



Número: **0827718-73.2022.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **24/10/2022**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA (AUTOR)	WAMBERTO BALBINO SALES (ADVOGADO) KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74179 825	01/06/2023 11:45	2883751_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



PACIENTE: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

DATA DO EXAME: 25.10.2020

RADIOGRAFIA DE JOELHO

- Lesão heterogênea, com áreas líticas e de esclerose na cortical posterior da diáfise distal do fêmur, exibindo zona de cortical estreita, sem reação periosteal, devendo-se considerar no diagnóstico diferencial a hipótese de fibroma não ossificante.
- Irregularidade de partes moles em região infrapatelar anterior.


Dr. William R T Neto
CRM/PB/6733



СКИД БВ 2088
УРЕДНА КОРЕКЦИЈА
ДЛЯ УЧЕНИКА 10 КЛАССА

[illegible]

Следва да се разгледа въпросът за възможността от страна на държавата да осъществи контрол над изготвянето на политическите документи, които са предмет на изследването. Възможността за контрол на държавата е свързана с възможността за контрол на изготвянето на политическите документи, които са предмет на изследването.

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԱՆԿԻ ՍՊԵՑԻԱԼԻԶՄ

Ի՞նչ օգնեց ինձ զարգանալ (անձնիկ):

90 116, 120

— *Quem são os jovens com problemas relacionados ao consumo de drogas que não querem ou não sabem identificar?*

Logo identificamos a falta de respeito às regras estabelecidas no processo ensino-aprendizagem.

NOTES

1. **ANEXOS:**

DECLASSIFICATION AUTHORITY DERIVED FROM: 25X

DATE DO EXPIRE:	25/10/2010
ISSUANCE:	THOMAS HENRIQUE LOPES BOGELLIS

SECRETARIA DE AGRICULTURA, PECUARIA E ABRILHAMENTO
SECRETARIA DE AGRICULTURA, PECUARIA E ABRILHAMENTO
SECRETARIA DE AGRICULTURA, PECUARIA E ABRILHAMENTO





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	Luiz Henrique Pereira Bezerra
DATA DO EXAME:	25/10/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural no presente estudo.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rim direito ou bexiga identificáveis ao método.

Rim esquerdo não caracterizado (ausente?)

Retroperitônio de avaliação limitada.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Dra Adriana Jeunon
Médica Radiologista
CRM PB 7088





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2023 11:45:39

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060111453892100000069908451

Número do documento: 23060111453892100000069908451

25/10/2020 14:20
GOVERNO DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 25/10/2020

Paciente: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA Idade: 022 N° ATEND: 2256612

ACIDENTE DE TRABALHO - NAO
DATA: 25/10/2020 HORA: 14:13:20

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SIANIS DE EMBRIAGUEZ: NAO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM () NAO HAS () SIM () NAO
DEF. MOTORA () SIM () NAO

ALERGIAS:

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL:

AValiação NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor			pior dor				

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO
						ENFERMEIRO/COREN	

OBS:

ENFERMEIRO/COREN

Tereza Viana Duarte 287537

Tereza Viana Duarte
COREN-PB 287.537

25/10/2020

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SECRETARIA DE SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2256612 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/10/2020
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Tereza Viana Duarte

PACIENTE: LUIZ HENRIQUE

CPF: 58400002 Nascimento: 28/09/1998

PEREIRA BEZERRA

Endereço: JITO GONCALO

Sexo: M Telefone: 91060196

Cidade: Campina Grande

Idade: 022 Bairro: CATOLE DE BOA VISTA

Nome da Mãe: ANA LUCIA PEREIRA ALMEIDA

RG: 4515569

Nº: 0

Responsável:

CPF: Profissão: OPERADORA

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de: CNS: 898004017446258

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Atendimento: 25/10/2020

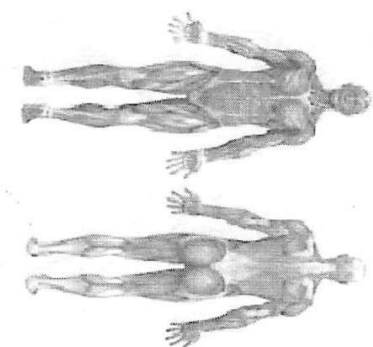
CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

Hora: 14:12:13

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Escamação
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

Pele humana (colibri moto x moto)

HTCG-Formulário Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima acidente automobilístico (moto x moto)
nega prurido da convulsão, estava sem consciência.
Nega náuseas. Aparece dor em coluna e punha e Joelho
Direito. Aparece hematomas em punha direita, joelho
esquerdo em região proximal. Exatidão hemodinâmica.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS: Nega

PATOLOGIAS: Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS: (X) Fotoreagentes () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia computadorizada
() Ultrassonografia:
() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: ORTOPEDIA / às : Dia / /
Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1	Dipirona 1g + AD EV	
2	Vit. B12 40mg AD EV	
3		
4	SAT 5000 U (3H) gna.	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
25/10/2020
CREMESP



 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF 

Número
716.754.384-55

Nome
LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

Nascimento
28/09/1998





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202657426
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 Cód. RENAVAM 0083671679-5 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
RAFAEL DE SOUSA CAVALCANTE

CPF/CNPJ
07057248407

PLACA
MNU6469/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB 9C2KC08504R027342

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES ANO FAB. 2004 ANO MOD. 2004

CAP. POT. OIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º VENC. / COTAS

IPV A FAPPA PVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO 1º PRÊMIO COTA (R\$) 30/11/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA 0

LOCAL
CAMPINA GRANDE - PB

DATA
28/12/2018

9768

32468

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

PB Nº 014202657426 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 28/12/2018

VIA 1 Cód. RENAVAM 00836716795 PLACA MNU6469/PB

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB. 2004 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KC08504R027342

PRÊMIO TARIFÁRIO

ENR (R\$) DENAT/AN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO TOTAL DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

32468-1506297-20181228



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: 3210101763

Nome do(a) Examinado(a): LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO GONÇALO, 0, , Campina Grande/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PB / 4515569

Data e local do acidente: 25/10/2020 - Campina Grande/PB

Data e local do exame: 27/04/2021 - Campina Grande/PB

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FERIMENTO CORTOCONTUSO EM JOELHO DIREITO

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

FERIMENTO CORTOCONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO DE PARTES MOLES REALIZADA LIMPEZA CIRURGICA E SUTURA

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 110°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho direito.

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

Sim

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

Sim

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

DÉFICIT E FORÇA MUSCULAR DOS EXTENSORES E FLEXORES DO JOELHO DIREITO GRAU IV AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO

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"

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

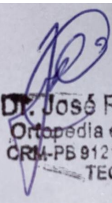


b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Direito - Leve - 25%

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

DÉFICIT E FORÇA MUSCULAR DOS EXTENSORES E FLEXORES DO JOELHO
DIREITO GRAU IV AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO COM
LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO MARCHA ALTERADA AGACHAMENTO
ALTERADO



Dr. José Renná Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9121 / CRM-PE 21437
TEOT 15262



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210101763 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA **Data do acidente:** 25/10/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTOCONTUSO EM JOELHO DIREITO

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 110°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho direito.

Resultados terapêuticos: FERIMENTO CORTOCONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO DE PARTES MOLES, REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA E SUTURA

Sequelas permanentes: DÉFICIT E FORÇA MUSCULAR DOS EXTENSORES E FLEXORES DO JOELHO DIREITO GRAU IV AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/04/2021

Conduta mantida:

Observações: Data e local do exame: 27/04/2021 - Campina Grande/PB

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210101763 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA **Data do acidente:** 25/10/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO JOELHO DIREITO. P5,6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

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 joelho	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-0085760/21

Vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

CPF: 716.754.384-55

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA : 716.754.384-55

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: 24/03/2021
Nome: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA
CPF: 716.754.384-55

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210101763 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA **Data do acidente:** 25/10/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTOCONTUSO EM JOELHO DIREITO

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 110°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no joelho direito.

Resultados terapêuticos: FERIMENTO CORTOCONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO DE PARTES MOLES, REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA E SUTURA

Sequelas permanentes: DÉFICIT E FORÇA MUSCULAR DOS EXTENSORES E FLEXORES DO JOELHO DIREITO GRAU IV AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/04/2021

Conduta mantida:

Observações: Data e local do exame: 27/04/2021 - Campina Grande/PB

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210101763 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA **Data do acidente:** 25/10/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DE JOELHO DIREITO. P.5,6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





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, 15 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210101763

Vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

Data do Acidente: 25/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

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. 01279(01280 - carta_02 - INVALIDEZ

00030640



Carta nº 16758400



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2023 11:45:39

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23060111453892100000069908451>

Número do documento: 23060111453892100000069908451

Num. 74179825 - Pág. 17



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, 13 de Maio de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210101763

Vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

Data do Acidente: 25/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000569697-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01109/01110 - carta_15R - INVALIDEZ

00010555



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0085460121 3 - CPF da vítima: 716.754.384-55 4 - Nome completo da vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

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

5 - Nome completo: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA 6 - CPF: 716.754.384-55
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO GONÇALO 9 - Número: 8/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58400-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83-99829-8855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 13 CONTA: 00569697 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (v(n)ascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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 alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____ 29.03.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000049/21 registrada em 02/02/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de fevereiro do ano de 2021, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 12:21 horas, compareceu o Sr. LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA, com 22 anos de idade, filho de LUIZ GONZAGA BEZERRA e ANA LUCIA PEREIRA ALMEIDA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Médio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 4515569, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 71675438455, residindo à rua SÍTIO GONÇALO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 13h24min do dia 25.10.2020, saiu do Sítio Gonçalves, onde reside, com destino ao Distrito de Catolé de Boa Vista, também neste município, onde pretendia abastecer a sua motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ES, de cor verde, ano/modelo 2004/2004, chassi n° 9C2KC08504R027342, licenciada em nome de Rafael de Sousa Cavalcante, quando ao entrar na Rodovia PB 138, foi surpreendido por um veículo de marca, placas e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que tentava fazer uma ultrapassagem indevida, atingido a motocicleta do comunicante, que em decorrência do impacto foi jogado ao solo, causando-lhe ferimentos graves, sendo socorrido por populares, sendo levado inicialmente para a sua casa, de onde foi socorrido pelo seu irmão para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico hospitalar em anexo, enquanto que o condutor do veículo causador do acidente evadiu-se do local sem ser identificado; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, não sendo realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares da CPTran, pois não foram solicitados; Que, manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FE.

Campina Grande, Terça-feira, 2 de Fevereiro de 2021

LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO
Mat. 000.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0085460121 3 - CPF da vítima: 716.754.384-55 4 - Nome completo da vítima: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA

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

5 - Nome completo: LUIZ HENRIQUE PEREIRA BEZERRA 6 - CPF: 716.754.384-55
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: SÍTIO GONÇALO 9 - Número: 8/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58400-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83-99829-8855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 13 CONTA: 00569697 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(n)ascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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 alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____ 29.03.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ANÁ LUCIA SANTOS PEREIRA
SIT GONCALO, S/N - AREA RURAL
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58400000 (AG: 401)
CPF/CNPJ/RANI: 788.514.534-34



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 401 - 999 - 2920 Nº Medidor: 0000759974

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/171367-6

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00001713676

VALOR DA FATURA R\$ 53,54	VENCIMENTO 01/12/2020
REFERÊNCIA Out / 2020	CONSUMO 105kWh 3,50 kWh MÉDIA DIÁRIA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DESCRIPTIVO									
CCI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Aliq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(PIS/Colfins) (R\$)	COFINS (R\$)	3,0729%
0601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,237690	7,13	7,13	27	1,92	7,13	0,04
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,407470	28,52	28,52	27	7,70	28,52	0,19
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	5	0,611220	3,06	3,06	27	0,83	3,06	0,02
0610	Subsídio			32,61	32,61	27	8,81	32,61	0,22
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			4,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-22,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 53,54 71,31 19,25 71,31 0,47 2,12
Tarifa/ Tributos: Até 30kWh 0,164630 Até 100kWh 0,282220 Até 220kWh 0,423340

RESERVADO AO FISCO 1275.66e1.d5b0.ee52.4f51.474e.e2e3.5c76.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Descrição	Valor (R\$)	%		
Out/19	81			
Nov/19	90			
Dez/19	101			
Jan/20	96			
Fev/20	117			
Mar/20	104			
Abr/20	116			
Mai/20	102			
Jun/20	95			
Jul/20	90			
Ago/20	85			
Set/20	98			
Média	99			

LEITURAS

Anterior 28/09/20 14826
Atual 28/10/20 14931
Consumo 105kWh
Período 30 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA
27/11/2020

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/BO	9,44	17,62
Compra de Energia	13,57	25,35
Serviço de Transmissão	1,92	3,59
Encargos Setoriais	1,88	3,51
Impostos Diretos e Encargos	28,73	49,93
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	53,54	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 8/2020) R\$ 10,40

* Faturamento pela Média/Mínimo

INDICADORES DE QUALIDADE

(REFERÊNCIA DE 2020 - CAMPINA GRANDE)

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	11,01	0,00	22,03	44,07
Veias que o cliente ficou sem energia - FIC	7,87	0,00	15,34	30,69
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	5,98			
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI	16,80			
				NOMINAL 220
				CONTRATADA
				LIMITE INFERIOR 202
				LIMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- Prezado cliente, mantenha seu cadastro do baixo renda atualizado no programa do Governo Federal. Procure o setor responsável pelo Bolsa Família e Cadastro Único de sua cidade para atualizar. Se faz uso de algum benefício do Governo Federal e ainda não tem o desconto em sua conta, procure a Energisa, a sua fatura de energia pode ter desconto de até 65%.
- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (83) 99135-5549.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$22,58

###datamax 01/11/2020 14:44:44

