



Número: **0023868-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE VIEIRA DA COSTA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69133817	06/10/2020 16:32	ANEXO 3	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, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149331

Vítima: JOSE VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 14/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE VIEIRA DA COSTA

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,

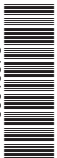
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15707942

Pag. 01945/01946 - carta_01 - INVALIDEZ

00010973





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, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200149331

Vítima: JOSE VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 14/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE VIEIRA DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JOSE VIEIRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000053**

Conta: **0000044426-0**

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.

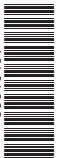
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00993/00994 - carta_15R - INVALIDEZ

00010497





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

170688354-49

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ VIEIRA DA COSTA

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

5 - Nome completo:

JOSÉ VIEIRA DA COSTA

6 - CPF:

170688354-49

7 - Profissão:

apresentador

8 - Endereço:

Av. Severino Pinheiro

9 - Número:

516

10 - Complemento:

Caro

11 - Bairro:

centro

12 - Cidade:

Limeira

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.700-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

081-996686080

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

44426

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivo)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0205000715**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/03/2020** às **07:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/1/2020** às **17:15**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, PRÓXIMO AO CAMPO DO CENTRO -**
Bairro: **PIRAUIRA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE (OUTRO)
JOSÉ VIEIRA DA COSTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VIEIRA DA COSTA**

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

JOSÉ VIEIRA DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE**
Pai: **SEVERINO FRANCISCO DA COSTA** Data de Nascimento: **5/4/1957** Naturalidade: **PILAR / PARAIBA /**
BRASIL Documentos: **1340741/SSP/PE (RG), 17068835449 (CPF), 02381122608 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares:
- 996686080

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 516, AV. SEVERINO PINHEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro:**
CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VIEIRA DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**




Placa: **PDR3362** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1071333590** Chassi: **9C2NC4910FR106644**
Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

SEGUNDO O SR. JOSÉ VIEIRA, NO DIA, LOCAL E HORA CITADOS, ESTA SEGUINDO COM SUA MOTOCICLETA SENTIDO PIRAUIRA - CONGAL, QUANDO DERREPENTE AVISTOU UMA OUTRO MOTOCICLETA BEM NA SUA FRENTE, QUE FREIOU E TENTOU DESVIAR, VINDO A DERRAPAR E CAIR POR CIMA DO BRAÇO, QUE FOI AO HOSPITAL ONDE CONSTATOU A FRATURA DO OMBRO DIREITO, FOI COLOCADO UMA TIPÓIA E EM SEGUIDA LIBERADO, VINDO NO DIA DE HOJE REGISTRAR O FATO, NADA MAIS HAVENDO ENCERRO ESTE BO.

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


JOSÉ VIEIRA DA COSTA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **NIVIA MARIA BARBOSA COELHO** - Matrícula: **350886-2**



24/03/2020 07:53

Digitalizado com CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

170688354-49

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ VIEIRA DA COSTA

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

5 - Nome completo:

JOSÉ VIEIRA DA COSTA

6 - CPF:

170688354-49

7 - Profissão:

apresentador

8 - Endereço:

Av. Severino Pinheiro

9 - Número:

516

10 - Complemento:

Caro

11 - Bairro:

centro

12 - Cidade:

Lins

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.700-000

15 - E-mail:

081-996686080

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0053

CONTA:

44426

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE VIEIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000044426-0

Nr. da Autenticação FAE29963E6591AD6





Nota Fiscal de Energia Elétrica - Cadeia para Lei 10.438, de 2002

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Saneamento de Pernambuco
Av. Adolfo Lima, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-002
CPF 16.888.833/0001-02 | Insc. Est. 058940-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE VIEIRA DA COSTA

CPF: 170.898.354-44

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. DE VÉRNIO FERRERES S/N

CENTRO ACÓRDO
SUADEIRO-PE
55700-000

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTES

PERÍODO DE FATURAMENTO	MÊS
7001722470	02/2020
PERÍODO DE FATURAMENTO	MÊS
11/02/2020	04/03/2020
VALOR A PAGAR (R\$)	
281,27	

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA	PERÍODO DE FATURAMENTO
05/13/2019	UNICA	04/02/2020

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA	PERÍODO DE FATURAMENTO
04/02/2020	03/03/2020	19/03/2020

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo Residencial TUSO	320.000000	0,47187801	151,00
Consumo Residencial TE	320.000000	0,35484851	113,55
Atividade Residencial AMARELA			5,20
Contrib. Sane. Pública Municipal			22,72
ICMS Subvenção COE-SP 06920007-07/11/18			1,84
ICMS Subvenção COE-SP 06920007-07/11/18			2,15
TOTAL DA FATURA			281,27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Nº DE CONTADORES	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
10100000	CAI	07070000	14000000	14000000	0	330,00

PERÍODO DE FATURAMENTO		INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO		CONTABILIZAÇÃO DE CONTAS		
PERÍODO DE FATURAMENTO	PERÍODO DE FATURAMENTO	NOME DO CLIENTE	%	VALOR DO PAGAMENTO	CONTABILIZAÇÃO DE CONTAS	CONTABILIZAÇÃO DE CONTAS
05/13/2019	04/02/2020	ICMS	25,00%	10,00	10,00	10,00
04/02/2020	03/03/2020	PIS	25,00%	10,00	10,00	10,00
03/03/2020	02/03/2020	COFINS	25,00%	10,00	10,00	10,00
02/03/2020	01/03/2020					
01/03/2020	30/02/2020					
30/02/2020	29/02/2020					
29/02/2020	28/02/2020					
28/02/2020	27/02/2020					
27/02/2020	26/02/2020					
26/02/2020	25/02/2020					
25/02/2020	24/02/2020					
24/02/2020	23/02/2020					
23/02/2020	22/02/2020					
22/02/2020	21/02/2020					
21/02/2020	20/02/2020					
20/02/2020	19/02/2020					
19/02/2020	18/02/2020					
18/02/2020	17/02/2020					
17/02/2020	16/02/2020					
16/02/2020	15/02/2020					
15/02/2020	14/02/2020					
14/02/2020	13/02/2020					
13/02/2020	12/02/2020					
12/02/2020	11/02/2020					
11/02/2020	10/02/2020					
10/02/2020	09/02/2020					
09/02/2020	08/02/2020					
08/02/2020	07/02/2020					
07/02/2020	06/02/2020					
06/02/2020	05/02/2020					
05/02/2020	04/02/2020					
04/02/2020	03/02/2020					
03/02/2020	02/02/2020					
02/02/2020	01/02/2020					
01/02/2020	31/01/2020					
31/01/2020	30/01/2020					
30/01/2020	29/01/2020					
29/01/2020	28/01/2020					
28/01/2020	27/01/2020					
27/01/2020	26/01/2020					
26/01/2020	25/01/2020					
25/01/2020	24/01/2020					
24/01/2020	23/01/2020					
23/01/2020	22/01/2020					
22/01/2020	21/01/2020					
21/01/2020	20/01/2020					
20/01/2020	19/01/2020					
19/01/2020	18/01/2020					
18/01/2020	17/01/2020					
17/01/2020	16/01/2020					
16/01/2020	15/01/2020					
15/01/2020	14/01/2020					
14/01/2020	13/01/2020					
13/01/2020	12/01/2020					
12/01/2020	11/01/2020					
11/01/2020	10/01/2020					
10/01/2020	09/01/2020					
09/01/2020	08/01/2020					
08/01/2020	07/01/2020					
07/01/2020	06/01/2020					
06/01/2020	05/01/2020					
05/01/2020	04/01/2020					
04/01/2020	03/01/2020					
03/01/2020	02/01/2020					
02/01/2020	01/01/2020					
01/01/2020	31/12/2019					
31/12/2019	30/12/2019					
30/12/2019	29/12/2019					
29/12/2019	28/12/2019					
28/12/2019	27/12/2019					
27/12/2019	26/12/2019					
26/12/2019	25/12/2019					
25/12/2019	24/12/2019					
24/12/2019	23/12/2019					
23/12/2019	22/12/2019					
22/12/2019	21/12/2019					
21/12/2019	20/12/2019					
20/12/2019	19/12/2019					
19/12/2019	18/12/2019					
18/12/2019	17/12/2019					
17/12/2019	16/12/2019					
16/12/2019	15/12/2019					
15/12/2019	14/12/2019					
14/12/2019	13/12/2019					
13/12/2019	12/12/2019					
12/12/2019	11/12/2019					
11/12/2019	10/12/2019					
10/12/2019	09/12/2019					
09/12/2019	08/12/2019					
08/12/2019	07/12/2019					
07/12/2019	06/12/2019					
06/12/2019	05/12/2019					
05/12/2019	04/12/2019					
04/12/2019	03/12/2019					
03/12/2019	02/12/2019					
02/12/2019	01/12/2019					
01/12/2019	31/11/2019					
31/11/2019	30/11/2019					
30/11/2019	29/11/2019					
29/11/2019	28/11/2019					
28/11/2019	27/11/2019					
27/11/2019	26/11/2019					
26/11/2019	25/11/2019					
25/11/2019	24/11/2019					
24/11/2019	23/11/2019					
23/11/2019	22/11/2019					
22/11/2019	21/11/2019					
21/11/2019	20/11/2019					
20/11/2019	19/11/2019					
19/11/2019	18/11/2019					
18/11/2019	17/11/2019					
17/11/2019	16/11/2019					
16/11/2019	15/11/2019					
15/11/2019	14/11/2019					
14/11/2019	13/11/2019					
13/11/2019	12/11/2019					
12/11/2019	11/11/2019					
11/11/2019	10/11/2019					
10/11/2019	09/11/2019					
09/11/2019	08/11/2019					
08/11/2019	07/11/2019					
07/11/2019	06/11/2019					
06/11/2019	05/11/2019					
05/11/2019	04/11/2019					
04/11/2019	03/11/2019					
03/11/2019	02/11/2019					
02/11/2019	01/11/2019					
01/11/2019	31/10/2019					
31/10/2019	30/10/2019					
30/10/2019	29/10/2019					
29/10/2019	28/10/2019					
28/10/2019	27/10/2019					
27/10/2019	26/10/2019					
26/10/2019	25/10/2019					
25/10/2019	24/10/2019					
24/10/2019	23/10/2019					
23/10/2019	22/10/2019					
22/10/2019	21/10/2019					
21/10/2019	20/10/2019					
20/10/2019	19/10/2019					
19/10/2019	18/10/2019					
18/10/2019	17/10/2019					
17/10/2019	16/10/2019					
16/10/2019	15/10/2019					
15/10/2019	14/10/2019					
14/10/2019	13/10/2019					
13/10/2019	12/10/2019					
12/10/2019	11/10/2019					
11/10/2019	10/10/2019					
10/10/2019	09/10/2019					
09/10/2019	08/10/2019					
08/10/2019	07/10/2019					
07/10/2019	06/10/2019					
06/10/2019	05/10/2019					
05/10/2019	04/10/2019					
04/10/2019	03/10/2019					
03/10/2019	02/10/2019					
02/10/2019	01/10/2019					
01/10/2019	30/09/2019					
30/09/2019	29/09/2019					
29/09/2019	28/09/2019					
28/09/2019	27/09/2019					
27/09/2019	26/09/2019					
26/09/2019	25/09/2019					
25/09/2019	24/09/2019					
24/09/2019	23/09/2019					
23/09/2019	22/09/2019					
22/09/2019	21/09/2019					
21/09/2019	20/09/2019					
20/09/2019	19/09/2019					
19/09/2019	18/09/2019					
18/09/2019	17/09/2019					
17/09/2019	16/09/2019					
16/09/2019	15/09/2019					
15/09/2019	14/09/2019					
14/09/2019	13/09/2019					
13/09/2019	12/09/2019					
12/09/2019	11/09/2019					
11/09/2019	10/09/2019					
10/09/2019	09/09/2019					
09/09/2019	08/09/2019					
08/09/2019	07/09/2019					
07/09/2019	06/09/2019					
06/09/2019	05/09/2019					
05/09/2019	04/09/2019					
04/09/2019	03/09/2019					
03/09/2019	02/09/2019					
02/09/2019	01/09/2019					
01/09/2019	31/08/2019					
31/08/2019	30/08/2019					
30/08/2019	29/08/2019					
29/08/2019	28/08/2019					
28/08/2019	27/08/2019					
27/08/2019	26/08/2019					
26/08/2019	25/08/2019					
25/08/2019	24/08/2019					
24/08/2019	23/08/2019					
23/08/2019	22/08/2019					
22/08/2019	21/08/2019					
21/08/2019	20/08/2019					
20/08/2019	19/08/2019					
19/08/2019	18/08/2019					
18/08/2019	17/08/2019					
17/08/2019	16/08/2019					
16/08/2019	15/08/2019					
15/08/2019	14/08/2019					
14/08/2019	13/08/2019					
13/08/2019	12/08/2019					
12/08/2019	11/08/2019					
11/08/2019	10/08/2019					
10/08/2019	09/08/2019					
09/08/2019	08/08/2019					
08/08/2019	07/08/2019					
07/08/2019	06/08/2019					
06/08/2019	05/08/2019					
05/08/2019	04/08/2019					
04/08/2019	03/08/2019					
03/08/2019	02/08/2019					
02/08/2019	01/08/2019					
01/08/2019	31/07/2019					
31/07/2019	30/07/2019					
30/07/2019	29/07/2019					
29/07/2019	28/07/2019					
28/07/2019	27/07/2019					
27/07/2019	26/07/2019					
26/07/2019	25/07/2019					



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

Especialidades Médicas

Angiologia / Cirurgias Vascular

Clinica Geral

Cardiologia

Dermatologia / Cosmiatria

Endocrinologia

Fonoaudiologia

Gastroenterologia

Ginecologia

Ginecologia / Perineoscopia

Ginecologia / Obstetrícia

Mastologia

Neurologia

Otorrinolaringologia

Ortopedia / Traumatologista

Pediatria

Pneumologia

Psicologia

Reumatologia

Urologia

RECEITUÁRIO

Paciente:

José Vinícius de Costa.

laudo médico

Paciente refere acidente
motorístico em 14/01/20
resultando em fratura de

antebraço (D). Evolui com
canal de casto e não houve
ainda com incapacidade
com: 5480

Carpina,

04, 03, 20

Jacques Pinheiro Cavalcanti
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 7625
CRM-PE 19492

- Médico -

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Carpina - PE / E-mail: edicoutinho@yahoo.com.br - CEP: 55819-320 - Fone (81) 3622.3500



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO N° OCORRÊNCIA: 00225772
Prontuário: 202690 CNS: Idade: 62 Anos 9 Meses 9 Dias Sexo: MASCULINO
Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA Nascimento: 05/04/1957 Est.Civil: CASADO(A)
End.: AV SEVERINO PINHEIRO N°: 516 Bairro: CENTRO CEP: 55700000
Municip. LIMOEIRO Nac.: BRASILEIRA Doc n°:
Mãe: EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE Pai: SEVERINO FRANCISCO DA COSTA
Profissão: APOSENTADO Responsável: Tel.: 96686080

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: N° Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

14/01/2020 17:36 225772 ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

DDR OM OMBROS
① APOS OMBRO
DE MOTO

TRATAMENTO:

① RX
② PROFUNDO AMP
JM
③ TIPÓIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

FRATURA CLAVÍCULA ①

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

OBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 14/01/2020 17:36:21

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

020040035

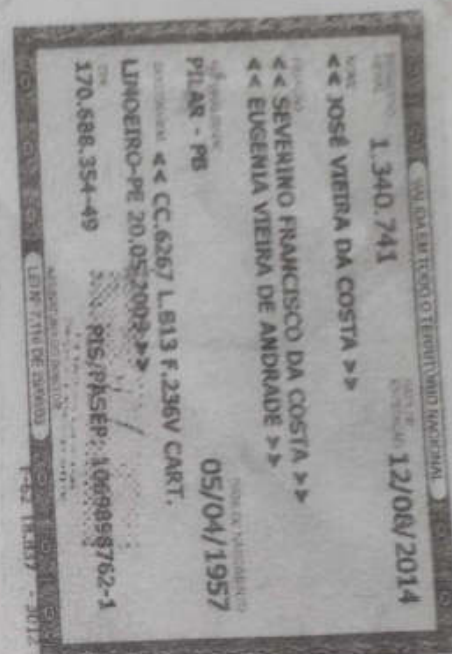
RECEPCIONISTA: DIVA SILVERIO DA SILVA





Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015768324260
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DOB. RENASCIM. R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 1071333590 ***** 2020

NOME
EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE

LIMOEIRO-PE 0

CPF / CNPJ PLACA
172.447.224-00 PDR3262

PLACA ANT. / UF CHASSI
***** / PE 9C2NC4910FR106644

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CB 300R 2015 2015

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/291CL PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I IEVA 2020 QUITADO 1° *****
P 2° *****
V 1 3° *****
A

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
6.10 0.05 12.20 14/01/20

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSPARENCIA

LIMOEIRO 14/02/20
Roberto Carlos Moreira Fontallia

DIRETOR FREE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 015768324260 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

LIMOEIRO-PE 0
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2020 14/02/20

VIA 1 CPF / CNPJ PLACA
1 172.447.224-00 PDR3262

RENASCIM. MARCA / MODELO
1071333590 HONDA/CB 300R

ANO FAB. OC. TAR. RECPASS
2015 09 9C2NC4910FR106644

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNL (R\$) GRATUITO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
2.55 0.41 4.05
CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL DO PRÊMIO (R\$)
4.15 0.05 12.20

PAGAMENTO DATA DE QUOTACAO
X COTA ÚNICA PARCELADO 14/01/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.800/0001-04

DESTAQUE E COLAR DO BILHETE DPVAT
ELE NAO É DE PONTE OBRIGATORIO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200149331 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE VIEIRA DA COSTA **Data do acidente:** 14/01/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. JACQUES PAIVA CAVALCANTI, CRM/PE 19492, 04/03/2020.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116245/20
Vítima: JOSE VIEIRA DA COSTA
CPF: 170.688.354-49
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/01/2020
CPF de: Próprio
Titular do CPF: JOSE VIEIRA DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE VIEIRA DA COSTA : 170.688.354-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA
CPF: 170.688.354-49

JOSE VIEIRA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

