



Número: **0834463-59.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/07/2017**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS (AUTOR)		MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35305283	09/10/2020 09:27	2756204_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2017

Carta nº: 11199698

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170338301 ASL-0229897/17
Vitima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS
Data Acidente: 29/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01623/01624 - carta_01



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2017

Carta nº: 11266944

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro: 3170338301 ASL-0229897/17
Vítima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS
Data Acidente: 29/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01391/01392 - carta_02



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2017

Carta nº: 11338736

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro: 3170338301 ASL-0229897/17
Vitima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS
Data Acidente: 29/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002849-5

Conta: 0000042640-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01601/01602 - carta_15R

00020801





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CÂMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

F. ELIZANDRA DOS SANTOS MATIASPORTADOR(A) DO RG Nº 4.141.249 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 14 / 01 / 2013 ECPF 304046424-11 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO ESTUDANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2849-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 42640-7

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

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

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

JOÃO PESSOA 22 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

Elizandra dos Santos Matias

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

105/95



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:27:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909272450500000033733613>

Número do documento: 20100909272450500000033733613

TERM 00001781 AGENTE 700834 AUTE 60153
COBAN:52933 LOJA:0001 PDV:001781
14/06/2017 BANCO DO BRASIL 09:48:51
001193301 CORRESPONDENTE BANCARIO 0083
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: ELIZANDRA D SANTOS MATIAS
AGENCIA: 2849-5 CONTA: 42.640-7

DATA 14/06/2017
NR. DOCUMENTO 115.293.300.083
VALOR DINHEIRO [REDACTED]
VALOR TOTAL [REDACTED]

NR. AUTENTICACAO 7.E36.4E6.158.414.B01

VIA DO CLIENTE

PAG FACIL

SINCOR/PB

14 JUN. 2017



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
9ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04183.01.2017.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04183.01.2017.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:30 horas do dia 04 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Lídia Costa Veloso, matrícula 1560760, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu Severino Antônio dos Santos, CPF nº 207.438.744-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Berardina da Conceição e Não Declarado, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 23/04/1952 (65 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Hermerson C. Bernardo, Nº 45, tendo como ponto de referência Próximo a Capelinha de Nossa Senhora da Luz, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98814-5881.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Fábrica da Penalty, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/11/16 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 29/11/16, por volta das 20:00h, quando conduzia a motocicleta de marca I/WUYANG WY48Q-2, cor branca, ano 2013/2014, de placa OEU-7371/PB, chassi nº LWYMCA200E6010149, de sua propriedade, pela via paralela a Avenida Liberdade, próximo a fábrica da Penalty, no centro da cidade de Bayeux/PB, foi surpreendido por outra motocicleta de placa não identificada, a qual saindo de uma via transversal, atingiu o pé esquerdo de sua neta de nome ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, brasileira, natural de Bayeux/PB, solteira, estudante, RG. 4.141.249-SSP/PB, que se encontrava como carona na citada motocicleta, tendo esta (ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS) sofrido fratura do tornozelo esquerdo, sendo conduzida ao Complexo Hospitalar de Mangabeira por terceiros, e que se submeteu a procedimentos médicos; QUE, acrescenta o notificante que este veio a sofrer lesões de natureza leve no braço esquerdo.

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.

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Matr. 135.682-8

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

João Pessoa/PB, 04 de maio de 2017.

Suelio Moreira Torres
SEVERINO ANTÔNIO DOS SANTOS
Noticiante

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

Procedimento Policial: 04183.01.2017.1.02.009

1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS,
portador da carteira de identidade nº 4.141.249-SS8/PB e inscrito no
CPF nº 704.046.424-11, residente e domiciliado na
RUA HERMERSON R. BERNARDO, 45 - LARGO SÃO VICENTE - IMACULADA
_____, Cidade BAYeux,
Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado
de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido. **SINCOR/PB** 9/11/2017

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

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

x Elizandra dos Santos Matias
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOAO RESSOA, 22 DE MAIO DE 2017
Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIZANDRA DOS SANTOS NATIAS,
portador da carteira de identidade nº 4.141.249 - 5591 PB e inscrito no
CPF nº 704.046.424-33, residente e domiciliado na
RUA HERMERSON E. BERNARDO, 45 LARGO SAS VICENTE -
IMACULADA, Cidade BAYeux,
Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado
de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

SINCOR/PB

28 JUN. 2017

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

X Elizandra dos Santos Natias

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 28/06/17
Local e data





CERTIDÃO

Nº. 0378/2017

Atendendo solicitação de **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS** e 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 de N°909360 e Prontuário N° 2016.11.002838, pertencente ao mesmo que foi atendida dia 29/11/2016 às 21h20min, vítima de queda de moto, relata dor em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizou cirurgia dia 05/12/16 e alta médica dia 07/12/16.

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

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

João Pessoa, 20 de Março de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PE 3883



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: 14/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02849-5

CONTA: 000000042640-7

Nr. da Autenticação CDCB195F97B6CF21





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS,

RG nº 4.344.249, data de expedição 14/04/2013,
Órgão SSP/PB, CPF nº 704.046.424-11, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA HERMERSON C. BERNARDO</u>
Número	<u>45</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>LARGO SÃO VICENTE IMACULADA</u>
Cidade	<u>BAYEUX</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.309-010</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99302.2838</u>
E-mail	

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / PA, 22/05/2017.

X Elizandra dos Santos Matias

Assinatura do Declarante



VALDETE SOARES DOS SANTOS
RUA HERMESOALDO BERNARDO, 45 - SAO VICENTE
BAYEUX / PB CEP: 58502-240 (A6: 1)

Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 220V, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 13 - 8 - 872 - 3743 Referência: Ma / 2017 CNF: 58.095.129.1000140 - Aq. Est: 160156239
Nº medidor: 000062 / 2110 EM46540 / 22/05/2017 Nota Fiscal: Contador Energia Elétrica nº 600.965.720
CNPJ: 06.944.611/0001-04 Autenticação: 09504116724

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

Conta referente a **UC (Lin.Fade Consumidora): 5/416672-4**

Ma / 2017

Canal de contato

Apresentação

22/05/2017

Data prevista da próxima leitura

22/08/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

9831198-03
Insc. Est:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
20/04/17	14820	22/05/17	14735	1
				227
				32

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 200W/h-BR	20	0,14208	4,29
Consumo - 31 a 100W/h-BR	70	0,24357	17,04
Consumo - 101 a 220W/h-BR	107	0,36536	39,08
Adic. R. Vermelha			4,45
Subsidio			26,97
ICMS			37,77
PIS			1,50
COPIS			0,12

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA

JUROS DE MOROSIDADE

MULTA DA/2017

Desconto Subsidio

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	187
Mai/17	242
Jun/17	100
Jul/17	106
Dez/16	173
Nov/16	131
Out/16	139
Set/16	183
Ago/16	188
Jul/16	166
Jun/16	169
Mai/16	143

Modo das Últimas Meses

INTERVENÇÃO DE REDE

35c3.d018.1f3f.8677.f14f.403b.def9.2842.

Indicadores de Qualidade 9/2017 - BetsRli

Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
DIAMENSAL	5,67	1,41
DIAMENSAL	17,34	
DIAMENSAL	22,59	
DIAMENSAL	9,49	
DIAMENSAL	6,57	
DIAMENSAL	13,35	
DIAMENSAL	3,22	
DIAMENSAL	12,22	

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energética	23,33	19,11
Contribuição de Energia	31,43	25,79
Serviços de Transmissão	1,80	1,31
Impostos Diretos e Encargos	64,25	52,38
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	122,09	100,00

Valor de EUSD (Ref. 3/2017) R\$ 35,25

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 28,87

SINCOR/PB
12/07 JUN. 2017

VENCIMENTO
29/05/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 122,09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:27:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909272450500000033733613

Número do documento: 20100909272450500000033733613

LOGRADOURO	BAIRRO	CEP
Largo São Vicente	Imaculada, Bayeux, PB	58309-010

SINCOR/PB

14 JUN. 2017





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS,

RG nº 564.040, data de expedição 15/05/2015 Orgão SSP/PB,
portador do CPF nº 207.438.744-04, com Domicílio na
cidade de BAYEUX, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA HERMERSON C. BERNARDO - SÃO VICENTE
nº 45, complemento, CASA, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS,
cujo o condutor era SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS.

Veículo: PAS/CICLOMOTO/INÃO APLIC

Ano: 2013/2014

Modelo: I/WUYANG WY48Q-2

Placa: 0EU7373/PA

Chassi: LWYMCA200E6010149

Data do acidente: 29/11/2016

SINCOR/PB

14 JUN. 2017

Local e data: BAYEUX, 20 DE FEVEREIRO 2017

CARTÃO
SINCOR/PB

Suelio Antonio dos Santos
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



Santiago Pereira
Serviço de Atendimento ao Cidadão

Av. Liberdade, 3435 - Bayeux,
Paraná: CEP: 55403-000
Fone: (91) 3232-1786

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS

Em testada verdade, PB 20/02/2017 14:20:02

Helio Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituto
(2017-001785) TCM/PA 19.23 FAFEN/PA 0.27 FEF/PA 1.85

SELO DIGITAL: A508349-TFV

Confira a autenticidade em <https://seledigital.com.br>



ATO

DE JOAO PESSOA

MANCABETRA

2 COSTA DUARTE, S/N

PESSOA Fone: (83) 3214-1990

3214-1991 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 909360

Atd: Nao Regula

Data: 29/11/2016

Hora: 21:20:31

Recepcionista: IVANKA MARTINS DO NAS

Clinica: ~~Truematologia~~

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

CNS: 201480096400002 Sexo: F IDENTIDADE: 4141249 Fone: 989234050

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 25/05/1995 Id: 21 ano(s)

End.: RUA-GUSTAVO MARCEU MONTEIRO, 1514

Bairro: SAO VICENTE Cidade: BAYEUX UF: PB

Mãe: JOSAFIA MATIAS DOS SANTOS

Mãe: MARIA EDNALVA SANTOS DA SILVA

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A MAE

Tam. Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: CASA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.11.002838



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: PR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glândula: IMC:

Circ. Abd.: C2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observacao

Trauma pé esquerdo

Não é alérgica

Domício Oliveira
Enfermeiro
COREN-PB 21180

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação

Dr. Romário Soares de Castro
033.002833 / CRM/PB 2095
CPF: 181.933.594-68

Cirurgia -
Tufemide -

SINCOR/PB

14 JUN. 2017



Tela tipo B-1 - Amarelo,
 1. Chave / Amarelo
 2. Bateria com 1 ponto de energia
 3. Bateria com 1 ponto de energia
 4. Bateria com 1 ponto de energia
 5. Bateria com 1 ponto de energia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

2020/10/10 14:00 em amplitude AD 60
 SA T. SVO UT 12

Dr. Suelio Moreira Torres
 CRM 100.000.000-00
 UF RJ

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- ☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Opito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Suelio Moreira Torres SSO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>E. C. Moreira da Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>05/11/16</i>	Cirurgião: <i>J. J. Junior</i>			1º Assistente: <i>E. A. da Silva</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fadiga de TVE</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Protonterapia</i>				SINCOR/PB	
				14 JUN. 2017	
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>1) Paciente de decúbito dorsal</p> <p>2) 4256 pro e 124256 pro e 11 pro</p>
Incisão:	<p>3) 2x 2cm na face e 1x 1x1 (E)</p> <p>4) 1x 1x1 na face</p>
Achados:	<p>5) 1x 1x1 na face e 1x 1x1 na face</p> <p>6) 1x 1x1 na face e 1x 1x1 na face</p>
Condução:	<p>7) 1x 1x1 na face e 1x 1x1 na face</p> <p>8) 1x 1x1 na face e 1x 1x1 na face</p>
Fechamento:	
OBS:	

Data: / /

[Assinatura]

Dr. Lúcio Lúcio
Médico
CRMPS 8554

MÉDICO/CRM

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

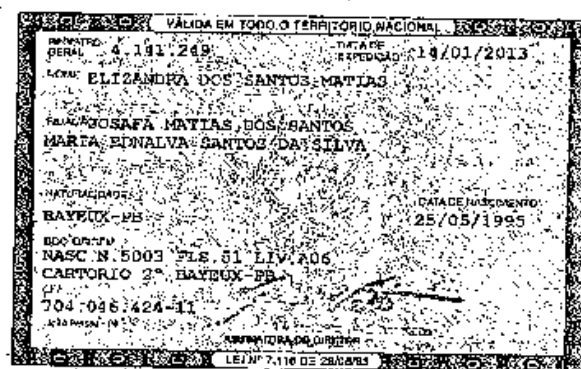




LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Elizabeth da Santa Mota			IDENTIFICAÇÃO							
IDADE	21 A	SEXO	F	COR	B	CLÍNICA	027	DATA	25	HORA	18:03
DATA DE ADMISSÃO	29/11/16			DATA DE ALTA	07/12/16			TEMPO DE ESTADIAÇÃO	9 dias		
DIAGNÓSTICO INICIAL	Infecção urinária			CID							
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Infecção urinária										
OUTROS DIAGNÓSTICOS											
PRINCIPAIS EXAMES	Papanicolaus						SINCOR/PB				
PROCEDIMENTO REALIZADO	Antibiograma						11 JUN. 2017				
TERAPIA MEDICAMENTOSA	Ceftriaxona										
ANATOMIA PATOLÓGICA											
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL			<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLÓGICO											
CONDIÇÃO DE SAÍDA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO										
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES										
Doença infecciosa com sintomas de infecção urinária, sem sinais sistêmicos. Tratado com Ceftriaxona e Amoxiclavina. Evolução satisfatória. Alta recomendada para acompanhamento em ambulatório.											
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA											
DIETA:											
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.											
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se ocorrer dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.											
MEDICAÇÕES PARA CASA:											
RETORNO: Ao posto de emergência ou Ambulatório do Hospital para retirada de pontos em 30 dias para revisão.											
Data: 08/12/16 Assinatura: [Assinatura] Ass. Médico / CRM: [Número]											
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.											





SINCOR/PB

14 JUN. 2017



SINCOR/PP

14 JUL 2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170338301 **Cidade:** joao pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS **Data do acidente:** 29/11/2016 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL
TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/TORNOZELO ESQUERDO:50% DE 25%= 12,5%

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS** Sinistro: **3170338301** Data: **29/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **r hermerson c bernardo, 45 - L sao vicente Imaculada - Bayeux - PB - CEP 58309-010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4141249**

Data local do exame: [**12/07/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO. . AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM CICATRIZ HIPERCROMICA E HIPERTRÓFICA MEDINDO 05 CM EM FORMA DE "L" NA FACE INTERNA DA REGIÃO MALEOLAR INTERNA DO TORNOZELO ESQUERDO, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE.

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE AÇO E PARAFUSO ESPONJOSO.

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

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2017

Carta nº: 11198182

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170338301 ASL-0229897/17
Vítima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS
Data Acidente: 29/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01911/01912 - carta_03

