



Número: **0800857-61.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **24/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO AMANCIO PEREIRA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37033021	24/11/2020 14:32	Petição	Petição
37033025	24/11/2020 14:32	2757285_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37033026	24/11/2020 14:32	2757285_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701941

Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00619/00620 - carta_02 - INVALIDEZ

00070310



Carta nº 15263657





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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701941

Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO AMANCIO PEREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01837/01838 - carta_03 - INVALIDEZ

00060919



Carta nº 15327065





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

280.279.868-54

4 - Nome completo da vítima:

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

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

5 - Nome completo:

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

6 - CPF:

280.279.868-54

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA PROF. MARIA CARMOSA LIMA E SILVA

9 - Número:

133

10 - Complemento:

CENTRO

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MANAIRA

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58.995-000

15 - E-mail:

JOAQUIM.HERO.169@EMAIL.COM

16 - Telefone:

(08) 982467122

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PÁIS, 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:

☒ RECLUSO 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 (PÁIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Destinada para os bancos estaduais. Anote o nome do banco)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (243)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (004)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3571

013

CONTA: 361.22

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔBITOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou netos (filhos de filhos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Este cliente 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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a cargo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a cargo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERPA TALHADA - PE, 12/10/2013

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial nº 496/2019, LIVRO nº 002/2019, sob a responsabilidade do Delegado Gutemberg José da Costa Marques Cabral.

DATA: 04/10/2019

HORA: 11h00min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

Noticiante: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Estado civil: Casado RG: 359529902 SSP/SP

CPF: 280.279.868-50

Sexo: Masculino

Nascimento: 03.11.1977

Idade: 41 ANOS

Nacionalidade: Brasileiro Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor

Filiação: Francisco Amâncio Pereira e de Lindaura Pereira.

Endereço: Rua Professora Maria Carmosa Lima e Silva, 133, Bairro Cicero Rosa, Manaíra/PB

NARRATIVA

QUE no dia 14 de julho do corrente ano estava trafegando pela PB 306, próximo a cidade de São Jose de Princesa - PB, por volta das 18h30min, quando conduzia sua motocicleta, quando de repente um veículo Palio invadiu a pista ao contrário e colidiu com minha motocicleta; QUE a motocicleta que eu estava pilotando era de MARCA/MODELO HONDA/150 SPORT, PLACA NQD-6237/PB, CHASSI 9C2KC08608R021787, ANO E MODELO/2008, CINZA, em nome de SEVERINO AMAMNCIO PEREIRA; QUE fui socorrido para o SAMU de Princesa Isabel e levado para atendimento no Hospital Regional de Princesa Isabel; QUE teve uma fratura no pé esquerdo.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Severino Amancio Pereira

Dr. Gutemberg José da Costa M. Cabral
Delegado de Polícia Civil
Mat. 133.232-5

Agente/Escrivão

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

280.279.868-54

4 - Nome completo da vítima:

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

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

5 - Nome completo:

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

6 - CPF:

280.279.868-54

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA PROF. MARIA CARMOSA LIMA E SILVA

9 - Número:

133

10 - Complemento:

CENTRO

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

MANAIRA

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

58.995-000

15 - E-mail:

JOAQUIM.HERO.169@EMAIL.COM

16 - Telefone:

(08) 982467122

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PIS, 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:

☒ RECLUSO 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 (PIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUANÇA (Destinada para os bancos estaduais. Anote o nome do banco)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (257)

☐ Itaú (243)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (004)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3571 013

CONTA:

361 22

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

(Informe 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔBITOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou 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 tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou netos (filhos de filhos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem 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 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERPA TALHADA - PE, 12/10/2013

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000036122-0

Nr. da Autenticação 4A5E7AFCCE0ED57B





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISMC. ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20191069431140

ESCRITÓRIO MANAIRA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
06943114.0

MATRÍCULA
06943114.0

CLIENTE
SEVERINO AMANCIO PEREIRA

CPF/CNPJ:
280.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
05/11/2019

INSCRIÇÃO
125.001.016.0030.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL
RUA PREFA MARIA CARMOZA DE LIMA E SILVA, 133 - CENTRO MANAIRA PB 58995-000

FATURA
10/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA ESGOTO
LIGADO POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

09/2019 -	14	08/2019 -	6
07/2019 -	9	06/2019 -	11
05/2019 -	10	04/2019 -	8

ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR

1	4	R	5319
---	---	---	------

LEITURA CONSUMO CONSUMO/DIA

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DIAS	(M³)
355	359	4	31	0,13
21/09/2019	22/10/2019	NºHm:	Y16N105841	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

4 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 5,71

TOTAL R\$ 37,91

SR. USUARIO: EM 31/10/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 09/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	0,47	Cor Aparente	6,91	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,00	p.H.	7,20	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 12/11/2019



CAGEPA

MATRÍCULA
06943114.0

INSCRIÇÃO
125.001.016.0030.000

FATURA
10/2019

NÃO RECEBER APÓS
30/11/2020

VENCIMENTO 05/11/2019

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 580

FIRMA: 2

82650000000-3 37910010125-0 06943114001-6 10201970003-2

VIA CAGEPA



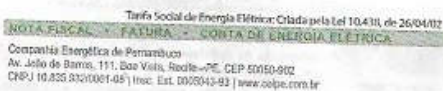
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 14:32:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414322985400000035342834

Número do documento: 20112414322985400000035342834

Num. 37033025 - Pág. 7



JOSE LUIS MARQUEZ DE SOUZA
RG-067880082-MT-PE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGOSTINHO NUNES MAGALHÃES 58

CHF 057 624 464-19

N S A D A P E N H A / S E R R A T A L H A D A
S E R R A T A L H A D A P E
56903-510

B3 COMMERCIAL
COMMERCIAL

REDAÇÃO FISCAL	SECRETARIA	CONTABILIDADE
15/10/2018	15/10/2018	15/10/2018
REDAÇÃO FISCAL	SECRETARIA	CONTABILIDADE
15/10/2018	15/10/2018	15/10/2018

CERTA CONTATO	SESIANO
4009422396	10/2019
DATA DI USCITA/INIZIO	DATA DI ENTRATA PERSONALE/ESTERNA
22/10/2019	14/11/2019
TOTALE A PAGARE (€)	265,50

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL:

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
1 Unidade Abaixo (500)	273,000000	0,81089552	219,68
Admiss. em Estabelec. AMMOTIA			2,71
Admiss. em Estabelec. VETANELHA			9,72
Contrib. para. Pública Municipal			26,03
XMS Subscrição CD-R NF 073339440 - 1400B19			1,95
Mapas de Abaixo NF 073339440 - 1400B19			3,27
Admiss. por Abaixo NF 073339440 - 1400B19			1,63

TOTAL LOAN LOSS

265 50

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MOTOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	KONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (km/l)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
889214799	CAT	17-08-2019	23.996,00	16-10-2019	24.267,00	32	1,00002		271,06

HISTÓRICO DE CONSULTAS

MacAra 1976	
GA175	271
SB179	126
GA079	267
SB179	227
GA179	210
SB179	166
NR179	194
GA179	200
FB179	225
SB179	238
SB178	307
NK176	21
OT12	68

REFERENCES

	BASE DE CALCULO	%	VALORES IMPORTE
	231,3	25,04	57,9
	231,3	1,29	2,5
INS	231,3	9,95	13,0

THESE

Descrição	Unidade	Valor	Porcentagem
Geração de Energia	R\$	73,12	21,64
Transmissão	R\$	0,02	3,47
Distribuição (Cedex)	R\$	48,69	21,07
Perdas de Energia	R\$	15,33	6,67
Encargos Sociais	R\$	11,45	4,98
Tributos	R\$	74,51	32,34
Total	R\$	334,12	100,00

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

TARIFAS AMERICANAS

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 111–117

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADETO

EMATÉ FOLHAS, LÉBROS E INSISTENTE CALCANÃO DO CORTE

Variable	Definition	Value	Variable	Definition	Value
----------	------------	-------	----------	------------	-------

Este curso não é obrigatório para a obtenção do diploma de bacharelado em Engenharia de Minas, mas é considerado uma disciplina complementar importante para a formação do profissional. O curso é oferecido em forma de curso de extensão, com duração de 120 horas, e é realizado em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O novo sistema de
 transporte, chamado de
 "Sistema de Transporte
 Integrado", tem como
 objetivo principal
 melhorar a qualidade
 do serviço e a segurança
 dos passageiros, além
 de reduzir o tempo de
 viagem e o custo.

DUNALDO E FREDERICO DA SILVA TORRES

CONCEPTO	VALOR APROBADO 2000/01/01	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
DIC	1.25	5.43	10.86	21.73
PIO	1.00	3.30	6.60	13.20
DIAC	1.05	2.11	0.00	0.00

Limite (MCM) 12,00

ELSD: Valor do frete pago de Uno do Sistema de Distribuição = R\$ 20,00

1000

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	Mínimo	Máximo
220	202	231

CONTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4009422396	10/2019	22/10/2019	265,50

83850000002-4 65500011004-9 00942239610-2 14237940453-4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO AMANCIO PEREIRA

RG nº 35.952.9902, data de expedição 27/03/2016, Órgão SSP-SP,

CPF nº 210.773.568-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PEEA MARIA CAEMOSA DE LIMA E SILVA</u>
Número	<u>133</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MANAIRA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58995-000</u>
Telefone de Contato	<u>(71) 988467128 / (71) 996460348 / (71) 981.35.54.33</u>
E-mail	<u>JOAQUIM NETO 163 @ GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 06/01/2020

Assinatura do Declarante: Severino Amâncio Pereira





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 019.205.784 / 16, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

SEVERINO AMANCIO PEREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 210.279.868 / 54,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SEVERINO AMANCIO PEREIRA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 210.279.868 / 54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>RUA AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u>	<u>58</u>	<u>1º ANDAR</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>NOSSA SÍ DA PENHA</u>	<u>SERRA TALHADA</u>	<u>PE</u>
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
<u>JOAQUIM NETO 763 @ GMAIL.COM</u>	<u>56303-510</u>	<u>(371) 988464128</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 12/11/2019

Joachim Marques de Lima Neto
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





Dra. Andreia Diniz

ANESTESIOLOGIA
FLUÍDO REUMATOLÓGICO - TRATAMENTO DE DOR CRÔNICA

Dr. Carlos Kennedy

NEUROCIRURGIA - NEUROLOGIA

Dr. Ebenone A. Silva

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DO JOELHO - LESÃO MUSCULOESQUELÉTICA

Dra. Martha Arruda

GINECOLOGIA - OBSTETRICA
COLPOSCÓPIA - CITOLOGIA ONCOTICA

Dr. Adelson Feitosa

MEDICINA ORTODONTICA
PARA O CONTROLE DE OSTEÓGENESE

Dra. Ana Carolina Sampaio

FOFONOLOGIA - TESTE DA AUDIÇÃO - AURIOMETRIA
CLÍNICA DE SALVO ORFOPEDIA

Dr. Antônio Melo

CLÍNICA MÉDICA - LAVESIOLOGIA
ECOCARDIOGRAFIA

Dr. Jailson José

NEURORADIOLOGIA

Dra. Danielly Duarte

GINECOLOGIA - OBSTETRICA
USG GINECOLÓGICA E OBSTETRICA
HISTÓRIA PERINATAL

SEVERINO AMANCIO PEREIRA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 14/07/2019 no município de Princesa Isabel-PB. Após o acidente foi constatada fratura de tarso esquerdo, com luxação associada de tornozelo esquerdo. Realizada tratamento conservador.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: relata dores e edema em pé e tornozelo esquerdo, dores ao pisar o pé esquerdo no chão, apresenta dormência e formigamento hálux esquerdo, relata ainda dificuldade em ficar de cócoras e realizar movimentos rápidos.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 50% para suas funções trabalhistas como agricultor.

Serra Talhada, 03 de dezembro de 2019.

Dra. Mariana Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 27.815





**PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **SEVERINO AMANCIO PEREIRA** portador (a) do RG 359529902 SSP-PB, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **JULHO/2019**.

Princesa Isabel-PB, 07 de Agosto 2019.

SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat.019.035


Ernesto Mangueira de Souza
Diretor Administrativo
Mat. 1020

Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 06.888.968/0001-08
Fone: (83) 3457-2419 - Email: sec.saudeprincesa@gmail.com / pm.princesa@hotmail.com - ouvidoriapmpib@gmail.com
Fanpage - <https://www.facebook.com/prefeituradoprincesaisabel/> - Instagram: [@prefeituradoprincesa](https://www.instagram.com/prefeituradoprincesa)



EDIVALDO VIRGILINO DE MEDEIRO
CLÍNICO COM TRATAMENTO ESPECIALIZADO
CRM 11994

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que Suelio Moreira
Carolina
paciente(s) do Unidade de Terapia encontra-se impossibilitada de
realizar suas atividades laborativas por um período de 90 dias,
a partir da data acima.
CID S92,1 para TNS (Quilom
591 seu)

Proceda Isabel PB 19.07.2019

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Dr. Edivaldo Virgolino de Medeiros a registrar o diagnóstico
conferido pelo CID _____ ou por extensão neste atestado médico.

RESOLUÇÃO CRM 11809/2007



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SEVERINO AMANCIO PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR / UF
359529902 SSP SP

CPF
288.279.868-50

DATA DE NASCIMENTO
03/11/1977

FIGURA

FRANCISCO AMANCIO
PEREIRA
LINDAURA PEREIRA

PERMISSAO

REC

CAT. HAB.

Nº REGISTRO
03880491083

VALIDADE
26/09/2021

V. HABILITACAO
07/07/2006

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Titular

Assinatura do Poderoso

LOCAL
BARRA TALSADA - PE

DATA EMISSAO
27/09/2016

Assinatura do Emissor

83974051726
PRO75106515

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1302111553

PROIBIDO PLASTIFICAR
1302111553

14.07. Rosilene Amizão Candido



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

VALIDA EM TODAS
AS TERRITÓRIAS NACIONAIS
1024202044

NOME
JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF
8232379 SDS PE

CNPJ
089.205.184-16

DATA NASCIMENTO
02/06/1990

FILIAÇÃO
LUIZ GOMES DE SOUZA
FRANCISCA MARQUES DE SOUZA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
04886797690

VALIDADE
04/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/02/2010

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador
Joaquim Marques de Lima Neto

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
25/03/2015

Assinatura do Portador

52703774182
PRO63573315

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROVIDA PLASTIFICAR
1024202044



**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.

Número do Sinistro: **3190701941**

Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO AMANCIO PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PROF MARIA CARMOSA LIMA E SIVA, 133 - Manaíra - PB - CEP 58995-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **359529902**

Data e local do acidente: [**14/07/2019**] **MANAÍRA PB**

Data e local do exame: [**18/01/2020**] **Sousa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ (2+/4+) EM TERRITÓRIO DO 1º RAIOS, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSOR DO 1º DEDO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25°, DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ, MARCHA CLAUDICANTE, DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIOS, SINAIS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS, FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA, IMPOSSIBILIDADE DE IMOBILIZAÇÃO COM GESSO, POIS O MESMO APRESENTAVA MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ EM TERRITÓRIO DO 1º RAIOS DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSOR DO 1º DEDO GRAU II DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20° DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25° DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ MARCHA CLAUDICANTE DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIOS SINAIS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ ESQUERDO

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453349/19

Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA

CPF: 280.279.868-50

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/07/2019

Titular do CPF: SEVERINO AMANCIO
PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO : 089.205.184-16

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

SEVERINO AMANCIO PEREIRA : 280.279.868-50

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: 16/12/2019
Nome: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO
CPF: 089.205.184-16

JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa
CPF: 095.931.564-02

Luanna Karla Bezerra de Amorim Costa



PEDIDO DE REANALIZE DE PROCESSO

EU SEVERINO AMANCIO PEREIRA INFORMO A SEGURADORA LIDER QUE NÃO POSSO ACEITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MEGADO, POIS MIM ENCONTRO COM SEQUELAS GRAVEZ COMO CONSTA NO LAUDO EM ANEXO A ESTA CARTA.

Grato.

12/12/2019

Severino Amancio Pereira

SEVERINO AMANCIO PEREIRA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: SEVERINO AMANCIO PEREIRA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, Profissão AGRICULTOR residente e domiciliada na rua PROF.
MARIA CARMOSA L. SILVA, N° 133, Bairro CICERO ROSA, município de
MANAIRA, Estado de (o) PB, cep: 58.995-000,
portador(a) do RG n° 352529302, SSP-SP e CPF n° 280.249.162-50

Outorgado: JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO, Brasileiro, Solteiro, Autônomo, residente e domiciliada na Rua Agostinho Nunes de Magalhães N°.58, Nossa Senhora da Penha, Serra talhada –PE, cep:56903-510, portador(a) do RG n°.8.232.379 SDS-PE e CPF n°.089.205.184-16.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do consorcio seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o(a) Sr.(a) SEVERINO AMANCIO PEREIRA ocorrido em 14 / 02 / 2019, conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

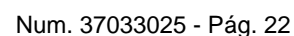
Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer o credito de indenização de sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT, nomeio e constituo o acima qualificado a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o COSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Serra talhada- PE , 15 , de OUTUBRO 2019

Se. M. de Ananias Pereira

OUTORGANTE

CPF nº. 280.279.868-50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701941 **Cidade:** São José de Princesa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO AMANCIO PEREIRA **Data do acidente:** 14/07/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 1º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL E MEDIAL DO PÉ (2+/4+) EM TERRITÓRIO DO 1º RAIOS, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSOR DO 1º DEDO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º DEDO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º DEDO EM 25°, DOR DURANTE A FASE DE IMPULSO DO ANTEPÉ, MARCHA CLAUDICANTE, DOR A PALPAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO DORSAL DO 1º RAIOS, SINAIS DE ATROFIA MUSCULAR DO PÉ, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS, FAZ USO DE BOTA TIPO ROBOFOOT PARA MELHOR APOIO DO PÉ.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA, IMPOSSIBILIDADE DE IMOBILIZAÇÃO COM GESSO, POIS O MESMO APRESENTAVA MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

Processo: 08008576120208150311

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

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PRINCESA ISABEL, 23 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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

