



17/03/2021

Número: **0811618-62.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ANTONIO VITURIANO DE ABREU (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40749693	17/03/2021 12:16	Petição	Petição
40749696	17/03/2021 12:16	2593983_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
40749697	17/03/2021 12:16	2593983_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08116186220198152001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Cumprе ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 15 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712161997400000038808792>
Número do documento: 21031712161997400000038808792

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180554414

Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 08/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180554414**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 13649233

Pag. 00869/00870 - carta_01 - INVALIDEZ



00020435





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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: _____ CPF da Vítima: 056.739.554-56 Nome completo da vítima: Wesleyano Carlos dos S. Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Wesleyano Carlos dos S. Silva</u>			CPF titular da conta	<u>056.739.554-56</u>	Profissão	<u>Funcionário de Expe.</u>
Endereço	<u>R. Bandeira Lins</u>			Número	<u>57</u>	Complemento	
Bairro	<u>Barra Nova</u>	Cidade	<u>Santa Rita</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58300000</u>
Email						Telefone (DDD)	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>1914</u> D/V <u>0035101</u> D/V <u>3</u> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (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.

João Pessoa, 22 de novembro de 2018
Local e Data

Wesleyano Carlos dos S. Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001 V001/2017







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02208.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02208.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:35 horas do dia 14 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino Carlos dos Santos Silva**, CPF nº 056.739.554-56, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Expedição, filho(a) de Josilene dos Santos Silva e Marcos Antonio da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 29/11/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Bandeira Lins, Nº 57, bairro Várzea Nova, tendo como ponto de referência Bar de Brizola, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6702.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua da Mangueira, De Frente Ao Psf, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/18 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

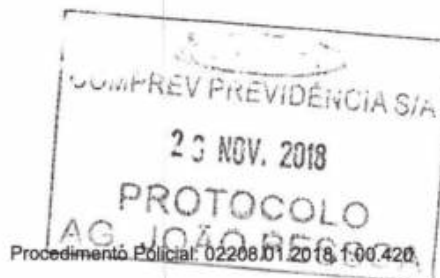
Que conduzia o CICLOMOTOR SHINERAY XY50Q PHOENIX, PRETO, 2013/2014, PLACA QFY3128/PB, CHASSI LXYXCBL07E0517007, registrada em nome de Luiz Carlos de Souza, quando colidiu na lateral direita de um CARRO SANDERO, VERMELHO, OFZ0607/PB, o qual transitava no sentido oposto e repentinamente a condutora fez uma manobra para estacionar no PSF, interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1407/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 11.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 14 de novembro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA
Noticiante



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 interdita 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 Suelio Carlos dos S. Silva CPF da Vítima 056.739.554-56 Data do Acidente 08/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Dedaro, 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.



de de
Local e Data

Suelio Carlos dos S. Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMITÊ O HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

5706-6-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

AX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 134936

Atd: Nao Regula

Data: 08/06/2018

Hora: 08:29:19

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2673563 Fone: 986018794

Num. Prontuario: 2018.06.000975

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 29/11/1984 Id: 33 ano(s)

End.: RUA DOUTOR BANDEIRA LINS, 57

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: JOSILENE DOS SANTOS SILVA

Pai: MARCOS ANTONIO DOS SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANA PAULA ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

T. Corte utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO EM VAZEA NOVA

Vitima de violência por: COND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: 02%:

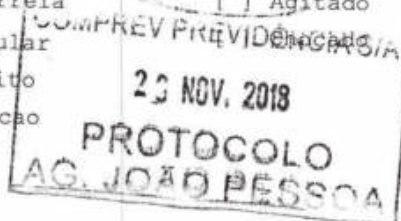
[] Regular

[] Vômito

Observacao

Queixa Principal

VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, COM CORTE
CON O E TRAUMA EM MID



História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de
moto e trauma em tornozelo D e depe-
ndente e ferimento local

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horário da medicacao

sol cc de urgência

Dr. Helder Romem L. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5007501 08



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberaçao

PREVIDENCIA S/A
25 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Ana Paula D Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000135101-3

Nr. da Autenticação A068592F4AF5A3E9



ANA PAULA DOMINGOS DA SILVA
RUA DR SAUNDERS LINS, 97 - VARZEA NOVA
SANTA RITA / PB CEP: 58300000 (AQ: 1)

Emissão: 14/11/2018 Referência: Nov/2018
Classif. Suppl: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO 220V, 60Hz
Roteiro: 8-9-870-4080 Nº medidor: 0000558787

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.025.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.822-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 15.496.755
Cód. para Débito Automático: 00001577014

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	14/11/2018	13/12/2018	060.567.194-80
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/157701-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/10/18	15147	14/11/18	15287	1	110	26
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq. Icms (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)
				Valor Base Calc. Alíq. Icms (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Cofins (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	Pto (R\$) (0,8442%) (R\$4107%)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,284540	8,53	8,53	2,30
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,457600	34,14	34,14	9,33
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	10,000	0,721700	7,31	7,31	2,07
0601	Adic. B. Vermelha			2,28	2,28	0,61
0601	Adic. B. Amarela			0,42	0,42	0,11
0610	Subsídio			45,13	45,13	12,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0607	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			0,00	0,00	0,00
0603	CUSTO DE RELOGIAÇÃO NORMAL 11/2018			0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 09/2018			0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 09/2018			0,00	0,00	0,00
0606	MULTA 10/2018			0,00	0,00	0,00
0608	PARCELAMENTO DE DÉBITO 11/12			19,90	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,00	0,00	0,00
0608	Devolução Subsídio			-30,58	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 109,77 97,81 26,40 97,81 0,92 4,25

Média últimos meses (kWh) 126

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22/11/2018	R\$ 109,77

Histórico de Consumo (kWh)

202	115	112	146	120	136	120	115	120	112	108
Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18

ACESSO AO SIA

4cbc.cfb2.23ba.983e.98eb.1dcc.7d1d.6c87

Indicadores de Qualidade				9/2018 - Santa Rita	
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIG MENSAL	6,66	0,00	NORMAL	220	
DIG TRIMESTRAL	11,10				
DIG ANUAL	22,21				
DIG MENSAL	3,44	0,00	CONTRATUAL	100	
DIG TRIMESTRAL	10,32				
DIG ANUAL	33,96				
DMC	3,30	0,00			
OCR	12,22				

ATENÇÃO

- Faturas Anteriores Parceladas, conforme contrato firmado.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,58

Faturas em atraso

ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 8-9-870-4080
Matrícula: 157701-2018-11-1

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

22/11/2018 R\$ 109,77

83620000001-3 09770054000-4 01577012018-4 11100009019-6





Emission 2/10/2018 - Referral: 10/2/2018
 Emission 5/10/2018 - Referral: 10/2/2018
 Emission 12/10/2018 - Referral: 10/2/2018

Call now for a free demo. 1-800-850-7517

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
-------------------	--------------	----------------------------------	-----------------

Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010.842.224-45
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/08/18	2340	22/07/18	204		2136	22
Demonstrativo						
001	Descrição	Contrato Tarifa	Var. Encargos	Aut. (CMR) 15	Encargos (CMR) 15	Consumo (CMR) 15
				Tarifa Total (CMR) 15		
002	Consumo kWh	204 000 000 000	17 72	17 72 25	44 16	17 72 1 21
003	Ade B Verbas		17 72	17 72 25	2 83	17 72 0 10
		JANUARIOS E SERVIÇOS				
007	CONTR. SERV. LUM. PÚBLICA		17 72	0 00 0	0 00	0 00 0 00

Medida Últimos meses (kWh)	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
----------------------------	--------------------	----------------------

103	29/10/2018	R\$ 207,23
-----	------------	------------

0 1 2 3 12 14 20 4 130 271 212 167 103 181
 Outubro-2007 Outubro-2009 Abril-2010 Maio-2010 Junho-2010 Julho-2010 Agosto-2010 Setembro-2010

RESERVADO AO FISCO

acb7-d360-4152-6dfc-e508-1855-4f76-7143

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Demonstrativo	Valor (R\$)	%
FC MENOR	0,00	NORMAL	100	21,43	21,43
FC INTERMEDIÁRIA	0,00	NORMAL	100	21,43	21,43
FC MAIOR	0,00	CONTRATADA	100	21,43	21,43
FC MENOR	0,00	CONTRATADA	100	21,43	21,43
FC INTERMEDIÁRIA	0,00	CONTRATADA	100	21,43	21,43
FC MAIOR	0,00	CONTRATADA	100	21,43	21,43
Total				214,29	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Resoluto Taryba įteigė 2003-10-15 Res. A-001, Nr. 2-439-000 Taryboje 15,83% Mūsų Resoluto Taryboje įteigė 2003-10-15 Res. A-001, Nr. 2-439-000 Taryboje 15,75% Mūsų

Zusammenfassung

● 伊藤 隆太郎

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

電話: 02-242-4211
FAX: 02-242-4212

29/10/2018

RS 207.23

83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 10600005019-0



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Severino Carlos dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.739.554-56 do sinistro de DPVAT cobertura unilíngua da Vítima Severino Carlos dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.739.554-56 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

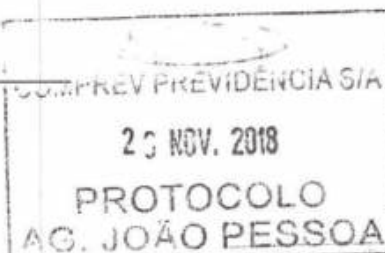
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Agente Fiscal João E. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Monte Castelo</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>99342-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4960</u>

João Pessoa, 21 de novembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017



CERTIDÃO

Nº. 1407/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 134936 e Prontuário Nº 2018.06.000975 pertencentes a **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA** que foi atendido dia 08/06/2018 às 08H29min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de talus direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/06/2018 com alta médica dia 12/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA</u>		Data da Admissão: <u>08/10/2018</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: <u>DEFORMIDADE E - TNR</u>			
HDA: <u>VITIMA DE ACIDENTE MOTO, COM DEFORMIDADE E</u>			
<u>DDA E - MID TNR</u>			
Medicações em uso: _____			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">COMPREV PREVIDENCIA S/A 23 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA</div>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: EX. EXPONTA DE TALLUS. (D)Conduta: INTERNO P/ TRATAMENTO CIRURGICO

Yury Cordeiro
CRM PB: 11507
DA FELDER

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



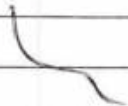


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE E - DDM SOB ANESTESIA
 ASÉPTICA E ANTISÉPTICA
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIZADOS

Incisão:



Achados:

LEXICO DE TOLUS

Conduta:

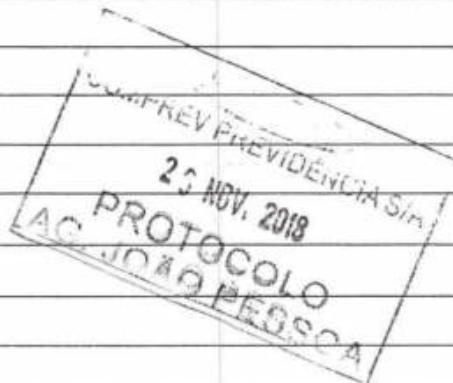
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SFQ 99%
 REALIZADA MANOBRA DE REDUÇÃO LACRIMATO-
 RIAL ESCOTIA
 LIMPEZA COM SFQ 99%

Fechamento:

SUTURA DE PELE
 RX CONTRASTE
 TALA BOTA

OBS:

AMIGDALITE TONARIA ALTA PROVAVEL SECUN-DARIA
 DA GENGIVA AVALIADA RX NÃO EVIDENCIA RX



Data: 09/10/18

Yury Cordeiro
 CRM PB: 11507
 MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

DOC IDENTIDADE - ORG EMISSOR UF: 2673563 SSOS PB

CPF: 056.739.554-56 DATA NASCIMENTO: 29/11/1984

RELAÇÃO:
MARCOS ANTONIO DOS SILVA
JOSILENE DOS SANTOS SILVA

PERMISSÃO: ACC CACINA AB

Nº REGISTRO: 05984156600 VALIDADE: 31/07/2018 1ª HABILITAÇÃO: 24/01/2014

OBSERVAÇÕES:
EXERCE ATIV REMUNERADA:

Severino Carlos dos Santos Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 22/04/2015

ASSINATURA DO EMISSOR: 33619986709 PB030560802

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1083246762

PROIBIDO PLASTIFICAR 1083246762

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
20 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA



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

NOME
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSÃO DE
1084562 SSP PB

CIV. / DATA NASCIMENTO
455.536.024-91 02/04/1967

RENÇÃO
JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO / RCT / CATEGORIA
/ / AJJ

Nº REGISTRO / VALIDADE / 1ª VALIDADE
00724153182 10/11/2019 06/04/1989

OBSERVAÇÕES
A:

ASSINATURA DO PORTADOR

NOME / DATA EMISSÃO
JOAO PESSOA, PB 11/11/2014

ASSINATURA DO EMISSOR / 60378989469 / 79029545609

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1009001575

PROIBIDO PLASTIFICAR
1009001575

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 NOV. 2018
PROTOCOLO
AC. JOAO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Severino Carlos dos Santos Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Auxiliar de Expediente, CI RG nº 2673563,
CPF/MF nº 056.739.554-56 residente e domiciliado(a) à Rua
R. DR. Bandeira Lima, 57 Varzea Nova,
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 583.00000, telefone
(83) 99342.5570, 98663.4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita - PB, 15 de novembro de 2018.

Severino Carlos dos Santos Silva

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426308/18

Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

CPF: 056.739.554-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA : 056.739.554-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

