



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
35545 505	16/10/2020 10:15	<u>2757285_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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

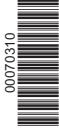
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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

Num. 35545505 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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.

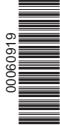
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01837/01838 - carta_03 - INVALIDEZ



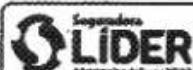
00060919

Carta nº 153327065



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

Num. 35545505 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 290.279.868-54 4 - Nome completo da vítima: LEUVERINO AMANCIO PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> LEUVERINO AMANCIO PEREIRA	6 - CPF: <input type="text"/> 290.279.868-30
7 - Profissão: <input type="text"/> AGRICULTOR	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA PROF. MARIA CARMOSA LIMA E SILVA
11 - Bairro: <input type="text"/> CENTRO	12 - Cidade: <input type="text"/> MANAÍRA
13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58995-000
15 - E-mail: <input type="text"/> JOAQUIMNEMO169@GMAIL.COM	16 - TM (DDD): <input type="text"/> (809) 846-7128

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Destino para os bancos destino. Anote uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Residencial (257) <input type="checkbox"/> Rod (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (204)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <input type="text"/> 3571 CONTA: <input type="text"/> 361.22 (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 AusÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de 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.

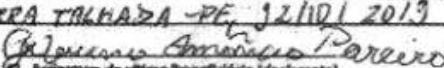
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custa da Seguradora Líder 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: <input type="checkbox"/> Sólovo <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo (falecidos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/filhos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Este cliente deixa que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 beneficiado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha		
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data: <input type="text"/> SERRA TALHADA - PE, 12/10/2013  41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura do Procurador (se houver)		

Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISPC DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA 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, Manaira/PB

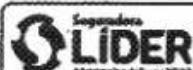
NARRATIVA

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 Amâncio 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NIF do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima: 090.279.868-54** 4 - Nome completo da vítima: **LEUVERINO AMANCIO PEREIRA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo: LEUVERINO AMANCIO PEREIRA	6 - CPF: 240.279.868-30
7 - Profissão: ACRICULTOR	8 - Endereço: RUA PROF. MARIA CARMOSA LIMA E SILVA 133
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: MANAÍRA
13 - Estado: PR	14 - CEP: 38995-000
15 - E-mail: JOAQUIMNEMO169@GMAIL.COM	16 - TM (DDD): (0093) 8467128

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPIANÇA (conta para os bancos sócio. Autro tipo não)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Residencial (257) <input type="checkbox"/> Rod (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (004)			
AGÊNCIA: 3571 013 CONTA: 361.22 (Informar o dígito se existir)	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 AusÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de 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, à custa 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo (falecidos): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Este cliente deixa que a Seguradora Líder pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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-aferenciado

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

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

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

38 - 1º | Nome:
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SERRA TALHADA - PE, 12/10/2013**

Leuverino Amancio Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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



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

Num. 35545505 - Pág. 6



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-578
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº 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	ENDERECO DO IMÓVEL RUA PRFA MARIA CARMONA DE LIMA E SILVA, 133 - CENTRO MANAIRA PB 58995-000		FATURA 10/2019	
RESPONSÁVEL	ENDERECO 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 355 21/09/2019	CONSUMO (M ³) DIAS 0,13 NºHm: Y16N105841	
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR 1 4 R 5319		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA		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.
 COMPARECA 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. 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



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 10.430, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bairro: Recife-PE, CEP 50150-002
CNPJ 10.835.832/0001-05 | Ins. Est. 039043-82 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSÉ LUIS MARQUES DE SOUZA
RG-0578800002-MT-PE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

Nº DA FENIX/SERRA TALHADA:
SERRA TALHADA-PE
56903-510

CPF: 067.694.484-19

Nº DA FENIX/SERRA TALHADA:
SERRA TALHADA-PE
56903-510

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL

INFORMAÇÕES

DATA: 16/10/2018

PERÍODO: 16/10/2018

16/10/2018

2002/811008

3675463

DATA CONTRATO:

4009422396

DATA DE VENCIMENTO:

22/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$):

265,50

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	771.000000	0,81069652	219,68
Acres. Imp. Básica (ANAMEL)			2,71
Acres. Imp. Básica (EMELHA)			0,72
Contab. Ativa Pública Municipal			28,03
ICMS (substituído-CTE) - PE 07339440-14/08/19			1,45
Multa por atraso (IPI) 07339440-14/08/19			3,27
Multa por atraso (IP) 07229440-14/08/19			1,63

TOTAL DA FATURA

265,50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA DATA NOTA FISCAL

Nº DO MONTADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0000214793	CAT	12/08/2019	23.906,00	16/10/2019	24.287,00	22	1.000000		271,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano:

08/19

09/19

10/19

11/19

12/19

01/20

02/20

03/20

04/20

05/20

06/20

07/20

08/20

09/20

10/20

11/20

12/20

01/21

02/21

03/21

04/21

05/21

06/21

07/21

08/21

09/21

10/21

11/21

12/21

01/22

02/22

03/22

04/22

05/22

06/22

07/22

08/22

09/22

10/22

11/22

12/22

01/23

02/23

03/23

04/23

05/23

06/23

07/23

08/23

09/23

10/23

11/23

12/23

01/24

02/24

03/24

04/24

05/24

06/24

07/24

08/24

09/24

10/24

11/24

12/24

01/25

02/25

03/25

04/25

05/25

06/25

07/25

08/25

09/25

10/25

11/25

12/25

01/26

02/26

03/26

04/26

05/26

06/26

07/26

08/26

09/26

10/26

11/26

12/26

01/27

02/27

03/27

04/27

05/27

06/27

07/27

08/27

09/27

10/27

11/27

12/27

01/28

02/28

03/28

04/28

05/28

06/28

07/28

08/28

09/28

10/28

11/28

12/28

01/29

02/29

03/29

04/29

05/29

06/29

07/29

08/29

09/29

10/29

11/29

12/29

01/30

02/30

03/30

04/30

05/30

06/30

07/30

08/30

09/30

10/30

11/30

12/30

01/31

02/31

03/31

04/31

05/31

06/31

07/31

08/31

09/31

10/31

11/31

12/31

01/32

02/32

03/32

04/32

05/32

06/32

07/32

08/32

09/32

10/32

11/32

12/32

01/33

02/33

03/33

04/33

05/33

06/33

07/33

08/33

09/33

10/33

11/33

12/33

01/34

02/34

03/34

04/34

05/34

06/34

07/34

08/34

09/34

10/34

11/34

12/34

01/35

02/35

03/35

04/35

05/35

06/35

07/35

08/35

09/35

10/35

11/35

12/35

01/36

02/36

03/36

04/36

05/36

06/36

07/36

08/36

09/36

10/36

11/36

12/36

01/37

02/37

03/37

04/37

05/37

06/37

07/37

08/37

09/37

</div

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO AMARAL PEREIRA

RG nº 35.952.9.902, data de expedição 27/09/2016, Órgão SSP-SP,

CPF nº 210.879.568-50, 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 PEFA MARIA CARMOSA DE LIMA E SICVA</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MANAÍRA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58335-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 988467128 / (87) 996460349 / (87) 981355433</u>
E-mail	<u>SEVERINO.NETO169@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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.205.784-176, 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 280.273.868-154, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u>	Número:	<u>58</u>	Complemento:	<u>JANDAR</u>
Bairro:	<u>NOSSA S. DA PENHA</u>	Cidade:	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>JOAQUIM NETO 763@GMAIL.COM</u>			CEP:	<u>56303-510</u>
				Tel.(DDD):	<u>(37) 988467128</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 32/11/2017

Joaquim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante





CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Andreia Diniz

ANESTELOGISTA
CLÍNICA MÉDICA - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dra. Martha Arruda

HANROTOLÓGICA - DENTISTÉTICA
COLESCOPIA - CITROLOGIA ONCOLÓGICA

Dr. Antônio Melo

CLÍNICA MÉDICA - CARDIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Carlos Kennedy

NEUROLOGISTA - NEUROONCOLOGIA

Dr. Adeilson Feitosa

MEDICINA INTEGRATIVA
PARA O CONTROLE DE OBESIDADE

Dr. Jailson José

RESPIRATÓLOGA

Dr. Ebenone A. Silva

ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO SELENTO - USO PESQUINHO - OSTEOTOMIA

Dra. Ana Carolina Sampaio

HANROTOLÓGICA - NEFROLOGIA - OBESIDADE - MEDICINA
CLÍNICA DE SAÚDE OCUPACIONAL

Dra. Danielly Duarte

OBSTETRÍGICA - OBSTETRICA
USO PESQUINHO E OBSTETRICA
REPRODUÇÃO FETAL

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. Ana Lúcia Gonçalves
Médica
CRMPE 27.515

Rua Joaquim Godoy, 393 - Centro - 56.912-450 - Serra Talhada - PE
Fone: (87) 3221-6000



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.

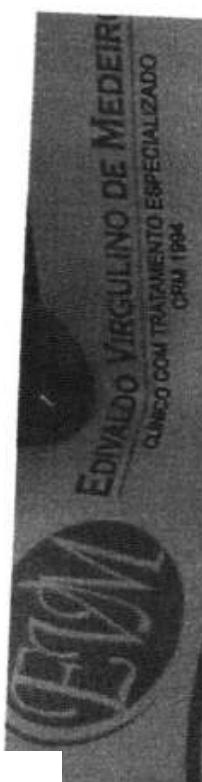
SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat.019.035



Ernesto Manguera de Souza
Diretor Administrativo
Mat. 1020

Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 08.888.968/0001-08
Fone: (83) 3457-2419 - Email: sec.saudeprincesa@gmail.com / pm.isabel@hotmail.com - ouvidoriapmpb@gmail.com
Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeituradoprincesaisabel/> - Instagram: [@prefeituradeprincesa](https://www.instagram.com/prefeituradeprincesa)





EDVALDO VIRGULINO DE MEDEIROS

CLÍNICO COM TRATAMENTO ESPECIALIZADO
CRM 1994

ATESTADO MÉDICO

Assento para na desidicar futebol que SUELIO MOREIRA
torneio de futebol de futsal encontra-se impossibilitado de

exercer suas atividades profissionais por um período de 90 dias.
Nome da desidicar: SUELIO MOREIRA
CNPJ: 59.2

Nome da desidicar: SUELIO MOREIRA

CPF: 391

Processo Interno: 16.07.2007

Assento para na desidicar futebol que SUELIO MOREIRA
torneio de futebol de futsal encontra-se impossibilitado de

exercer suas atividades profissionais por um período de 90 dias.
Nome da desidicar: SUELIO MOREIRA
CNPJ: 59.2

Nome da desidicar: SUELIO MOREIRA

CPF: 391

Processo Interno: 16.07.2007

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Dr. Edvaldo Virgulino de Medeiros a realizar o exame médico
ou por extenso neste atendimento

Rescisão: 16.08.2007



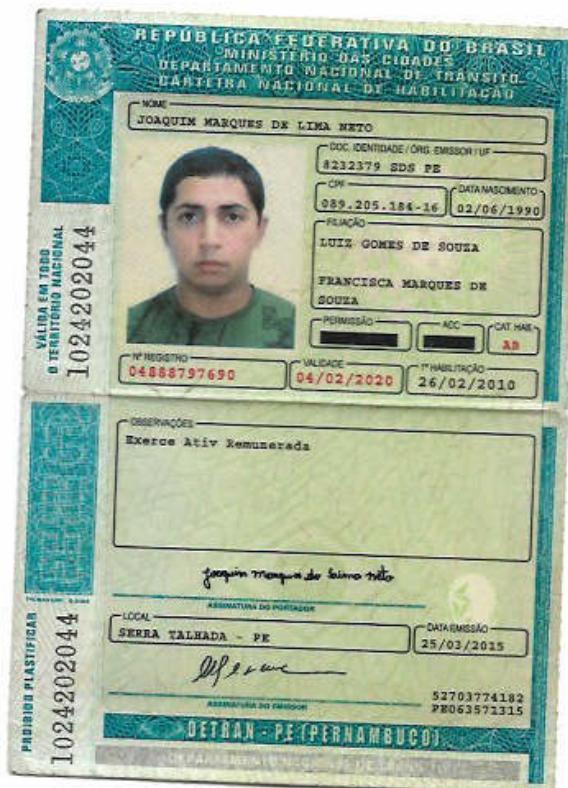
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/10/2020 10:15:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610151507500000033956098>
Número do documento: 20101610151507500000033956098

Num. 35545505 - Pág. 15



14.07. Rosilene Amigó Confido





**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 RAIO, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA 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 RAIO, 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 MÚLTIPLOS 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 RAIO DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA 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 RAIO 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



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de 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 REANALISE DE PROCESSO

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

Grato.

12/12/2019

Severino Amâncio 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
MANAIARA, Estado de (o) PB, cep: 58.995-000,
portador(a) do RG n°. 359529302, 29P-5P e CPF n°. 280.279.868-50

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 Amâncio Pereira

OUTORGANTE

CPF n°. 280.279.868-50



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 RAIO, 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 RAIO, SINAS 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

