



Número: **0800871-45.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **28/07/2020**

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	
FABIO CANDIDO RODRIGUES (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37088657	25/11/2020 14:19	2767871_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta nº: 11859321

A/C: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170560876 ASL-0400569/17
Vítima: FABIO CANDIDO RODRIGUES
Data Acidente: 01/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01853/01854 - carta_01



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11875489

A/C: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170560876 ASL-0400569/17

Vítima: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Data Acidente: 01/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00057/00058 - carta_03



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **FABIO CANDIDO RODRIGUES**

Sinistro: **3170560876**
Vítima: **FABIO CANDIDO RODRIGUES**
Data do Acidente: **01/01/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170560876** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00579/00580 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12083284



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12192497

A/C: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Nº Sinistro: 3170560876
Vitima: FABIO CANDIDO RODRIGUES
Data do Acidente: 01/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FABIO CANDIDO RODRIGUES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 000000049792-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01559/01560 - carta_15R - INVALIDEZ

00020780



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FABIO CANDIDO RODRIGUES

PORTADOR(A) DO RG Nº 56.531.035-5 EXPEDIDO POR SSDS/SP EM 23 / 08 / 2012 E

CPF 096142714-75 / CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ NÃO POSSUI (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FABIO CANDIDO RODRIGUES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT-Sistema de Integração de Dados é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-00049492-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITAPORANGA/PR-23 de SETEMBRO de 2014

LOCAL E DATA

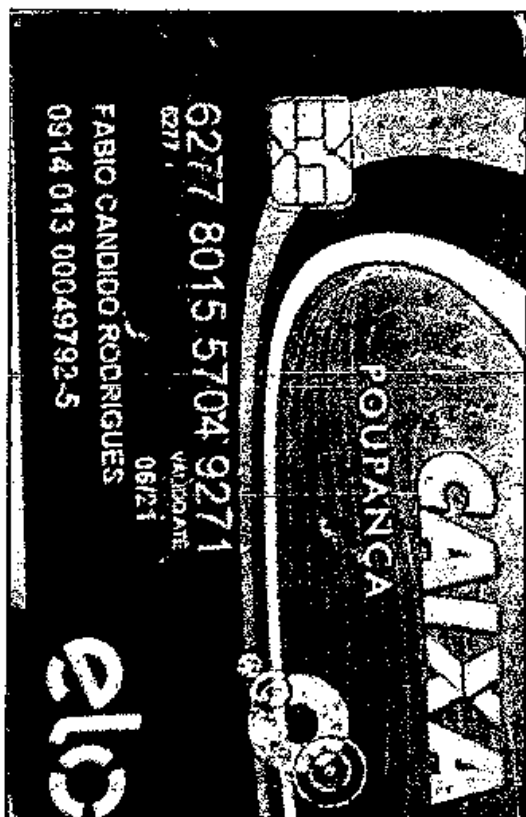
Fabio Candido Rodrigues dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

12

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





13





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 435 / 2017.

Natureza da Ocorrência: Acidente de Trânsito

Data do Fato: 1º / Janeiro / 2017 . **HORAS** -14h-Aproximadamente.

Sob a responsabilidade do Del.Pol: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA.

Notificante/Vítima:

FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES, natural de Manaíra/PB, Solteiro, Agricultor, nascido no dia 23/JAN/1988, filho de José Carlos Rodrigues de Lima e Cicera Cândido de Lima, portador do RG 56.531.035-5/SSP/SP e CPF Nº. 076142714-75, residente na R. José Tavares Diniz nº.44 centro-Manaíra-PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**:

QUE no dia e horas informado acima, saiu de sua residência para visitar al alguns familiares no Sítio Algodão, conduzindo a moto ' HONDA/CBX 250 TWISTER, COR AMARELA, ANO MOD. 2007, PLACA KKE2887/PE E CHASSI Nº. 9C2MC35007R073988, licenciada em nome de FLAVIO CANDIDO RODRIGUES e já chando a citado Sítio(Algodão), ao tentar desviar de um animal(Vaca) na estrada perdeu o controle da moto, colidindo contra uma barreira, sendo então socorrido por familiares para uma Clínica na cidade de Princesa Isabel-PB.



Itaporanga (PB), 30 / Junho / 2017.

Fábio Cândido Rodrigues
Notificante/Vítima.

ESCRIVÃO:

Fco. Silva Rodrigues
SAC. PC. 1741/KAT/2017
CHIEFE DE CARTÓRIO

02



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, FABIO CÂNDIDO RODRIGUES, portador da carteira de identidade nº 56.531.035-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.142.414-15, residente e domiciliado na JOSÉ TAVARES DINIZ, Nº 44, CENTRO, Cidade MANAÍBA, Estado PAPUA, 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:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

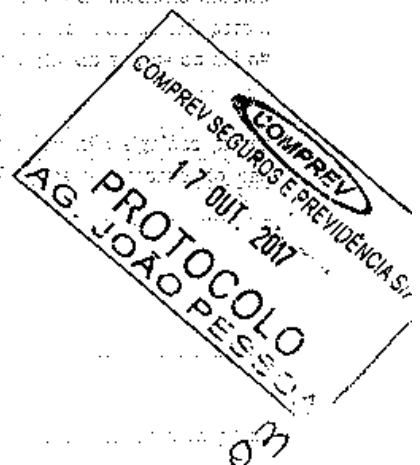
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ITAPORANGA/PB, 23/09/2017

Local e data



DATA/HORA RECEPÇÃO: 01/01/2017 - 20:05:54
DATA/HORA PRÉ-CONSULTA: 01/01/17 - 20

Comprovação de ato declaratório



CLINICA MEDICA

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº F.A.A. : 3724

CNS: 898001261397306

Nome: 1066 - FABIO CANDIDO RODRIGUES

DN: 23/01/1988 Idade: 28 Anos, 11 Meses e 9 Dias.

Sexo: M Raça/Cor: PARDA

Etnia:

RG:

Mãe: CICERA CANDIDO DE LIMA

Endereço: 10a RUA PROJETADA - S/N

Complemento:

Bairro: DOZE

Cidade: MANAIRA

UF: PB CIEP 58.995-000

Tel. Residencial:

Comercial:

Contato:

Cel:

Cel P/ SMS:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações da pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

Medicamentos em uso:

Hipertensão: () Sim (X) Não

Diabetes: () Sim (X) Não

Câncer: () Sim (X) Não

Pneumopatia: () Sim (X) Não

Transplantado: () Sim (X) Não

Alergia: () Sim () Não

Outros: () Sim (X) Não

Tem Tosse: () Sim (X) Não Se Sim, Quanto Tempo: ~

Antecedentes Pessoais:

P.A. 130 x 80 mmHg Temperatura: °C

Sat O2:

Glicemia Capilar:

mg/ml

Glasgow: COREN - PB 14.740

Pulso:

Freq. Respiratória:

Peso:

Kg

Altura:

m

Dor:

Prof. Resp. pré-consulta:

Última Notificação: Data da Notificação:

CID:

Numero da Notificação:

HISTÓRICO DE CONSULTAS

Datas das Últimas Consultas:

Quantidade de Consultas nos Últimos:

10 Dias () 30 Dias () 180 Dias ()

Num. FAA: 3724

01/01/2017

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

Num. FAA: 1305

10/12/2016

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

Num. FAA: 1305

10/12/2016

UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

AValiação CLÍNICA

Paciente alcoolizado.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO/CURATIVO

() ECG

(X) Medicação

() Exames

() Curativo

() Outros

DADOS DA SAÍDA

DATA E HORA: 02/01/17 - 12:10

(X) Alta

() Recusou o Atendimento

() Retorno

() Encaminhado:



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional

Atendente Responsável na Recepção:

EDILELIA GOMES SILVA GAMBARRA

Usuário que Imprimiu: EDILELIA GAMBARRA

Pag: 1 de 1

Modelo 41

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel-PB 11/08/2017 09:55:56
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
(2017-006027) EMBL:RS 2.31 FAREN:RS 0,27 FEPJ:RS 0,46
SELO DIGITAL: AFD22014-1908
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.rs.br>

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: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO CANDIDO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000049792-5

Nr. da Autenticação 2396CF4E77ACC2EE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES

RG nº 58.531.035-5, data de expedição 23 / 08 / 2012, Órgão SSDS/SP

CPF nº 076.442.744-75, 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>JOSÉ TAVARES DINIZ</u>
Número	<u>44</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MANAIRA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99947-1520/99</u>
E-mail	<u>SERTAO.ASSESSORIA@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ITAPORANGA/PB, 23/09/2017

Assinatura do Declarante:

Fábio Cândido Rodrigues dos Santos



14



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 08.123.054/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71622527

REFERENCIA

AGO/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSE CARLOS RODRIGUES DE
RUA JOSE TAVARES DINIZ NUM. 44CENTRO
MANAIRA

58995-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
125.01.478.0095	0	Exatidão	Compreensão	Integridade	Pago	
		1	0	0	0	80552676
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N365199	18/02/2016	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
105	115	10	29	19/09/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
FEV/2017	6	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
MAR/2017	5	0	COR	10 10 10
ABR/2017	8	0	CLORO	14 14 14
MAI/2017	6	0	COL.TOTAIS	14 14 14
JUN/2017	5	0	TURBIDEZ	10 10 10
JUL/2017	3	0	COL.TERMOT	0 0 0
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A: JUL/2017	

DATA DA LEITURA: 22/08/2017	HORA DA LEITURA: 10:43:49
DESCRICAO	CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10 36,84 R\$36,84
047-JUROS DE MORA	R\$0,23
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$0,73

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$3,41 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:

05/09/2017

Total a Pagar:

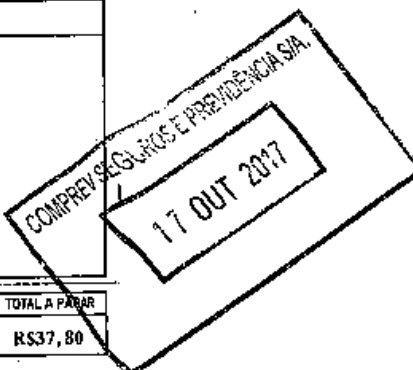
R\$37,80

V.16.12 R.1.0

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
71622527	AGO/2017	05/09/2017	R\$37,80

8261000000-7 37800010827-4 16225270820-9 17000000002-7



Comprovante de residência



SUELSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAVALCANTE, 88 - CENTRO
ITAPERANGA / PB CEP: 58700-000 (AG: 154)

ENERGISA
SERVIDORA PARA BIL: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 9290 AMPS - Orçao Residencial - Jato Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 9168 Referência: Jun / 2017 CNPJ: 09.095.168/0001-40 Ins. Est. 16.016.823-0
Nº medidor: 0009206001 Emissão: 12/08/2017 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.479.100
Código para Débito Automático: 0000270579

Assinatura do Cliente: **ENERGISA 0800 083 0196** Assinatura: **ENERGISA.COM.BR**

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora) 5/27653-4**

Período de Cobrança: **Jun / 2017**

Apresentação: **12/08/2017**

Data prevista da próxima leitura: **13/07/2017**

CPF/CNPJ/RAM: **12/08/17 9808 12/08/17 9808**

Anterior	Atual	Consumo	Consumo	Dias
12/08/17	9808	12/08/17	9808	31

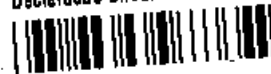
Faturas em anexo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	58	0,4387	25,65
Atc. B. Verificação			1,00
IGAS			0,84
PIS			0,20
COFINS			1,83
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUMINELCA			5,80
JUROS DE MORA 05/2017			0,20
MULTA 05/2017			0,95

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

08





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS, portador(a) do RG nº 5.652.161, expedido por SSDS/PE, em 30 / 04 / 96, CPF/CNPJ nº 029.242.064-03, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FABIO CÂNDIDO RODRIGUES do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima FABIO CÂNDIDO RODRIGUES, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: NÃO POSSUI

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



03



Declaração do proprietário do veículo

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 OUT. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
TENTICIDADE)

CARTÓRIO DISTRIAL DE PÉLO SIMÃO
Rua Archimio Barbosa, S/N, Várzea do Povo, São Paulo/SP

Declaramos, por autenticidade, a(s) firma(s) de: **FLAVIO GANDIDO RODRIGUES CARLOS** - **CPF: 025.106.114-9**
Doutor em Medicina - PB - 26/09/2017
Inscrição: Candidata Paloma Bezerra Sales - Doc. Paloma Bezerra Sales
Selo Digital: APV9944400001
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.pspb.jus.br/>
Emol: R\$ 5,49 - TARPEN R\$ 0,25 - MP R\$ 0,14 - FEP R\$ 1,56

OW





Atestado/Laudo
Centro Médico Virgulino
Rua Chico Soares,S/N

Atesto que o Sr(a), Fáblio Cândido Rodrigues, apresenta fratura de maléolo Fibular ,com qualidade de vida bastante limitada, dificuldade de exercer suas atividades normais, necessitando e requerendo auxilio doença pelo INSS e avaliação do perito oficial ,por tempo indeterminado.

CID-10-S82.4

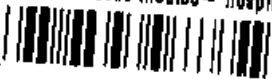
Princesa Isabel, 31/1/2017.


Edivaldo Virgulino de Medeiros



05





DATA/HORA RECEPÇÃO: 01/01/2017 - 20:05:04

DATA/HORA PRÉ-CONSULTA: 01/01/17 - 20:06h



CLINICA MEDICA

F.A.A. - FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº F.A.A. : 3724

CNS: 898001261397306

Nome: 1066 - FABIO CANDIDO RODRIGUES

DN: 23/01/1988 Idade: 28 Anos, 11 Meses e 9 Dias.

Sexo: M Raca/Cor: PARDA

Etnia:

RG:

Mãe: CÍCERA CANDIDO DE LIMA

Endereço: 10a RUA PROJETADA - S/N

Complemento:

Bairro: DOZE

Cidade: MANAIRA

UF: PB CEP 58.995-000

Tel. Residencial:

Comercial:

Contato:

Cel:

Cel P/ SMS:

DADOS DA PRÉ CONSULTA

Informações de pré-consulta:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () VERMELHO () AMARELO () VERDE () AZUL

Paciente alcoolizado, deu entrada na Unidade de desalcooidação, após queda de moto.

Medicamentos em uso:

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não Câncer: () Sim (X) Não Pneumopatia: () Sim (X) Não

Transplantado: () Sim (X) Não

Alergia: () Sim () Não

Outros: () Sim (X) Não

Tem Tosse: () Sim (X) Não Se Sim, Quanto Tempo:

Antecedentes Pessoais:

Kassia Cristina Moleiros
Enfermeira

P.A. 130 x 80 mmHg Temperatura: °C Sat O2: Glicemia Capilar: mg/ml Glasgow: COREN - PB/PE-447400

Pulso: Freq. Respiratória: Peso: Kg Altura: m Dor:

Prof. Resp. pré-consulta:

Última Notificação: Data da Notificação:

CID:

Número da Notificação:

HISTÓRICO DE CONSULTAS	Datas das Últimas Consultas:	Quantidade de Consultas nos Últimos:	10 Dias (0)	30 Dias (1)	180 Dias (1)
Num. FAA: 3724	01/01/2017	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			
Num. FAA: 1305	10/12/2016	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			
Num. FAA: 1305	10/12/2016	UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL			

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Paciente alcoolizado.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO/CURATIVO

() ECG (X) Medicação

() Exames () Curativo

() Outros

*56 S% Poomlieu
1 qlion 50/2 amp, 20:58
1 comphos 18 amp
1 utic 1 amp*

DADOS DA SAÍDA

DATA E HORA: 02/01/17 - 08:10

(X) Alta () Recusou o Atendimento () Retorno

(X) Encaminhado:

*Manoel de Sousa Ribeiro*
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional

Usuário que Imprimiu: EDILEIA GAMBARRA

Atendente Responsável na Recepção: EDILEIA GOMES SILVA GAMBARRA

Pág: 1 de 1

Modelo 41

CARTÃO DE AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que se me apresentou. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PB-11/08/2017 09:55:56

Marta Rodrigues dos Santos - Escrivão

(2017-000022) ENL:28 2,31 CARPENS:0,27 FEPJ:15 0,46

SELO DIGITAL: AF022014-2708

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

Atestado/Laudo

Centro Médico Virgulino

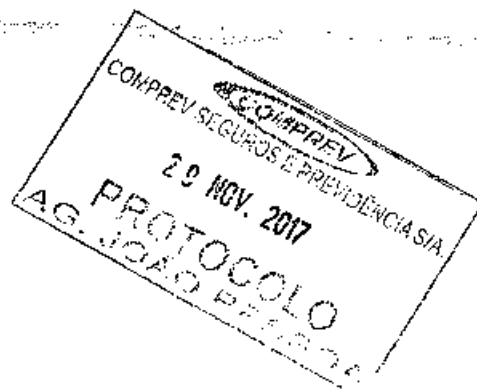
Rua Chico Soares,S/N

Atesto que o Sr(a), **Fábio Cândido Rodrigues**, apresenta fratura de maléolo Fibular ,com qualidade de vida bastante limitada, dificuldade de exercer suas atividades normais, necessitando e requerendo auxílio doença pelo INSS e avaliação do perito oficial ,por tempo indeterminado.

CID-10-S82.4

Princesa Isabel,31/1/2017.


Edivaldo Virgulino de Medeiros



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON CADUT

88104

PROIBIDO PLASTIFICAR

Fabio Candido Rodrigues

8549-068516

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 56.531.035-5 DATA DE EXPEDIENTE 23/AGO/2012

FABIO CÂNDIDO RODRIGUES

ALIAÇÃO JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE LIMA

E CÍCERA CÂNDIDO DE LIMA

NATURALIDADE MANAIRA - PB DATA DE NASCIMENTO 23/JAN/1988

DOC. ORDEM PRINCESA ISABEL - PR

PELO SINAL

CN: LV A003/FLS: 0136/N. 002942

GRF 076142714/75

209 Delegado Divisionário

Roberto ARAÚJO de OLIVEIRA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Documentos de Identificação

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

17 OUT. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

06



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170560876 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO CANDIDO RODRIGUES **Data do acidente:** 01/01/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO E TRAUMA EM COXA DIREITA (LESÃO MUSCULAR)

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA UMA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA DIREITA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO DIREITO GRAU II, E DEFORMIDADE EM FACE ANTERIOR DA COXA. AO EXAME FÍSICO DO TORNOZELO APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO DIREITO EM 4°, E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°, ALÉM DE DOR LOCAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 01/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO MAIS TRAUMA EM COXA DIREITA (LESÃO MUSCULAR). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO POR 90 DIAS E DIAGNOSTICADO COM UMA LESÃO EM MUSCULATURA DO QUADRÍCEPS DIREITO QUE TAMBÉM FOI OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do membro inferior devido à repercussão funcional do membro (atrofia da coxa direita, edema e limitação da mobilidade do tornozelo).
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO CANDIDO RODRIGUES** Sinistro: **3170560876** Data: **01/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **JOSE TAVARES DINIZ, 44 - CENTRO - Manaíra - PB - CEP 58995-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **565310355**

Data local do exame: [**22/12/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO MAIS TRAUMA EM COXA DIREITA (LESÃO MUSCULAR) . APRESENTA UMA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA DIREITA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO DIREITO GRAU II, E DEFORMIDADE EM FACE ANTERIOR DA COXA. AO EXAME FÍSICO DO TORNOZELO APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO DIREITO EM 4°, E DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 15°, ALÉM DE DOR LOCAL.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 01/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO MAIS TRAUMA EM COXA DIREITA (LESÃO MUSCULAR). O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE IMOBILIZAÇÃO POR 90 DIAS E DIAGNOSTICADO COM UMA LESÃO EM MUSCULATURA DO QUADRÍCEPS DIREITO QUE TAMBÉM FOI OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA EM 2 CM DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II DEFORMIDADE EM FACE ANTERIOR DA COXA AUMENTO DE VOLUME DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO TORNOZELO EM 4° DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 15° DOR LOCAL

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB





PROCURAÇÃO PARTICULAR:

OUTORGANTE:

Nome: FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES
 Nacionalidade: BRASILEIRO / Estado Civil: SOLTEIRO
 Profissão: AGRICULTOR
 Identidade: 56.531.035-5 / CPF: 046.142.719-25
 Endereço: R. JOSÉ TAVARES DINIZ, Nº 44, CENTRO, MANAIRA / PB

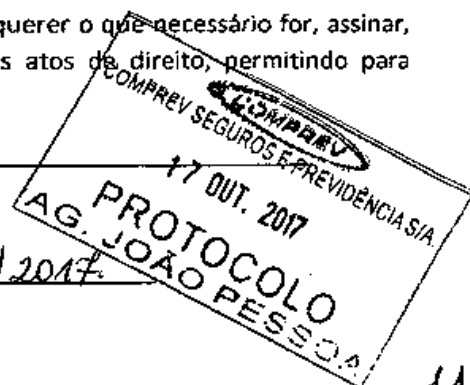
OUTORGADO:

Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 Nacionalidade: BRASILEIRO / Estado Civil: CASADO
 Profissão: AUTÔNOMO
 Identidade: 5.652.161 / CPF: 039.247.061-09
 Endereço: R. MANOEL PEREIRA CAVALHA, 58, CENTRO, ITAPORANGA / PB

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante AS SEGURADORAS, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinaturas em Ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato,

da vítima: FÁBIO CÂNDIDO RODRIGUES

Local e data: Itaporanga / PB, 30/09/2017.



Fábio Cândido Rodrigues

**ASSINATURA DO OUTORGADO
(RECONHECER FIRMA POR AUTOGRAFIA)**

