

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190422853**

**Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 29/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

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

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

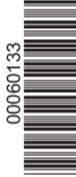
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190422853**      **Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 29/01/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190422853**      **Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 29/01/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =      R\$ 1.687,50

**Recebedor: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000041**

**Conta: 000000450216-2**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - N° do anexo ou ASL:

 3 - CPF da vítima:  
**041.925.884-12**

4 - Nome completo da vítima:

**Daniel Barbosa Olivira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

5 - Nome:

**Daniel Barbosa Olivira**

7 - Endereço:

 Rua João Peixoto de Maran  
**Centro**

8 - Endereço:

 Rua João Peixoto de Maran  
**Centro**

12 - Cidade:

São João do Cariri

9 - N°:

**5/10**

10 - Complemento:

**Casa**

11 - Bairro:

Centro

13 - Estado:

**PB**

14 - CEP:

**58590-000**

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome do 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:

 REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (901)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

**0041**
**013**

 CONTA: **00450216**

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a ele 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 encaro imputável de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

## 11 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

Civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado judicialmente

 Viúvo

24 - Dado do

falecida/vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Vítima deixou

28 - Vítima

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima

32 - Vítima

33 - Vítima deixou

34 - Vítima

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**  
**POUPANÇA**

**5067 2250 0051 7047**

**5067**

**VALIDATE**

**10/24**

**DANIEL BARBOSA OLIVEIRA**

**0041 013 00450216-2**

**elc**

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**11 JUL. 2019**  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 091/2019



Aos CINCO dias do mês de JULHO do ano de dois mil e DEZENOVE, por volta das 10:10 horas, nesta cidade de São João de Cariri/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Del. Pol. José Edson de Vasconcelos, comigo escrivã (o), em seu cargo, compareceu o Sr. DANIEL BARBOSA OLIVEIRA, brasileiro, casado, desempregado, natural de Gurjão/PB, com 37 anos de idade, nascido em 27/03/1982, RG n° 2.452.593 - SSP/PB, CPF n° 041.925.884-12, filho de Balbino Inácio de Oliveira e de Josefa Eunice de Oliveira, com endereço na Rua João Pereira de Moraes, 45, Centro, São João do Cariri/PB, (83) 98700-6046 para notificar: QUE, informa o Notificante ter sofrido acidente no dia 29 de Janeiro do corrente ano, quando trafegava pela BR-412, nas imediações do Sítio Santa Clara, Zona Rural desta cidade de São João do Cariri/PB, por volta das 18:30hs; QUE, recorda o Notificante que o acidente ocorreu devido a colisão em uma ovelha que passava pela BR-412, vindo a se cochear contra esta no veículo que conduzia, a saber 01(uma) Motocicleta HONDA BIZ 125 ES, Ano/Modelo 2007/2007, de cor Preta, Placa MNV-5157/PB, Chassi 9C2JA04207R093136, Renavam 0092859035-6, Licenciada em nome de ANDERSON GOUVEIA; QUE, após a colisão, perdeu o controle do veículo, caindo ao solo, restarando do acidente além de danos materiais no veículo, em diversas partes deste, como por exemplo: frente, carenagem, lesões no corpo do Notificante, mais precisamente fratura em seu punho esquerdo, e escoriações diversas; QUE, o Notificante foi socorrido inicialmente por um popular ROMERO, que trafegava pela BR-412, trazendo-o até a cidade de São João do Cariri/PB, deixando-o em sua residência, de onde foi encaminhado através do SAMU desta cidade até o Hospital de Emergência e Trauma na cidade de Campina Grande/PB, onde ficou internado aguardando procedimento cirúrgico; QUE, informa ainda o Notificante, que passou 02 (Dois) dias aguardando internado no Hospital de Trauma, após isto, sendo viabilizada internação no Hospital Antônio Targino para realização da Cirurgia, também permanecendo por igual período de 02 (dois) dias neste Hospital; QUE, efetua este registro para fins de pelitera os Benefícios do Seguro DPVAT; QUE, o Notificante possui

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
2ª Superintendência Regional de Polícia  
14ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de São João do Cariri



# GOVERNO DA PARAÍBA



CNH, Categoria AB, Nº de Registro 05057729144, Válida até 31/07/2020, e o Veículo que  
conduzia no momento do acidente está com exercício regular. E mais não disse.

NOTIFICANTE: Daniel Borges e Silva

POLICIAL CIVIL: Mh. 82 A.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do anexo ou ASL:

3 - CPF da vítima:  
041.925.884.12

4 - Nome completo da vítima:

Daniel Barbosa Olivára

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

5 - Nome:

Daniel Barbosa Olivára

6 - CPF:  
041.925.884.12

7 - Endereço:

Residuo infamor Rua João Peixoto de Maran  
Centro

9 - Número:  
570

10 - Complemento:  
Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

João do Caiá

13 - Estado:

PB

14 - CEP:  
58590 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome do 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:

REUSO INFORMAR  
SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (901)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 013

CONTA: 00450216

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autentico a seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a 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 encaro imputável de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

## 11 - DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

CIVIL DA VÍTIMA:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Dado do

decedida/vítima:

Sim

Não

25 - Grau de parentesco com a vítima:

Seu/Neto

Filho

Irmão

Irmã

Neta

# CAIXA POUPANÇA

5067 2250 0051 7047

5067

VALIDATE

10/24

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

0041 013 00450216-2

elc

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
11 JUL. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



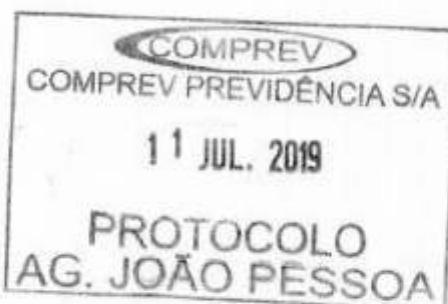
ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO CARIRI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
REGIONAL MONTEIRO



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o serviço de atendimento Móvel Urgência-Samu de São João do Cariri-PB, realizou o atendimento a Sr **Daniel Barbosa Oliveira**, CPF:041.925.864-12, ID:2452593 SSP-PB, ocorrido no dia 29-01-2019 às 18:36.NA BR 412 próximo a ponte do sitio santa clara município de são João do cariri-PB. Sendo socorrido por terceiro quando a viatura chegou no local, ao retornamos para base formos acionado que o mesmo se encontraria neste endereço rua Alexandrino Cantalice S/N centro da cidade são joão do cariri-PB.

Do que constar dato e assino a presença declaração,para que surta efeitos legais.



São João do Cariri, 05 de fevereiro de 2019.

Marine Ferreira Andrade

Coordenadora de enfermagem

SAMU 192-Base descentralizada 04



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1823030

## CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 580432-809

Boleto de Emergência (B.E) - Modelito 07 Atendente: Eliyda Vanessa De Faras Ramos

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

OLIVEIRA CEP:58590000

Nascimento:27/03/1982

Endereço:JOÃO PESSOA

Sexo:M Telephone: 987006046

Cidade: São João do Cariri

Idade:036

Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: JOSEFA EUNICE DE OLIVEIRA

RG: 2452593

Nº:110

Responsável:

CPE: 0419258412

Profissão:PORTEREO

Estado Civil:Casado(a)

Data de Atend:29/01/2019

CNS:70800337537627

Motivo: Queda de moto

Hor: 20:15:22

CONVÉNIO:SUS

Médico:

CRM:

## OBS FICHA:

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

1. Abrasão
19. Fratura óssea fechada
2. Amputação
20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão
21. Hematoma
4. Cernizão
22. Irgumento Venoso
5. Craterização
23. Laceração
6. Dor
24. Lesão tendinosa
7. Edema
25. Luxação
8. Enfarrapamento
26. Mandíbula
9. Enfissânea subcutânea
27. Movimento torântico-paradoxal
10. Estrangulamento
28. Objeto Encravado
11. Equimose
29. Otorrágia
12. Ferida
30. Parafisi
13. F. Arma de fogo
31. Paroxisia
14. F. Coríntio
32. Paroxesia
15. F. Cortante
33. Quemadura
16. F. Contorcional
34. Riorragia
17. F. Perfurante-contuso
35. Síndr. de Igneumir
18. F. Perfurante-contuso
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada =

DIAGNÓSTICO / CID:

% Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

ASSINATURA E CRIMBO DO MÉDICO:

6

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

Chirurgico

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

Paciente Vítima de Acidente de moto nº 2 0033, com  
esvantagens e suspeita de fratura de punho  
e fratura de colo de tibia e perna, com  
convenção de anel, dor, inchaço, rubor, edema, dor  
e dor ao toque, dor ao movimento, rubor

PACIENTE: DANIEL BARBOSA

COS

# 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: 23/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000450216-2

---

Nr. da Autenticação DF87D34F4761449C



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaripe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME SEU NÚMERO MATRÍCULA
68885873
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2019

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA  
RUA JOÃO PEREIRA DE MORAIS, S/N - CENTRO S. JOÃO  
DO CARIRI PB 58590-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Último	
032.001.017.0145.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro Data de Instalação Localização Situação Água Situação Esgoto

Y15N2480003 22/09/2016 EXTERNO LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (R\$)	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
134	191	7	29			23/07/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
MAR/2019	3	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
ABR/2019	11	TURBIDEZ	0	0	0	
MAR/2019	20	CLORO	0	0	0	
FEV/2019	11	COL. TÉRMOT.	0	0	0	
JAN/2019	12	COL.	0	0	0	
DEZ/2018	5	COL. TOTAIS	0	0	0	
MÉDIA(HD)	11	DADOS REFERENTES A: ABR/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 25/06/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:48:25

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 HS	37,91
ESGOTO		
ACRESCENDO(S) MÊS(E) ANT.: 03/2019		1,73
JUROS DE MORA 03/2019		0,89

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	06/07/2019	Total a Pagar:	R\$ 40,53
-------------	------------	----------------	-----------

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1
CAGEPA	CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL
INFORMAÇÕES GERAIS: #CHEGARTRABALHOINFANTIL	

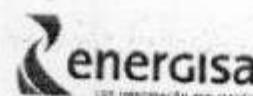
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
11 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Reservado para simples pagamento da nota fiscal de conta de energia elétrica - N° 003.985.981



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alça Bucoreto - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Ins. Est. 16.003.639-1

## DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES  
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR  
QUEIMADAS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2019

17/06/2019

140

26/06/2019

R\$ 96,10

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 01/07/2019

Pagador: DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES CNPJ/CPF: 079.461.674-74

RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR - CENTRO - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000

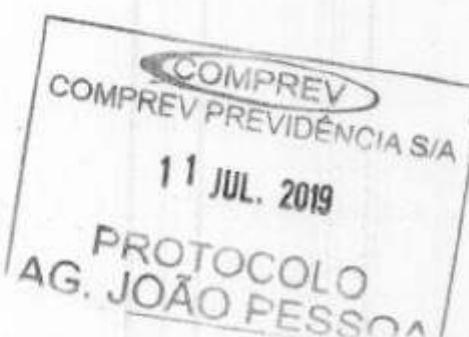
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000182637	000201316201906	26/06/2019	R\$ 96,10	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190422853      **Cidade:** São João do Cariri      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA      **Data do acidente:** 29/01/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P2/ 10/11/12

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFÍCIT MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

 Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)

Capitals 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, José Ramos de Araujo  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Daniel Barbara Oliveira inscrito (a) no CPF sob o N° 041.925.884, 12,  
 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Daniel Barbara Oliveira  
 inscrito (a) no CPF sob o N° 041.925.884, 12, 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:	<u>Rua Vital Francisco Silva</u>	Número:	<u>63</u>	Complemento:	<u>32 Andar</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Quixadá</u>	Estado:	<u>CEP: 58475.000</u>
E-mail:					Tel.(DDD):

Local e Data:

São João do Piauí 10/07/2019

Assinatura do Declarante

**COMPREV**  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / 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 Ouvintiva: 0800 021 91 35

Eu, ADERSON Gouveia

RG nº 230.687.2

, data de expedição 17/05/2011

Órgão SSP-PB

, portador do CPF nº 188.610.404.20

com domicílio na cidade de São João do Caiá, no Estado de  
Paraíba

Rua Alexandre Pantoja, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 40

complemento Casa

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Daniel Barbosa Oliveira

Daniel Barbosa Oliveira

, cujo o condutor era

- Veículo: MOTO

Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2007/2007

Placa: MNV 5157/PB

Chassi: 9C2JAO4207R093136

Data do Acidente: 29/01/2019

Local e Data:

São João do Caiá 10/07/19

Aderson Gouveia

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**Côrto Almeida Barros**  
Côrto 1º São João do Caiá - PB  
Côrto 1º Ofício Notas  
Avenida Almeida Barros - Tabuleiro Público

Rua José Almeida Barros, 15 - Centro - CEP: 58300-000  
São João do Caiá - PB  
Fone: 83-3212-1000

Peço que a firma a autenticidade | Semelhante X | de  
Aderson Gouveia | 29/01/2019 | Em testemunho da verdade  
São João do Caiá - PB, 05/02/2019 |  
O Poderá | Consulte a autenticidade em <https://seadigital.tjpb.jus.br>

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1596 / 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

Eu, Anderson Gouveia

RG nº 230.687.2, data de expedição 17/05/2011

Órgão SSP, PB, portador do CPF nº 188.610.404-20,

com domicílio na cidade de São João do Cariri, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Alexandrino Cantalice, nº 40, complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Daniel Barbosa Oliveira, cujo o condutor era

Daniel Barbosa Oliveira.

Veículo: Moto Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2007/2007

Placa: MNV 5154/PB chassi: 9C2JA04207R093136

Data do Acidente: 29/01/2019

Local e Data:

São João do Cariri 15/07/19

Anderson Gouveia  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



**Cartório Almeida Barros**

Comarca: São João do Cariri - PB

Endereço: Ofício de Notas

Almeida Barros - Tabelião Públia

Rua José Geral Barros, 15 - Centro - CEP: 58.580-000

São João do Cariri - PB

Fone: 83

Reconheça a firma: Autenticidade:  Semelhança: \_\_\_\_\_ de  
Anderson Gouveia  
Sel. ALU 63 P/14-W+WZ

Em testemunha da verdade

São João do Cariri - PB, 15/07/2019

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 JUL. 2019

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

**Ficha de Acolhimento**

Nome: *Edson Borges Júnior*  
End: *Av. 10 de Junho, 110* Bairro: *110*  
Data de Nascimento: *27/03/82* Documento de Identificação:  
Queixa: *Doença* Data do Atend.: *29.01.19* Hora: *20:12* Documento:  
Acidente de trabalho?  Sim  Não

*de nota*

**Classificação de Risco**

**Nível de consciência:**  Bom  Regular  Baixo    **Aspecto:**  Calmo  Fáceis de lidar  Semente  
**Frequência respiratória:** *12* **Pressão arterial:** *120/80*  
**Dosagem de HGT:** *100* **Temperatura axilar:** *37,5*  
**Deambulação:**  Livre  Cadeira de rodas  Maca **Mucosas:**  Normocorada  Pálida *JOÃO COLÔNIA*

**Estratificação**

*10:30/01*  
 Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 1

*Assinatura e carimbo do profissional*

*570 330*

Pecilote visto a 2000  
Casi 300 pigmentos y  
1 Morado en Pato

27. 1. 1915. 27. 1. 1915.

Mr. W. G. Miller  
Pittsfield, Mass.

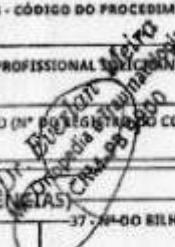
#25:40# Cirrus 2 Gen 2#

Em penetração, hemodinâmica manteve

FEV, 2000. H. C. J. M. E. M. R. P. Radiografias de torax, pelvis e cervical si-  
stematicas. FAST negativo.

\* CD: Alta de cirurgia dental 200 candidatos de odontologia.

Data da internação: 29/01/2019 Hora: 21:25:38

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>					2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>					4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>DANIEL BARBOSA OLIVEIRA</b>					6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1823063</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>708003375376227</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>27/03/1982</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>JOSEFA EUNICE DE OLIVEIRA</b>					11 - TELEFONE DE CONTATO 03 <b>987006046</b>
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>JOAO PESSOA , 110 , CENTRO</b>					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>São João do Cariri</b>		14 - CÓDIGO DE MUNICÍPIO - 15 - UF <b>251400</b> <b>PB</b>		16 - CEP <b>58590000</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b> 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Panente intenso de sede de morte agravado por + edema + desidratação sem punho E</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Trau const</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>E. soro Vida</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>E. Panente Vida E</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i></i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i></i>			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>700001174131009</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>EVERLAN DA SILVA MEIRA</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>29/01/2019</b>			
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA) 					
33 - 1 <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - 1 <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - 1 <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA <i></i>		37 - N.º DO BILHETE <i></i>	
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 1 <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		39 - CNPJ EMPRESA <i></i>		40 - CNAE DA EMPRESA <i></i>	
41 - CBO		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 1 <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO		43 - APOSENTADO <input type="checkbox"/> 44 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO 1 <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CFF		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CFF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i></i>		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i></i>	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i></i>					

Diagnóstico

10-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ef

paciente: Daniel Bezerra

Alojamento: 8

Convênio: 1

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/02	Dieta 8/10m + H2S	12/18	Pt com PEG rotineiro abrile
	Febre	24/06	Der 2/4+
	Dipirona 650mg + 100mg no dia	12/18 (20/02)	NV: presentes
	Ens. 20m no dia	12/18 (20/02)	Cel: VPM
	Itet 600mg, 1x/dia	12/18 (20/02)	Ajando exames para op
	Gen. 500mg, 3x/dia ev ac. H2S 500mg	12/18 (20/02)	
	INPH 500mg 3x/dia m/amb	12/18 (20/02)	
	INPH 500mg m/amb	12/18 (20/02)	
	1ms Reg. 200mg m/amb	12/18 (20/02)	
	180mg m/amb	12/18 (20/02)	
	Scim + 400mg	12/18 (20/02)	

Hallisson Bezerra de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562

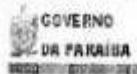
Hallisson Bezerra de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562



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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA



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

PACIENTE:	<b>DANIEL BARBOSA OLIVEIRA</b>
DATA DO EXAME:	<b>29/01/2019</b>

**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, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.

Figado de dimensões e contornos normais. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação. A vasculatura venosa hepática apresenta trajeto e calibre anatômicos, com veia porta de calibre normal.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, com preservação córtico-medular e parênquima renal de espessura normal. Ausência de cálculo ou hidronefrose.

Veia cava inferior e aorta abdominal de calibre e contornos normais nos segmentos visibilizados.

Bexiga de paredes regulares e textura anecóica homogênea.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou derrame pericárdico no presente estudo.
- Demais órgãos e estruturas abdominais avaliadas sem alterações relacionadas ao trauma.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ócias, assim como de hemoretroperitônio.*



**DR. ANDRÉ VENTURA**

Médico Radiologista  
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683





Pronthário  
947776

Atendimento  
2328197



Reserva/Guia

Data 31/01/2019

Hor 07:31



Paciente

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA [CPF: 4192588412]

Sexo Est. Civil

M

Dt Nas.

27/03/1982

Telefone

5398639732 2452593

Código CNS

708003375378227

Endereço

JOAO PEREIRA DE MORAIS

Num. Complemento

45

Cidade

SAO JOAO DO CARIRI

Profissão

Bairro

CENTRO

Nome da Mãe

JOSEFA EUNICE DE OLIVEIRA

Responsável

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

Bairro

RANDEL

Endereço

RUA

Cidade

SAO JOAO DO CARIRI

Endereço

1716 LUCIANO GUEDES BORGES [CRM: 3451] [CPF: 43448831434]

Procedimento

Médico Acompanhante

1708 LUCIANO FERREIRA HOL [CRM: 2948] [CPF: 33863130430]

Cid

Dr. Marluce

Dr. Italo César

Dr. Luciano Holanda

Num.

524

Telefone

87451220

Setor

3009 SECRETARIA SUS

Convênio

50 SUS

Origem

Atendente -

SOCORRO

POSTO - ENFERMARIA - LEITO:

Data min. para alta - 31/01/2019 Data máx. para alta - 31/01/2019

Atendente -

SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante?  Sim  Não

Data admissão 31/01/2019

Data alta 01/02/19

Internação anterior?  Sim  Não

Hora admissão

Hora alta 08:00

Alta: Curado  Melhorado

Inalterado

Clinica.: Médica

Piorado  A pedido

Indisciplina

Cirúrgica

Transferido  Falecimento

Evasão

Obstétrica

Diagnóstico:

Internação: *600-2524* 5.524

Definitivo: *PACIENTE ATENDIDO* WJ.99

Histórico: NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO

*WJ.99 JUNHAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS* 040802041

ORTÉSE PROTESE

Alta - 1

Raios X:

Uti

Perim - 2

Simples

Entrada \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Transf - 3

C/Contraste

Saída \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Óbito - 4

Motivo

Caract. Trat. \_\_\_\_\_

Sangue, :  Rh.:  A  B  C  D  E  F  G

*Carimbo e Assinatura do Médico*

RX DE CONTROLE  
REALIZADO EM 31/01/2019  
Ponto 5

*Ponto*  
RX REALIZADO  
EM 31/01/19  
*AA*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALAI:

LEITO:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 30/01/19

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1) Serebrocure	
2) Br 2 loz anal CO 10 4	
3) Colotena - 01g ev 3ML	10 01
4) Voltaren 75 - 01g loz 12/12 C	10 02
5) C. Gerax + 8.5. V.	

PACIENTE ADMITIDO NO HOSPITAL  
DIA 03 DE FEVEREIRO DE 2019  
COM DIA DE SAÍDA 03 DE MARÇO DE 2019  
CORRADA

HGT antes das principais refeições

IR conforme protocolo

Quente 80%. 3FA. R. N. HGT C 10mL 10

na dose de 1000mg de 300mg  
CAB-PP 11356

EVOLUÇÃO MÉDICA

paciente internado para cirurgia  
60. - EXAMINADA

ACAA

PACIENTE ADMITIDO NO HOSPITAL  
DIA 03 DE FEVEREIRO DE 2019  
COM DIA DE SAÍDA 03 DE MARÇO DE 2019  
CORRADA

03/02/19

2019 10092019

ACAA

NOME: Ismael Barbosa Oliveira  
AL: 4. Grudecio LEITO: 106-4 MÉDICO: Dr. Guedes  
IDADE: 36 A.

DATA: 31/01/19

MANHÃ

Paciente adm vi procedimento cirúrgico  
solicitado exame laboratório o mesmo  
desambulando em dieta zero aguarda  
procedimento hoje à tarde.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS

TARDE

Paciente segue mantendo quadro  
estabil. consciente, orientado, segue  
agendados procedimento. emergiu  
paciente outrossi do embre urinário às  
19:00 consciente orientado, segue as  
medidas de enfermagem

Jucara Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 709726-FD

NOCHE

Paciente evoluíu instável, consciente,  
orientado, febril, suspeito, em venoclisis  
imediatas jcm, realizado cuidados  
e controles da enfermagem

Jucara Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 709726-FD

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS

Marcellina Nascimento de Sá  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 881294

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jaquel Barbosa Lins  
ALA: Perímetro LEITO: 106 MÉDICO: Dr Luciano Guedes

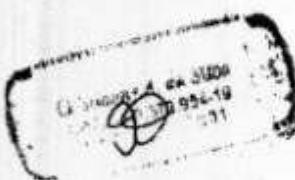
IDADE:

DATA: 01/02/19

MANHÃ

Paciente por operação estiverá de náuseas e realizados cuidados e controle segue os cuidados de enfermagem. Requer alta hospitalar.

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS



TARDE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS

NOITE

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS

PACIENTE:	Ornato BARBOSA	Nº DO ATENDIMENTO:	
Nº DO PRONTUÁRIO:		DATA DA OPERAÇÃO:	31/07/99
OPERADOR:	Ornato Barbosa	ENFERMERA:	
1º AUXILIAR:		2º AUXILIAR:	
3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR:	
ANESTESISTA:	Dr. Jairson	TIPO DE ANESTESIA:	General
DIAGNÓSTICO DE OPERATÓRIO:	Fractura do osso ilíaco com fratura do sacro		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Osteosíntese de Fratura do sacro		
DIAGNÓSTICO DO OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO INICIAL DA PATOLOGIA:			
EXAME RÁDIO-LOGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS			

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

DATA:	31/07/99	TÉCNICA:	LISADH/S-DRENAGEM	ATRA-MATE:	FGADO	VICERA:	
1º	Fractura ilíaca posterior						
2º	Adherentes do campo						
3º	Ressecção parcial com eletro						
4º	Sutura com fio de						
5º	Curação						
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO CUJAS DESPESAS FORAM COBRADAS AO SUS							
Dr. Jairson Barbosa Assistente: Dr. Guedes Instrumentador: Dr. Targino							

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO  
CERTIFICO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

INSCRIÇÃO CEDRALISADA Nº  
2402593 DSC PB

CPF: 041.925.884-12 DATA NAC.: 27/03/1982

NOME:  
BALBINO INACIO DE  
OLIVEIRA  
JOSEFA BUNICE DE  
OLIVEIRA

PERÍODO:  
05037723144 VENCER: 31/07/2020 EXPIRAÇÃO:  
15/10/2010

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1083376360

PHOTOCARD PLASTIFICADA

1083376360

Local: CANELA GRANDE, PR Data: 03/09/2015

Assinatura: *...* Número: 67515680695  
Cédula de identidade: PB31099408

1083376360

INPREV  
PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

IDENTIDADE N° 01961 DATA EXP: 23/8/2013  
DOADOR DE ÓRGÃOS STC'DOS X SIM NÃO  
VALIDADE INDETERMINADA



POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO Doador  
José Ramos de Araujo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLÓGIA  
CONSELHO REGIONAL 16º REGIÃO  
TÉCNICO ENERGODIAGNÓSTICA CÓD. N° 071617

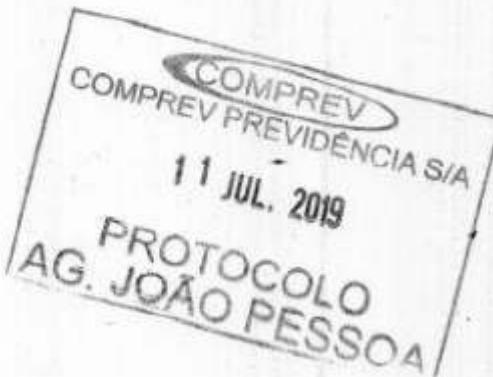
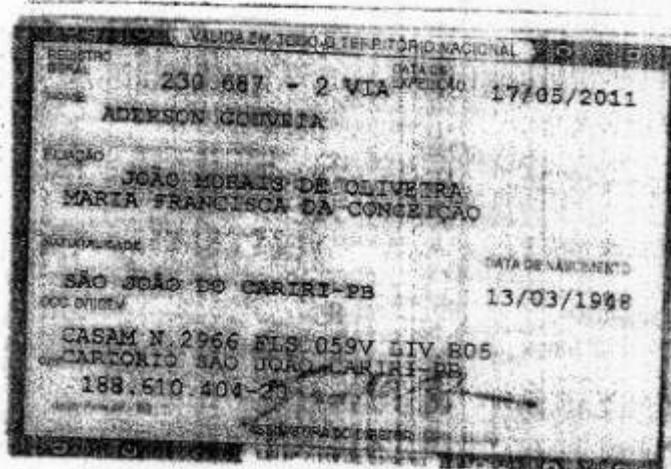
JOSE RAMOS DE ARAUJO  
SEVERINO DANIEL DE QUEIROZ

NASC.: 11/08/1962 NATURAL: Taperoá PB  
CIDADE: BRASILEIRA CPF: 408 209 644-91  
DENT. N. 714400 ORG. EXP. 8509/14  
TACAO: RADIODIAGNÓSTICO  
Fotógrafo de Araujo Silveira

DIRETOR PRESIDENTE

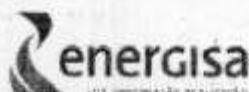
DR. JOSÉ RAIMUNDO DE SOUZA





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segundário de venda.  
Bônus para o pagamento do valor fiscal/conta de energia elétrica - N° 026.449.718



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ADERSON GOUVEIA  
RUA ALEXANDRINO CANTALICE 40  
SAO JOAO DO CARIRI

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/252431-2

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2019

13/06/2019

194

16/07/2019

R\$ 167,70

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 02709.536177 5 79520000016770

Pagador: ADERSON GOUVEIA CNPJ/CPF: 188.610.404-20

RUA ALEXANDRINO CANTALICE 40 - CENTRO - SAO JOAO DO CARIRI / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002709536	000252431201906	16/07/2019	R\$ 167,70	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência /Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190422853      **Cidade:** São João do Cariri      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA      **Data do acidente:** 29/01/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

P2/ 10/11/12

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Beneficiário/vítima

Nome: Daniel Barbosa Oliveira

Nacionalidade Brasileiro Est. Civil Solteiro

Identidade: 2452593 CPF: 041.922.884-12

Endereço: Rua João Pereira de Araújo Nº S/N

Bairro: Centro Cidade: 66010-000 do Ceará EST: PB

Natureza do Sinistro INVALIDEZ Data do Acid. 29/01/2019

Procurador: José Ramos de Araújo Est. Civil: Divorciado RG: 718.406 SSP-PB, CPF: 408.289.644-91, Endereço: Rua Vital Francisco da Silva, 63 1º andar centro, Queimadas – PB CEP: 58.475.000

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da seguradora LIDER ( joalheiros, sincor(S) e corretores ), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de Indenização de sinistros DPVAT , a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário médico, junto a qualquer hospital, para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, Os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

São João do Ceará 10/07/2019

Local e data

Daniel Barbosa Oliveira

Assinatura do Beneficiário / Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Almeida Barros

Comarca de São João do Ceará - PB  
Cartório - Ofício de Notas  
Av. João Almeida Barros - Tabelião Público

Rua Antônio Ferreira, 15 - Centro - CEP: 58.475-000

Sala 100 do Cível - PB  
Fone: 84



Reconheço a firma Autenticidade  
Daniel Barbosa Oliveira  
São João do Ceará - PB 06/07/2019  
Ass. de testemunho da verdade  
São João do Ceará - PB 06/07/2019  
Ass. de testemunho - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234275/19

**Vítima:** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

**CPF:** 041.925.884-12

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/01/2019

**Titular do CPF:** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

### DANIEL BARBOSA OLIVEIRA : 041.925.884-12

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019  
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO  
CPF: 408.289.644-91

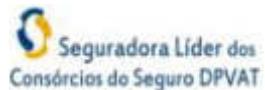
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

JOSE RAMOS DE ARAUJO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234275/19

**Número do Sinistro:** 3190422853

**Vítima:** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

**CPF:** 041.925.884-12

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/01/2019

**Titular do CPF:** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019  
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO  
CPF: 408.289.644-91

JOSE RAMOS DE ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



()



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a análise da Previdência S/A. O prazo para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3190422853 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

**CPF/CNPJ:** 04192588412

#### Posição em 06-03-2020 12:10:35

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

23/07/2019 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/07/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZhqIDO2O76qND04tSapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0ppFjzdKtUjkRos1VaoTZ1U=">Download</a>
13/07/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/IcF9kVzxXSI9rrxXYh0Wqgapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0ppFjzdKtUjkRos1VaoTZ1U=">Download</a>

13/07/2019

NECESSIDADE  
DE  
APRESENTAÇÃO  
DE  
DOCUMENTOS

 ([https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jAS4oY+X9ILyuzddtDelapi\\_key=y+J2M6vLMwe\\_\\_4v9TOuYJ0ppFjzdKtUjkRos1VaoTZ1U=](https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jAS4oY+X9ILyuzddtDelapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0ppFjzdKtUjkRos1VaoTZ1U=))



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

## Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

## ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A ●

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

## PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

## ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
  - › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
  - › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
  - › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
  - › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
  - › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
  - › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
  - › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
  - › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
  - › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
  - › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoess-e-Sugestoes](#))
  - › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
  - › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
  - › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
  - › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Terminos-de-Uso.aspx](#))