



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
69133 817	06/10/2020 16:32	<a href="#">ANEXO 3</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, contados 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 n° 15707942



01845/01846 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:32:17  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061632172380000067796707>  
Número do documento: 2010061632172380000067796707

Núm. 69133817 - Pág. 1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b> Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ASL: <b>170688354-49</b> 3 - CPF da vítima: <b>170688354-49</b> 4 - Nome completo da vítima: <b>José Vieira da Costa</b> REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012. 5 - Nome completo: <b>José Vieira da Costa</b> 6 - CEP: <b>57670-000</b> 7 - Profissão: <b>apresentador</b> 8 - Endereço: <b>AV. Severino Pinheiros</b> 9 - Número: <b>576</b> 10 - Complemento: <b>casa</b> 11 - Bairro: <b>centro</b> 12 - Idade: <b>Brasileiro</b> 13 - Estado: <b>PE</b> 14 - CEP: <b>55.100-000</b> 15 - E-mail: <b>081-996686080</b>	
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b> 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: <b>0053</b> 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA). 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <b>0053</b> CONTA: <b>66626</b> D (Informar o dígito se exibir) (Informar o dígito se exibir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se exibir) (Informar o dígito se exibir)	
Autorizo a Seguradora Lider 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.	
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> 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 <b>(assinalar uma das opções):</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b> 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varônico)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	
<b>MORTE</b> 34 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido 40 - Local e Data: <b>Limeira (PE) 16-04-2020</b> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)	
<b>NAO ALFABETIZADO</b> <b>TESTEMUNHAS</b>	

Digitalizado com CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ºCIRC  
DINTER1/16ºDESEC

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 - Culposo (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 PÚBLICA**

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): **JOSE VIEIRA DA COSTA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

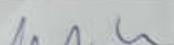


Placa: **PDR3362** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1071333590** Chassi: **9C2NC4910FR106644**  
Combustível: **ALCO/GASOL**

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 OUTRA MOTOCICLETA BEM NA SUA FRENTE, QUE FREIÓU 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 SEGUITA LIBEROU, VINDO NO DIA DE HOJE REGISTRAR O FATO, NADA MAIS HAVENDO ENCERRO ESTE BO.**

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

  
**JOSE VIEIRA DA COSTA**  
(VITIMA)

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



24/03/2020 07:53

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:32:17  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616321723800000067796707>  
Número do documento: 20100616321723800000067796707

Num. 69133817 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b> Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Nº do sinistro ou ASL: <b>170688354-49</b> 3 - CPF da vítima: <b>170688354-49</b> 4 - Nome completo da vítima: <b>José Vieira da Costa</b> REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012. 5 - Nome completo: <b>José Vieira da Costa</b> 6 - CEP: <b>57610-000</b> 7 - Profissão: <b>apresentador</b> 8 - Endereço: <b>Av. Severino Pinheiros</b> 9 - Número: <b>576</b> 10 - Complemento: <b>casa</b> 11 - Bairro: <b>centro</b> 12 - Idade: <b>Brasileiro</b> 13 - Estado: <b>PE</b> 14 - CEP: <b>55.100-000</b> 15 - E-mail: <b>081-996686080</b>	
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b> 17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: <b>0053</b> 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA). 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <b>0053</b> CONTA: <b>66626</b> D (Informar o dígito se exibir) (Informar o dígito se exibir)	
<b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se exibir) (Informar o dígito se exibir)	
Autorizo a Seguradora Lider 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.	
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> 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 <b>(assinalar uma das opções):</b> <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b> 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varônico)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	
<b>MORTE</b> 34 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido 40 - Local e Data: <b>Limeira (PE) 16-04-2020</b> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)	
<b>NAO ALFABETIZADO</b> <b>TESTEMUNHAS</b>	

Digitalizado com CamScanner



# 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:32:17  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616321723800000067796707>  
Número do documento: 20100616321723800000067796707

Num. 69133817 - Pág. 7



Venda Social de Energia Elétrica Cadastral nº 10498-SI-0000492

**NOTA FISCAL - P. FATURA - II - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia de Eletricidade do Pernambuco  
Av. Adhemar Beira-Rio, 111 - Recife - PE - CEP 5005-002  
Fone/Fax: (81) 3202-0211-02 | E-mail: Eletro@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JOSE VIEIRAS DA COSTA

CPF: 110 888 254-45

CLASSIFICAÇÃO  
EI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

COMPENSADORES	DATA	VALOR
08/11/2019	ENCA.	14610,00
28/02/2020	ENCA.	17886,17
04/03/2020	ENCA.	18800,00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
AV BEVERLY FIRMEIRO 516

CENTRALIZADOR  
LIMAEIRIO-PE  
50750-000

NOTA FISCAL	PERÍODO	VALOR
7001722470	02/2020	
	11/02/2020 - 04/03/2020	
	281,27	

**DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL**

Consumo Ativo (Wh) TURNO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh) TE	320.000000	0,47187981	148,80
Achômetro Bandeira AMARELA	320.000000	1,35484861	433,80
Centro Sum. Pública Municipal			5,20
ICMS Suíte/Residencial	0,000000		23,77
ICMS Suíte/Residencial	0,000000		1,94
ICMS Suíte/Residencial	0,000000		3,10

Confabes  
081-99668680  
081-994828691  
081

TOTAL DA FATURA

281,27

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MÊS/AN	TIPO DA FUNÇÃO	DATA DESCRIÇÃO	ANTERIOR LEITURA	DATA DESCRIÇÃO	ATUAL LEITURA	Nº DE CONSUMO(S)	AJUSTE	CONSUMO (kWh)

INFORMAÇÕES DE COMPRA		INFORMAÇÕES DE VENDA		INFORMAÇÕES DE CONSUMO	
MES	VALOR	NAME DO CALCULO	% IMPORTE	VALOR DO CONSUMO	PERÍODO
FEV 20	320	ICMS	22,0%	61,40	01/02/2020
ABR 20	318			1,40	01/04/2020
MET 20	344	PIS	0,7%	2,45	01/05/2020
JUN 20	342	COFINS	3,0%	1,05	01/06/2020
JUL 20	349				01/07/2020
AGO 20	345				01/08/2020
SET 20	351				01/09/2020
OUT 20	353				01/10/2020
NOV 20	350				01/11/2020
DEC 20	351				01/12/2020
JAN 21	348				01/01/2021
FEB 21	348				01/02/2021
MAR 21	348				01/03/2021
ABR 21	348				01/04/2021
MAY 21	348				01/05/2021
JUN 21	348				01/06/2021
JUL 21	348				01/07/2021
AGO 21	348				01/08/2021
SET 21	348				01/09/2021
OUT 21	348				01/10/2021
NOV 21	348				01/11/2021
DEC 21	348				01/12/2021
JAN 22	348				01/01/2022
FEB 22	348				01/02/2022
MAR 22	348				01/03/2022
ABR 22	348				01/04/2022
MAY 22	348				01/05/2022
JUN 22	348				01/06/2022
JUL 22	348				01/07/2022
AGO 22	348				01/08/2022
SET 22	348				01/09/2022
OUT 22	348				01/10/2022
NOV 22	348				01/11/2022
DEC 22	348				01/12/2022
JAN 23	348				01/01/2023
FEB 23	348				01/02/2023
MAR 23	348				01/03/2023
ABR 23	348				01/04/2023
MAY 23	348				01/05/2023
JUN 23	348				01/06/2023
JUL 23	348				01/07/2023
AGO 23	348				01/08/2023
SET 23	348				01/09/2023
OUT 23	348				01/10/2023
NOV 23	348				01/11/2023
DEC 23	348				01/12/2023
JAN 24	348				01/01/2024
FEB 24	348				01/02/2024
MAR 24	348				01/03/2024
ABR 24	348				01/04/2024
MAY 24	348				01/05/2024
JUN 24	348				01/06/2024
JUL 24	348				01/07/2024
AGO 24	348				01/08/2024
SET 24	348				01/09/2024
OUT 24	348				01/10/2024
NOV 24	348				01/11/2024
DEC 24	348				01/12/2024
JAN 25	348				01/01/2025
FEB 25	348				01/02/2025
MAR 25	348				01/03/2025
ABR 25	348				01/04/2025
MAY 25	348				01/05/2025
JUN 25	348				01/06/2025
JUL 25	348				01/07/2025
AGO 25	348				01/08/2025
SET 25	348				01/09/2025
OUT 25	348				01/10/2025
NOV 25	348				01/11/2025
DEC 25	348				01/12/2025
JAN 26	348				01/01/2026
FEB 26	348				01/02/2026
MAR 26	348				01/03/2026
ABR 26	348				01/04/2026
MAY 26	348				01/05/2026
JUN 26	348				01/06/2026
JUL 26	348				01/07/2026
AGO 26	348				01/08/2026
SET 26	348				01/09/2026
OUT 26	348				01/10/2026
NOV 26	348				01/11/2026
DEC 26	348				01/12/2026
JAN 27	348				01/01/2027
FEB 27	348				01/02/2027
MAR 27	348				01/03/2027
ABR 27	348				01/04/2027
MAY 27	348				01/05/2027
JUN 27	348				01/06/2027
JUL 27	348				01/07/2027
AGO 27	348				01/08/2027
SET 27	348				01/09/2027
OUT 27	348				01/10/2027
NOV 27	348				01/11/2027
DEC 27	348				01/12/2027
JAN 28	348				01/01/2028
FEB 28	348				01/02/2028
MAR 28	348				01/03/2028
ABR 28	348				01/04/2028
MAY 28	348				01/05/2028
JUN 28	348				01/06/2028
JUL 28	348				01/07/2028
AGO 28	348				01/08/2028
SET 28	348				01/09/2028
OUT 28	348				01/10/2028
NOV 28	348				01/11/2028
DEC 28	348				01/12/2028
JAN 29	348				01/01/2029
FEB 29	348				01/02/2029
MAR 29	348				01/03/2029
ABR 29	348				01/04/2029
MAY 29	348				01/05/2029
JUN 29	348				01/06/2029
JUL 29	348				01/07/2029
AGO 29	348				01/08/2029
SET 29	348				01/09/2029
OUT 29	348				01/10/2029
NOV 29	348				01/11/2029
DEC 29	348				01/12/2029
JAN 30	348				01/01/2030
FEB 30	348				01/02/2030
MAR 30	348				01/03/2030
ABR 30	348				01/04/2030
MAY 30	348				01/05/2030
JUN 30	348				01/06/2030
JUL 30	348				01/07/2030
AGO 30	348				01/08/2030
SET 30	348				01/09/2030
OUT 30	348				01/10/2030
NOV 30	348				01/11/2030
DEC 30	348				01/12/2030
JAN 31	348				01/01/2031
FEB 31	348				01/02/2031
MAR 31	348				01/03/2031
ABR 31	348				01/04/2031
MAY 31	348				01/05/2031
JUN 31	348				01/06/2031
JUL 31	348				01/07/2031
AGO 31	348				01/08/2031
SET 31	348				01/09/2031
OUT 31	348				01/10/2031
NOV 31	348				01/11/2031
DEC 31	348				01/12/2031
JAN 32	348				01/01/2032
FEB 32	348				01/02/2032
MAR 32	348				01/03/2032
ABR 32	348				01/04/2032
MAY 32	348				01/05/2032
JUN 32	348				01/06/2032
JUL 32	348				01/07/2032
AGO 32	348				01/08/2032
SET 32	348				01/09/2032
OUT 32	348				01/10/2032
NOV 32	348				01/11/2032
DEC 32	348				01/12/2032
JAN 33	348				01/01/2033
FEB 33	348				01/02/2033
MAR 33	348				01/03/2033
ABR 33	348				01/04/2033
MAY 33	348				01/05/2033
JUN 33	348				01/06/2033
JUL 33	348				01/07/2033
AGO 33	348				01/08/2033
SET 33	348				01/09/2033
OUT 33	348				01/10/2033
NOV 33	348				01/11/2033
DEC 33	348				01/12/2033
JAN 34	348				01/01/2034
FEB 34	348				01/02/2034
MAR 34	348				01/03/2034
ABR 34	348				01/04



# CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

## Especialidades Médicas

Angiologia / Cirurgia Vascular

Clinico Geral

Cardiologia

Dermatologia / Cosmética

Endocrinologia

Fonoaudiólogo

Gastroenterologia

Ginecologia

Ginecologia / Peniscópio

Ginecologia / Obstétrica

Mesioterapia

Neurologia

Otorrinolaringologia

Ortopedia / Traumatologista

Pediatria

Pneumologia

Psicólogo

Reumatologia

Urologia

BR 408 - Km 50 - Bairro Novo - Coripina - PE / E-mail: cdrcoutinho@yahoo.com.br - CEP: 55819-320 - Fone: (81)3622-3500

Angiologia / Cirurgia Vascular  
Clinico Geral  
Cardiologia  
Dermatologia / Cosmética  
Endocrinologia  
Fonoaudiólogo  
Gastroenterologia  
Ginecologia  
Ginecologia / Peniscópio  
Ginecologia / Obstétrica  
Mesioterapia  
Neurologia  
Otorrinolaringologia  
Ortopedia / Traumatologista  
Pediatria  
Pneumologia  
Psicólogo  
Reumatologia  
Urologia

Paciente:

RECEITUÁRIO

José Viana do Costa.

Vando Mídico

Paciente refere quadreto  
notou distico em 14/01/20  
resultando em fistula d

Iamálio P. - Evolução  
comando cat ósea por en  
aindo com imenso paudal

CIN: 5420

Jacques Paiva Coutinho  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 7825  
CRM-PE 19492

Coripina, 04/03/20

- Médico -

PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA



PERNAMBUCO  
00225772

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 202690	CNS:	Cor/Raça: PARDO	Nº OCORRÊNCIA:	00225772
Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA		Idade: 62 Anos 9 Meses 9 Dias	Sexo:	MASCULINO
End.: AV SEVERINO PINHEIRO	Nº: 516	Nascimento: 05/04/1957	Est.Civil:	CASADO(A)
Município: LIMOEIRO		Bairro: CENTRO	CEP:	55700000
Mãe: EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE		Nac.: BRASILEIRA	Doc nº:	
Profissão: APOSENTADO		Pai: SEVERINO FRANCISCO DA COSTA		
		Responsável:	Tel.:	96686080

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº 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:

Dor nas OMBROS  
Dor nas costas  
Dor na MOTO

OK  
Profundamente  
TIPOMA

TRATAMENTO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

Franck Clavicus

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA  INTERNADO

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESP	TECNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO		

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

OBITO:

às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_\_

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

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

<input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA	<input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA	HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO
020000035		

RECEPCIONISTA DIVA SILVERIO DA SILVA

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:32:17  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616321723800000067796707>  
Número do documento: 20100616321723800000067796707

Num. 69133817 - Pág. 10



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:32:17  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616321723800000067796707>  
Número do documento: 20100616321723800000067796707

Num. 69133817 - Pág. 11



08R01

1.340.741	12/08/2014
NASCIMENTO DA MULHER NO TERRITÓRIO NACIONAL	
<< JOSE VIEIRA DA COSTA >>	
<< SEVERINO FRANCISCO DA COSTA >>	
<< EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE >>	
05/04/1957	
PILAR - PB	05/04/1957
<< CC.6267 L.613 F.236V CART.	
LINDERO-PB	20.05.2002
170.588.354-49	515/RASER: 10669898762-1
LEIA 7710 DE DIARIO	62 1.R.D. - 2012



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:32:17  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616321723800000067796707>  
Número do documento: 20100616321723800000067796707

Num. 69133817 - Pág. 12

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA 1 DDI. PERNAMBUCO 1071333590 EXP. 2020

EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE

LIMOEIRO - PE

6

CPF / CNPJ  
172.447.224-00

PLACA  
PDR2252

PLACA ANT. / SP  
\*\*\*\*\* /PE

CHASSIS  
9C2NC4910FR106644

TIPO / TIPO  
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL  
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO  
HONDA / CB 200R

ANO FAB.  
2015

ANO MFG.  
2015

CAP / POT / CL.

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
BRANCA

COTA ÚNICA  
IZVA 2020 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA  
\*\*\*\*\*

VENC. COTAS  
\*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$)

ICP-BR

PREMIO TOTAL (R\$)

8.10

0.05

DATA DE PAGAMENTO

14/01/20

OBSEVAÇÕES

SEM RESERVA  
PAGAMENTO DE PONTE OBRIGATÓRIO  
NO VALOR PARA TRANSFERÊNCIA

*Roberto Fontelles*

DATA  
14/02/20

Robertto CARLOS Motocicleta Fontelles  
TITULAR PESS

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 922 1204

6

LIMOEIRO - PE EXP. 2020 DATA EMISSÃO 14/02/20

VIA 172.447.224-00 PLACA PDR2252

REGRAS 1071333590 MARCA / MODELO HONDA / CB 200R

ANO FAB. 2015 CAT. TAN. 03 NÚCLEO 9C2NC4910FR106644

PRÉMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$) 2.55 CORRETAN (R\$) 0.41 CUSTO DO SEGURO (R\$) 4.85

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICP (R\$) 0.05 ISS / FERIADO / BEMERG (R\$) 12.30

PAGAMENTO K COTA ÚNICA PARCELAGO DATA DE PAGAMENTO 14/01/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.820/0001-04

DESTAQUE E COARDE O BILHETE DPVAT  
ELA NAO È DE PONTE OBRIGATÓRIO.

## 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 14/01/2020

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE VIEIRA DA COSTA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 16:32:17  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100616321723800000067796707>  
Número do documento: 20100616321723800000067796707

Num. 69133817 - Pág. 15