



06/11/2020

Número: **0029354-38.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70652970	06/11/2020 16:06	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093739

Vítima: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 02/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13909750





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

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190093739

Vítima: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 02/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01781/01782 - carta_03 - INVALIDEZ

00080891



Carta nº 13990361





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, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190093739

Vítima: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 02/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002192**

Conta: **0000078439-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

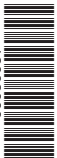
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00113/00114 - carta_15R - INVALIDEZ

00030057





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 668371464-91 CPF da Vítima: 668371464-91 Nome completo da vítima: Gilson Barbosa de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Gilson Barbosa de Oliveira</u>		CPF titular da conta: <u>668371464-91</u>	Profissão: <u>Recebeu-se</u>
Endereço: <u>Rua Pedro Abílio de Araújo Gomes</u>		Número: <u>180</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Cruzeiro</u>	Cidade: <u>Bezerros</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55660-000</u>
Email:		Telefone (DDD): <u>9668</u>	<u>4834</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA: 2192 D/V: 0 CONTA: 78439 D/V: 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: CAIXA FIC: 0000
AGÊNCIA: 0000 D/V: 00 CONTA: 0000 D/V: 00
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

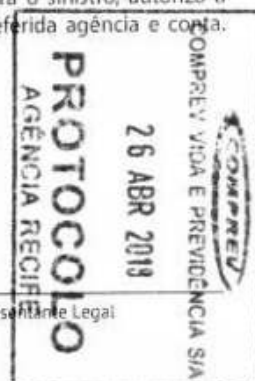
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bezerros, 26 de março de 2018
Local e Data

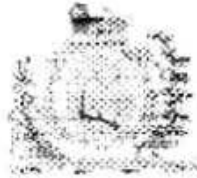
Gilson Barbosa de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -
DP31ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0181000633**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2018** às
15:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **2/3/2018** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1, RUA JOSÉ
PEREIRA - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR/AGENTE)
GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na ocorrência da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA EUNICE DE OLIVEIRA Pai: ABDON BARBOSA DE OLIVEIRA Data de Nascimento:
14/2/1969 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 88837148491 (CPF):
00755526423 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
893752422**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 602, RUA FREI CÂNECA - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL, APOCA ESCOLAO
JOSE DE GOIS**

... (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILSON BARBOSA DE



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/EDS/Infopoli/xml/BOEPreview.html

OLIVEIRA, que estava em posse de(a) Sr(a): **GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROB** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Elas: **KGL2738 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **219372096** Chassi:
9C2KD0620AR045167
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

CONSOANTES RELATO DA VITIMA, O MESMO ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NA REFERIDA VIA, DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE DA MESMA DEVIDO A UM BURACO EXISTENTE VINDO A CAIR, E NA QUEDA FICOU LESIONADO SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ DOS BEZERRAS, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MEDICO CONFORME REGISTRO N. 242747 DATADO DE 02/02/18, AS 22:18 HORAS, TENDO COMO MEDICO PLANTONISTA, DR. MAURICIO GABRAL, CRM -AL/PE 6.622 / 23.493. PELO EXPOSTO COMUNICA O OCORRIDO PARA AS MEDIDAS CABIVEIS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Gilson Barbosa de Oliveira
GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cleves Vitorino da Silva* - Matrícula: 3211646



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gilson Barbosa de Oliveira

CPF da Vítima

668.371.464-91

Data do Acidente

02/03/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Gilson Barbosa de Oliveira

CPF do Representante legal

668.371.464-91

Email

Telefone (DDD)

9668-4834 / 9258-3087

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

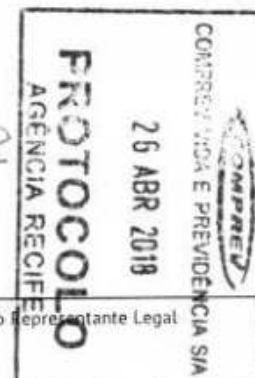
Belem, 26 de março de 2018

Local e Data

Gilson Barbosa de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



01 V001/2017



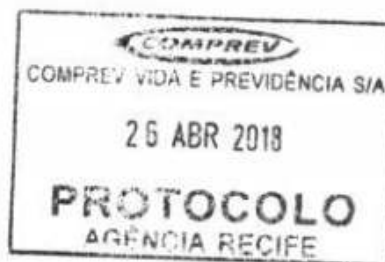


SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018GB2000037 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). KEVIN SILVA BARBOSA DE OLIVEIRA, 17 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº , inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº , residente à RUA FREI CANECA , nº 602, , CENTRO, BEZERROS-PE, certificar que este 2º Grupamento de Bombeiros atendeu a uma ocorrência no dia 02/03/2018, por volta das 23:00 hs, no endereço: RUA JOSÉ PEREIRA., S/N, CENTRO BEZERROS-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo NÃO HÁ DADOS SOBRE O VEÍCULO EM NOSSOS REGISTROS POIS O MESMO HAVIA SIDO RETIRADO DO LOCAL QUANDO DO ATENDIMENTO PELA GUARNIÇÃO DO BOMBEIRO., no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 668.371.464-91 e Registro Geral ° 331161709, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do 2º Grupamento de Bombeiros, comandada pelo(a) SARGENTO JÚLIO. Foi transportado(a) para o UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ. Registrado(a) com o prontuário nº 242747. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / 2ºGB.



Posição em 20/03/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018GB2000037

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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:	21/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02192

CONTA: 000000078439-0

Nr. da Autenticação C0BE8623B9BDE412





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438 de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.823.932/0001-08 | Insc. Est. 0050943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSE MARY EUNICE DE OLIVEIRA

CPF: 040.303.164-28 INSC: 12934776451

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM INSS
Mensal Renda

Nº DA NOTA FISCAL: 2001/0018

APRESENTAÇÃO: Nº DO CLIENTE: 2001/0018

2001/0018 2018000000 2001/0018

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PEDRO ABILIO DE ARAUJO LEMOS
180

CRUZEIRO/BEZERRAS
DE ZERROS PE
55660-000

CÓPIA CONTRATO MÊS ANO

7022817064 01/2018

29/01/2018 20/02/2018

21-89

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

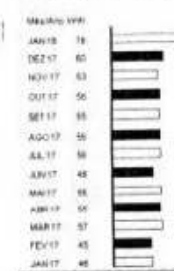
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	8,17118303	8,13
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	40,0000000	8,29347377	13,48
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,94
Contribuição Iluminação Pública			2,99

TOTAL DA FATURA 21-89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
W000000	CAT	25-12-2017	1.116,00		12-01-2018	7.194,00	31	1.000,00			78,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	18,00	0,71
PIS	18,00	0,71
COFINS	18,00	0,71

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	7,32	30,51%
Transmissão	0,77	4,00%
Distribuição (Celpe)	8,33	33,33%
Perdas de Energia	1,30	10,52%
Energia Solarizada	1,00	8,82%
Tributação	0,77	4,00%

TAXAS APLICADAS

	R\$
Taxas Aplicadas	18,86

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

8,16415700
8,29347377

RESERVAÇÃO FISCAL

CEIF: 0004 0553 CFB4: 069A 7481 6A4E 8F27

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Esta nota fiscal é emitida em conformidade com a Lei de 10.438 de 26/04/02, que institui a Tarifa Social de Energia Elétrica para consumidores de baixa renda. Para saber mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800 00 00 00. A Tarifa Social de Energia Elétrica é concedida aos consumidores de baixa renda que estejam inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e que estejam inscritos no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e no Programa de Integração Social (PIS) e no Programa de Garantia do Emprego (PGE). A Tarifa Social de Energia Elétrica é concedida aos consumidores de baixa renda que estejam inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) e que estejam inscritos no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e no Programa de Integração Social (PIS) e no Programa de Garantia do Emprego (PGE).

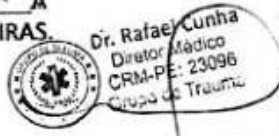


RELATORIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÃO DO MEDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 02/03/18	DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 02/03/18
NOME COMPLETO DA VITIMA: WILSON RABOSA DE OLIVEIRA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: ① DOR E EDEMA NA REGIÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ② RAIO-X APRESENTA FRATURAS EM PLATO TIBIAL ESQUERDO.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS: ① SUTURA REALIZADA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ② TRATAMENTO CONSERVADOR COM APARELHO GIPSADO POR 90 DIAS.	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO ALTA MÉDICA DEFINITIVA	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? : ☐ SIM ☒ NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: () A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO (x) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÓMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
① DIFICULDADE DE DEAMBULAR ② MANEJO DE FLEXÃO E EXTENSÃO COMPROMETIDO EM 50%. NA REGIÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. ③ FRAGUEZA / DÉFICIT TÔNUS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.	
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 29/01/19 A 29/01/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL BETANOS 29 Janeiro 2019	ASSINATURA E CARIMBO 





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 852.742	
ATA: 02.03.18		HORA: 23:30		TELEFONE: 928213393	
OME: Wilson Barbosa de Oliveira				IDADE: 49	
OME DA MÃE: Maria Eunice da Oliveira					
ATA DE NASCIMENTO: 16/02/69		ACOMPANHANTE: Luíza da (Maria José)			
ND: Rua Três Rios		BAIRRO: Pólo		N.º 602	
IDADE: Bezerros		SINAIS VITAIS			
A: 136/80 mmHg	HGT: - mg/dL	T: - °C	PESO: - kg	Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC < 50 ou > 140 bpm O FR < 10 ou > 32 irpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou > 200 mmHg O PAD < 40 ou > 130 mmHg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow < 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou > 180 mmHg O PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% O Vítilo de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

Vermelho

Amarelo

Verde

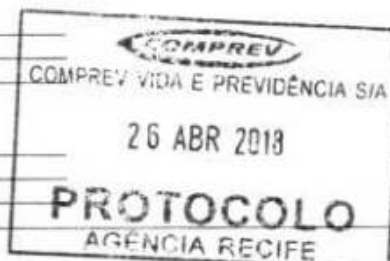
Azul

Encaminhado pelo CB cl. 12.11.18 em 11/11/18

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES



Fabiana Brito
Enfermeira

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: ☒ NÃO () SIM, a	REGISTRO:
----------------------	--	-----------

Queixas: Analgia de mato ao malar
controle

Exame físico: pericardio, aumento em malar
pólipo atítico
pericardio de mato exposto e malar
de peito e tórax

H.D.:

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: 1. Dipirona 0,5g + 10 mL
2. Foliclor 0,5g + 10 mL

Ceftriaxona 0,5g + 10 mL

Dexamet 0,5g + 10 mL
Voltrone 0,5g + 10 mL

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: ____/____/____	SIM () NÃO ()
Consulta c/ Observação	Solicitação	Hora: ____:____:____	DIAS: ____
Indicação (Internamento)	Transferência		
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: ____/____/____
Hora: ____:____:____

Dr. Maurício Cabral
MÉDICO
CRM-AM/PE 6.522/23.403
Médico - CREMEPE
(Carimbo)







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

OKC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
331161709 SSP SP

CRI
668.371.464-91

DATA NASCIMENTO
14/02/1969

FORMAÇÃO
ABDOM BARBOSA DE OLIVEIRA
MARIA EUNICE DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACQ
CAT. HNB
3,0

Nº REGISTRO
00755520433

VALIDADE
01/04/2019

1ª HABILITAÇÃO
21/05/1998

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÕES

Gilson Barbosa de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
REZERVO - PE

DATA EMISSÃO
02/04/2018

P. P.
ASSINATURA DO EMISSOR

00605996701
PE039055979

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
872947460

PROTEÇÃO PLÁSTICA
872947460



Comprensivo
invalidez





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190093739 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/03/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do platô tibial esquerdo.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do joelho esquerdo acarretando marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador da fratura exposta do platô tibial esquerdo.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 09/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional intensa do joelho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190093739

Nome do(a) Examinado(a): GILSON BARBOSA DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pedro Abílio de Araújo Lemos, 180 -
BEZERROS/PE - CEP 55660-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 331161709 - SSP PE

Data e Local do Acidente : 02/03/2018

Data e Local do Exame : 15/03/2019 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta do platô tibial esquerdo.

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

Quadro submetido a tratamento conservador. Recebeu alta há 6 meses.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

Ao exame: marcha claudicante, redução moderada da amplitude de movimento
do joelho esquerdo.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**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:**

Dano funcional do joelho esquerdo

**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 (*).

Vide motivo do impedimento 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

joelho esquerdo

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

Região Corporal

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

Região Corporal

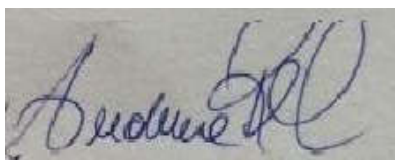
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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.

Dano funcional do joelho esquerdo 75%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE



Eu Gilson Barbosa de Oliveira

CPT 668-371.464-91 foi Entregado Junto A
ESSA SEGURADORA LIGADA NO Meu processo de
Solicitação de Sinistro 3190093439 de um
Acidente Que sofreu No dia. 02/03/2018

Fui socorrido pelos Bombeiros e levado para
A unidade Misso São José
Onde fui diagnosticado com uma fratura
e que um corte no fêmur
fui submetido A uma cirurgia
e A fratura com Alinhamento e
ceto Roda.

No dia 29/01/2019 fui para uma consulta
Médica e O Médico Me deu um laudo
comprovando que tive uma fratura no
fêmur tibial esquerda de que já envi
para A seguradora.

Estou enviando junto com esse corte
os Röntgen Que mostram minha lesão.
por isso solicito uma perícia com o
Médico Seguradora
Do Seguradora

Gilson Barbosa de Oliveira

