>	<u>(371) 988464128</u>

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

Joachim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Dra. Andreia Diniz

ANESTESIOLOGA
FLUOR. E NEUR. - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy

NEUROCIRURGEA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO JOELHO - LESÃO MUSCULOESQUELÉTICA

Dra. Martha Arruda

ONCOLOGIA - GINECOLOGIA
COLPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCOTICA

Dr. Adelson Feitosa

MEDICINA ORTODONTICA
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dra. Ana Carolina Sampaio

PODIATROLOGA - TESTE DA UNIFORME - AUSENCIA
CLINICA DE SAUDE COLETIVA

Dr. Antônio Melo

CLINICA MEDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José

NEURORADIOLOGIA

Dra. Danielly Duarte

GINECOLOGIA - OBSTETRICA
USG GINECOLOGIA E OBSTETRICA
HISTORICA PERINATAL

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.

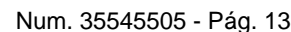
Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: relata dores e edema em pé e tornozelo esquerdo, dores ao pisar o pé esquerdo no chão, apresenta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



[illegible]



**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

Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 06.888.968/0001-08
Fone: (83) 3457-2419 - Email: sec.saudeprincesa@gmail.com / pm.princesa@hotmail.com - ouvidoriapmpib@gmail.com
Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeituradoprincesaisabel/> - Instagram: [@prefeituradoprincesa](https://www.instagram.com/prefeituradoprincesa)



EDIVALDO VIRGILINO DE MEDEIRO
CLÍNICO COM TRATAMENTO ESPECIALIZADO
CRM 1994

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que Suelio Moreira
Carolina
paciente(s) do Unidade de Terapia encontra-se impossibilitada de
realizar suas atividades laborativas por um período de 90 dias,
a partir da data abaixo:
CID S92.1 para I.N.S. (Morte)
S91
Próxima liberação 19.07.2019

AUTORIZAÇÃO

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

RESOLUÇÃO CRM 1809/2007



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

NOME
SEVERINO AMANCIO PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
359529902 SSP SP

CPF
288.279.868-50

DATA NASCIMENTO
03/11/1977

FIGURA

FRANCISCO AMANCIO
PEREIRA
LINDAURA PEREIRA

PERMISSAO

REC

CAT. HAB.

Nº REGISTRO
03880491083

VALIDADE
26/09/2021

V. HABILITACAO
07/07/2006

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Titular

Assinatura do Poderoso

LOCAL
BARRA TALSADA - PE

DATA EMISSAO
27/09/2016

Assinatura do Emissor

83974051726
PRO75106515

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
DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODA
O TERRITÓRIO NACIONAL
1024202044

NOME
JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / 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
04886797690

VALIDADE
04/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/02/2010

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador
joaquin marques de lima neto

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
25/03/2015

Assinatura do Portador

52703774182
PR063573315

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROVIDA PLASTIFICAR
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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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: (☒) 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.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2019

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°. 352529302, 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 / 2019, 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 EXTENSOR DO 1º DEDO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20º, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25º, 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

