



Número: **0800466-50.2019.8.15.0341**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Serra Branca**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL BARBOSA OLIVEIRA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37375501	02/12/2020 14:30	Petição	Petição
37375502	02/12/2020 14:30	2704260_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37375504	02/12/2020 14:30	2704260_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00265/00266 - carta_03 - INVALIDEZ

00060133



Carta nº 14557598





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, 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

Carta nº 14559985

Pag. 01083/01084 - carta_01 - INVALIDEZ

00020542





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, 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, 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





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 ASA:

3 - CPF da vítima:

041.925.884-12

4 - Nome completo da vítima:

Daniel Barbosa Oliveira

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

5 - Nome completo:

Daniel Barbosa Oliveira

7 - Data do sinistro:

Recuso informen Rua João Pereira de Marais

8 - Endereço:

Recuso informen Rua João Pereira de Marais

6 - CPF:

041.925.884-12

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

São João do Cariri

9 - Número:

310

10 - Complemento:

Casa

15 - E-mail:

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58590-000

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 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 SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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 (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

013

CONTA:

00450216

2

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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; ou

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

Pelo motivo exposto, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER, para confirmação 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 contestação, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do acidente da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

☐ Cônjuge

☐ Filho

☐ Pai

☐ Mãe

☐ Irmão

☐ Outros

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou assinatura (assinou)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou patrimônio vivo?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 300 do Código Penal.

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA

POUPANÇA

5067 2250 0051 7047

5067

VALIDATE

10/26

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

0041 013 00450216-2

elo

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

Scanned by CamScanner





GOVERNO
DA PARAÍBA



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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 do 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 nº 2.452.593 - SSP/PB, CPF nº 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 cochar 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, restando 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 cirurgico; 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 pedir os Benefícios do Seguro DPVAT; QUE, o Notificante possui

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Policia
2ª Superintendência Regional de Policia
14ª Delegacia Seccional de Policia 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 Barbosa e Silva

POLICIAL CIVIL: M. J. S. A.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

041.925.884-12

4 - Nome completo da vítima:

Daniel Barbosa Oliveira

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

5 - Nome completo:

Daniel Barbosa Oliveira

7 - Data de nascimento:

Recuso informar

8 - Endereço:

Rua João Pereira de Marais

6 - CPF:

041.925.884-12

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

São João do Cariri

9 - Número:

310

10 - Complemento:

Casa

15 - E-mail:

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58590-000

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 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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 POUANÇA (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

013

CONTA:

00450216

2

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 exposto, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER, para confirmação 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou assinatura (assinou)?

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou patrimônio vivo?

34 - Vítima deixou patrimônio morto?

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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CAIXA

POUPANÇA

5067 2250 0051 7047

5067

VALIDATE
10/26

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

0041 013 00450216-2

elo

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

Scanned by CamScanner





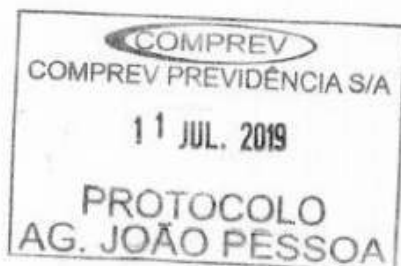
ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO CARIRI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
REGIONAL MONTEIRO



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 sítio santa clara município de são João do cariri-PB. Sendo socorrido por terceiro quando a viatura chegou no local, ao retornamos para base fomos 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.

Coordenadora de enfermagem

SAMU 192-Base descentralizada 04



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 ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 200 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

68885873

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2019

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
032.001.017.0145.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N248003	22/09/2016	EXTERNO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS		PRÓXIMA LEITURA
134		191	7	29		29/07/2019
HIST. CONS./ANOR. LEIT. / QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2019	8	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMES		
ABR/2019	13	TURBIDEZ		0	0	0
MAR/2019	20	CLORO		0	0	0
FEV/2019	11	COL. TERMOT		0	0	0
JAN/2019	12	CDE		0	0	0
DEZ/2018	5	COL. TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	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 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMOS MÊSES) ANT. 03/2019		1,75
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

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
WCHGAIETRABALHOINFANTIL

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

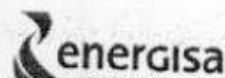


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do cartão.

Bônus para sempre pagamento da nossa fatura conta de energia elétrica - Nº 003.985.991



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230 - KM 150 - Alça Sudocato - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.993.819-1

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

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

17/06/2019

CONSUMO

140

VENCIMENTO

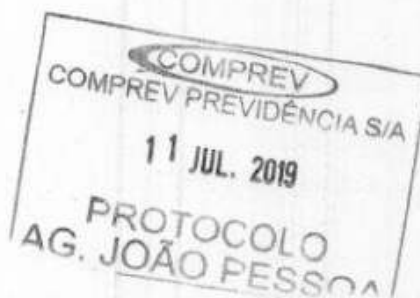
26/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 96,10

Acesse: 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				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:30:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214303077300000035663256>

Número do documento: 20120214303077300000035663256

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 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 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

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 COAF².

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

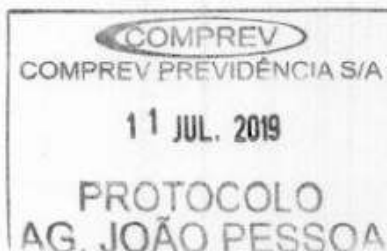
Pelo exposto, eu José Ramos de Araújo
inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Daniel Barbosa Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.925.884, 12
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Daniel Barbosa Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 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>3º Andar</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Queimadas</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58475-000</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: São João do Cariri 10/07/2019

José Ramos de Araújo
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:30:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214303077300000035663256>

Número do documento: 20120214303077300000035663256

Num. 37375502 - Pág. 16



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 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, 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 Cariri, no Estado de Paraíba

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Alexandre Cantalício, 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, cujo o condutor era
Daniel Barbosa Oliveira

- Veículo: MOTO Modelo: Honda Biz 125 ES Ano: 2007/2007

Placa: MNV 5157/PB Chassi: 9C2JA04207R093136

Data do Acidente: 29/01/2019

Local e Data:

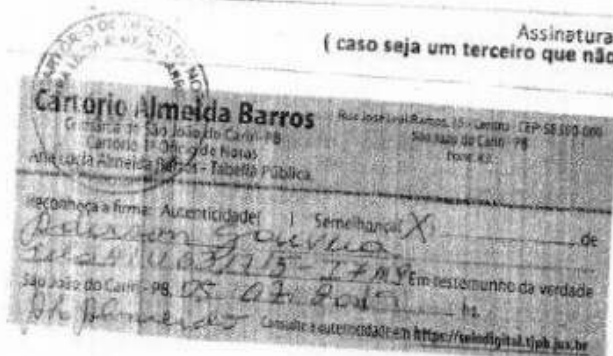
São João do - Cariri 10/07/19

Aderson Gouveia

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 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
mencionado 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 5151/PB Chassi: 9C2 JAO 420 4R 0 93 136
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

Carteria: 1º Ofício de Notas

Rua José Lúcio Ramos, 15 - Centro - CEP: 58.500-000

Rua José Lúcio Ramos, 15 - Centro - CEP: 58.500-000

São João do Cariri - PB

Fone: 33

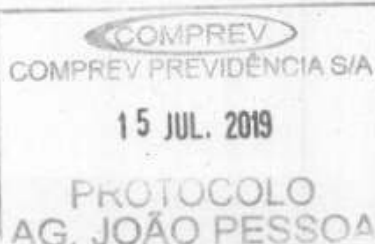
Reconheça a firma: Autenticidade (X) Semelhança () de

Anderson Gouveia

51010 63 448-7142 Em testemunho da verdade

São João do Cariri - PB, 15/07/2019 hi

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





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

Ficha de Acolhimento

General Gordon

Bairro: 440

27-203.82 Documento de Identificação:

Data do Atend.: 29.01.19 Hora: 20:12 Documento: 7

() Sim (x) Não

Classificação de Risco

Características: () Bom () Regular () Baixo **Aspecto:** () Calmo

() Fácels de do 1/15/55mente

Frequência cardíaca: 60-100 bpm

Temperatura axilar:

Mucosas: () Normocorada () ~~Palida~~ S.S.

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca

Estratificação

☒ Vermelho - atendimento imediato

() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atenuado até 1 hora

() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

RECEIVED
01/10/2011

Passante vicino al lago
A tutto agguato di ogni
e di ogni cosa e per tutto.

Cd. - Tardaroni April
At de - Guadalupe

Wagner, Paulo
CPLM-DB 80

#25:40# Caring's Get's! #

Em ressonância, hemodinamicamente es-
tável; abdome flácido, depresso e indolor.
Radiografias de tórax, pelve e cervical si-
métricas, FAST negativo.

* CD: Alta de cirurgia geral aos cuidados de ortopedia.

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs

() Alta hospitalar / (X) A revelia

☒ () Decisão Médica

() Orbit

João Guilherme B. Oliveira
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE

Diagnóstico

Barton Volan

10-42

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

42

Daniel Berbesco

Alojamento

Leito

Convênio

Data	Prescrição Médica	Pr	Horário	Evolução Médica
30/01	Dieta R/Dm + HAs Folha Dipirona 500mg EV 15/6h Omeprazol 20mg po 1x HGT 6/6h a 12 de manhã Glic. 50% 03FA EV a 11h e 20 INPH 38UI manhã INPH 26UI noite	Pr 12/18 12/18 24 18/06	24/06 18/06 18/06	Pt em BEE estável após Der 2/4 + NV: preservado Cel: VPM Aumento oxcmus fúscos
	Ins Reg. 20UI manhã 18UI noite Sbuv + Ccog	Pr 18/18		



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

[illegible]

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

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.

Fígado 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 ocas, assim como de hemoretroperitônio.


DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 | RQE-PB 5683



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:30:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214303077300000035663256>
 Número do documento: 20120214303077300000035663256



HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1

DATA: 31/01/2019

HORA: 07:07:35

Prontuário

947776



Atendimento

2328197



Reserva/Guia

Data 31/01/2019 Hora 07:31

Paciente

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA [CPF: 4192588412]

Endereço

JOAO PEREIRA DE MORAIS

Bairro

CENTRO

Nome da Mãe

JOSEFA EUNICE DE OLIVEIRA

Responsável

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

Bairro

RANDEL

Sexo Est. Civil

M

Dt Nasc.

27/03/1982

Telefone - R.G.

8398839732 2462593

Código CNS

708003375378227

Num. Complemento

45

Cidade

SAO JOAO DO CARIRI

Endereço

RUA

Cidade

SAO JOAO DO CARIRI

COMISSÃO DE ARQUIVO

Dr. Marluce

Dr. Italo César

Dr. Luciano Holanda

Dr. Luciana Holanda

Dr. D. Atanásia

Num.

524

Telefone

87451220

Médico Atendente

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

Procedimento

Médico Acompanhante

1708

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

Cid

Origem

Sector

3009 SECRETARIA SUS

Convênio

50 SUS

Acomodação

POSTO: - ENFERMARIA - LEITO:

Data min. para alta - 31/01/2019

Data máx. para alta - 31/01/2019

Atendente - SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 31/01/2019 Data alta 01/02/19

Internação anterior...? [] Sim [] Não Hora admissão Hora alta 08:00

Alta.....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica.....: Médica.....: []

Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []

Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Internação: Fratura de fêmur em Cid 5.52.4

Definitivo: PACIENTE ATENDIDO WJ98

Histórico:

NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO

DUAS DESPESAS FORAM

COBRADAS AO SUS

040802042

ORTESE PROTESE

Alta - 4

Perm - 2

Transf - 3

Obito - 4

Raio X:

[X] Simples

[] C/Contraste

Uti

Entrada

Saída

Motivo

Caract. Trat.

[X] Sangue...: [] Rh...: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

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

Ponto
RX REALIZADO
EM 31/01/19
AL

HOSPITAL ANTONIO TARGINO		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
NOME:	Diana Divina		
ALA:	LEITO:	CONVÊNIO:	
DIAGNÓSTICO:	GAST. DE INTER. B2		DATA: 30/01/19
MEDICAMENTOS		HORÁRIO	
1) Sincal			
2) P2 100ml EV	10	14	
3) Celogelina - 0,5g EV 8h	17	01	
4) Voltaren 75 - 0,5g Im 12/12h	10	02	
5) C. Berens + 12V			
<p>UGT antes das principais refeições IR conforme protocolo Quase 50% 3FA R. de AGTC 10 med</p> <p><i>Dra. Daniele Dantas de Andrade</i> MÉDICA CRM-PB 11356</p>			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
<p>Paciente internado para cirurgia por exames</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>03/02/19</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>			



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Joniel Barbosa Oliveira

IDADE: 36 A.

ALA: 4. Ginecologia

LEITO: 106-4

MÉDICO: Dr. Guedes

DATA: 31 / 01 / 19

MANHÃ

Paciente adm y1 procedimento cirúrgico
solicitado exames laboratoriais o mesmo
deambulando em dieta zero açúcar
procedimento hoje a tarde. Guedes

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

TARDE

paciente segue mantendo quadro
estável. consente. orientado, segue
aguardando procedimento. cirurgia
paciente autônomo, deambulando sozinho às
19:00 consente orientado, segue as
ordens da enfermagem

Jucara Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN 708726 PB

Jucara Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN 708726 PB

NOITE

Paciente evolui estável, consente,
orientado, afebril, eufórico, em venoclise
medicada sem, realizado cuidados
e controles da enfermagem

Marcelina Nogueira da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 01.294

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



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Daniel Barbosa Lima

IDADE:

ALA: 16

LEITO: 106

MÉDICO:

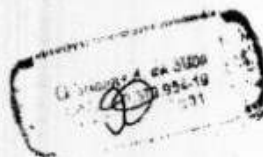
Dr. Luciano Guedes

DATA: 01/02/19

MANHÃ

Paciente por opuntoma estomatose de sistema
e realizado cuidados e controle segue
aos cuidados de enfermagem. Receber alta hospi-
talar

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



HOSPITAL /
ANTONIO TARGINO

PACIENTE: Donna BARBOSA
 Nº DO PRONTUÁRIO: 31.07.19 Nº DO ATENDIMENTO:
 DATA DA OPERAÇÃO: 31.07.19 ENFERMARIA: 0106 LEITO:
 OPERADOR: Dr. Luciano Guedes
 1ª AUXILIAR: Dr. Luciano Guedes 2ª AUXILIAR:
 3ª AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
 ANESTESISTA: Dr. Luciano Guedes TIPO DE ANESTESIA: ANESTESIA GERAL
 DIAGNÓSTICO PRE OPERATÓRIO: DRAC DOB DOB PNEUMONIA
 TIPO DE OPERAÇÃO: OPERAÇÃO DE ANESTESIA
 DIAGNÓSTICO DE OPERATÓRIO:
 RELATÓRIO MÓDULO DA PATOLOGIA:
 EXAME RADIO DO CÔNITO:
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIOLÊNCIA: 1 TÉCNICA: 1 DRENAGEM: 1 TURA-MAT EMPREGADO: 1 ASPECTO: 1 VICERAS:
 1) Artrite fúngica por trauma
 2) Adesões do campo
 3) Redução de volume e fixação
 4) Intimação de fôlego
 5) Curação

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

Dr. Luciano Guedes
 CRM 34.123-1
 RPP 123456789



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO
ARTESANATO NACIONAL DE HABITACÃO

DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

1083376360

041.925.884-12 29/03/1962

BALSINO INACIO DE OLIVEIRA
JOSEFA MINICE DE OLIVEIRA

05057229144

SL/8772020 19/10/2010

Daniel Barbosa Oliveira

CAMPINA GRANDE, PB 03/09/2015

67215660695
PB 31099408

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO

PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROCOLO
JOÃO PESSOA



IDENTIDADE Nº 01561 DATA EXP: 23/07/2013
DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS ☒ SIM ☐ NÃO
VALIDADE INDETERMINADA

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

CONSELHO REGIONAL 10ª REGIÃO
TÍTULO EM RADIOLOGIA CEN Nº 021517

JOSE RAMOS DE ARAUJO
SEVERINO DANIEL DE ARAUJO
IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

NASC: 11/06/1962 NATURAL: Taperoá/PB
VALIDADE: BRASILEIRA CPF: 408 289 644-91
IDENT Nº: 71 0466 ORG EXP: SSP/PB

RADIOLOGIA
Fórmula de Araújo Silva

DIRETOR PRESIDENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
CONSELHO REGIONAL 10ª REGIÃO

JOSE RAMOS DE ARAUJO
SEVERINO DANIEL DE ARAUJO
IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

NASC: 11/06/1962 NATURAL: Taperoá/PB
VALIDADE: BRASILEIRA CPF: 408 289 644-91
IDENT Nº: 71 0466 ORG EXP: SSP/PB

RADIOLOGIA
Fórmula de Araújo Silva

DIRETOR PRESIDENTE

1497902643

1497902643

PARAIBA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

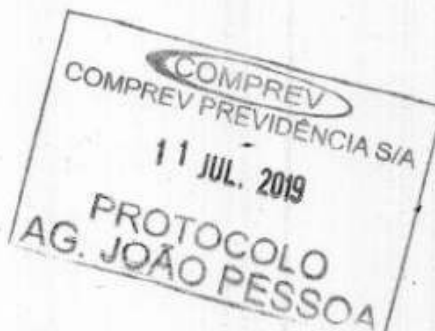
11 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
230.687 - 2 VIA
NOME
ADELSON GOMES
FILIAÇÃO
JOÃO MORAIS DE OLIVEIRA
MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO
LOCALIDADE
SÃO JOÃO DO CARIRI-PB
DATA DE NASCIMENTO
13/03/1988
CASAM N. 2966 ELS 059V LIV B05
CARTÃO N. 188.610.404-2
SÃO JOÃO DO CARIRI-PB

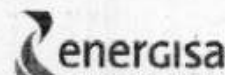


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é exigido via de conta.

Requis: para simplificar pagamento de nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 026.449.716



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. 10.015.523-0

DADOS DO CLIENTE

ADERSON GOUVEIA
RUA ALEXANDRINO CANTALICE 40
SAO JOAO DO CARIRI

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/252431-2

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

13/06/2019

CONSUMO

194

VENCIMENTO

16/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 167,70

Acesse: 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	Nº 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:30:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214303077300000035663256>

Número do documento: 20120214303077300000035663256

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Beneficiário/vítima

Nome: Daniel Barbosa Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Identidade: 2452593 CPF: 041.925.884-12

Endereço: Rua João Pereira de Araújo Nº S/N

Bairro: Centro Cidade: São João do Cariri EST: PB

Natureza do Sinistro: Invalidade 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 (corretores, 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 Cariri 10/07/2019

Local e data

Daniel Barbosa Oliveira

Assinatura do Beneficiário / Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Almeida Barros
Cartório de São João do Cariri - PB
Cartório - Office de Notas
Almeida Barros - Tabela Pública

Assinatura e firma: Autenticidade: ☒ Semelhante: ☐

Daniel Barbosa Oliveira
041.925.884-12 em testemunho da verdade

São João do Cariri - PB 05/07/2019

Get the autenticidade em <https://selo.digital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0234275/19

Vítima: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

CPF: 041.925.884-12

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/01/2019

Titular do CPF: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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 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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/01/2019

Titular do CPF: DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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 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





(1)



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 e 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	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZhqiDO2O76qNDo4tSapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0ppFjzdKtUJkRos1VaoTZ1U=)
13/07/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lcF9kVzxXSI9rrxXYh0Wqgapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYJ0ppFjzdKtUJkRos1VaoTZ1U=)



13/07/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (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-Efetutados.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>)





(<https://www.consumidor.gov.br/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao/>)
l%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.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-Reclamacoes-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/Termos-de-Uso.aspx)





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA BRANCA/PB

Processo: 08004665020198150341

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidirá a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SERRA BRANCA, 30 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:30:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214303206200000035663258>
Número do documento: 20120214303206200000035663258