



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           |
|---|---|
| <b>DANIEL BARBOSA OLIVEIRA (AUTOR)</b>                            | <b>INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b> | <b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b> |

**Documentos**

| Id.       | Data da Assinatura | Documento  | Tipo              |
|-----------|--------------------|--|-------------------|
| 37375 501 | 02/12/2020 14:30   | <a href="#"><u>Petição</u></a>                                       | Petição           |
| 37375 502 | 02/12/2020 14:30   | <a href="#"><u>2704260_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a> | Outros Documentos |
| 37375 504 | 02/12/2020 14:30   | <a href="#"><u>2704260_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>       | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:30:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214302984300000035663255>  
Número do documento: 20120214302984300000035663255

Num. 37375501 - Pág. 1



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.

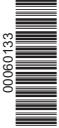
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00265/00266 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060133

Carta nº 14557598



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. 1



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, contados 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



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. 2



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.

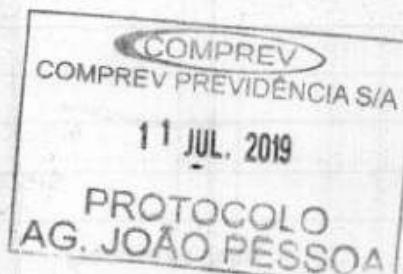
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Scanned by CamScanner



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. 5



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO  
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 futura utilização dos 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: David Pombal da Silva

POLICIAL CIVIL: Mb. 811





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do atendimento:

3 - CPF da vítima: **041.925.884-12**

4 - Nome completo da vítima: **Daniel Barbosa Oliveira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

### DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avalie uma opção):  
 Bradesco (227)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (301)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0041** 013 CONTA: **00450216** 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autógrafo: 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 de Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez 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 invalidez 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 estou ciente de que a assinatura significa prévia concordância com a futura realização de exames ou reuniões de direito de contestá-la, caso descreva o seu conteúdo.

11 JUL 2019  
**COPIA**  
**ASSINATURA**  
**11 JUL 2019**

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Seu(s) parentesco(s) com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Seu(s) parentesco(s) com a vítima (se a vítima deixou companheiro(a)), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar o nome completo:  
 de 18 anos?  Sim  Não Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não Se tinha irmãos, informar o nome completo:  
 Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vida viva?  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 nítima, ainda, se que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a subtração do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 399 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

São João do Cariri, 02/07/2019  
 Daniel Barbosa Oliveira

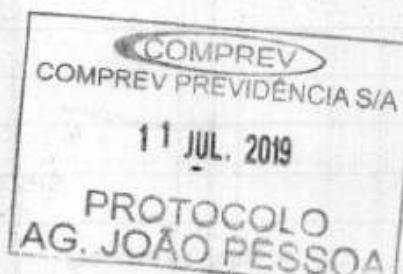
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





Scanned by CamScanner



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. 9



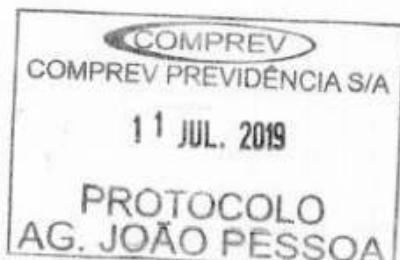
ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DO CARIRI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
REGIONAL MONTEIRO



### 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.

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



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. 12



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Corte, 220 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.129.884/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
SOMENTE NÚMERO  
MATRÍCULA

68885873

REFERÊNCIA

JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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      | Outros      |
| 032.001 017.0145.000 | 000                | 1                       | 0             | 0               | 0           |
| Hidrômetro           | Data de Instalação | Localização             | Situação Água | Situação Esgoto |             |
| Y15N248003           | 22/09/2016         | EXTERNO                 | LIGADO        | POTENCIAL       |             |

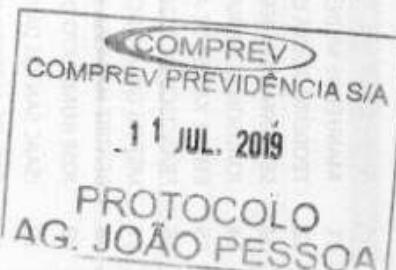
ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (R\$) | NÚM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA  
134 191 7 29 23/07/2019  
HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.  
MAI/2019 3 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES  
ABR/2019 13 TURBIDEZ 0 0 0  
MAI/2019 20 CLORO 0 0 0  
FEV/2019 11 COL. TERMOT 0 0 0  
JAN/2019 17 COD 0 0 0  
DEZ/2018 5 COL. TOTAIS 0 0 0  
MÉDIA(M) 11 DADOS REFERENTES A: ABR/2019

| DATA DA IMPRESSÃO: 25/06/2019               | HORA DA IMPRESSÃO: 09:44:25 |
|---|-----------------------------|
| DESCRIÇÃO                                   | CONSUMO TOTAL (R\$)         |
| ÁGUA  |                             |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)<br>CONSUMO DE ÁGUA | 7 MB 37,91                  |
| ESGOTO                                      |                             |
| ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANT. 06/2019            | 1,73                        |
| JUROS DE MORA 03/2019                       | 0,89                        |

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS, LEE 12.781/12

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

|                          |                                |                   |
|--------------------------|--------------------------------|-------------------|
|                          | CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA | TIPO DE TARIFA: 1 |
|                          | CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL  |                   |
| INFORMAÇÕES GERAIS:      |                                |                   |
| #CHEGADETRABALHOINFANTIL |                                |                   |



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

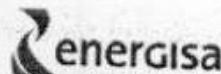
Num. 37375502 - Pág. 13

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundário de conta.

Bolso para simples pagamento da fatura, bilhete de energia elétrica - N° 003.985.991



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alto Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 - Inscrição Estadual 16.003.838-1

## DADOS DO CLIENTE

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

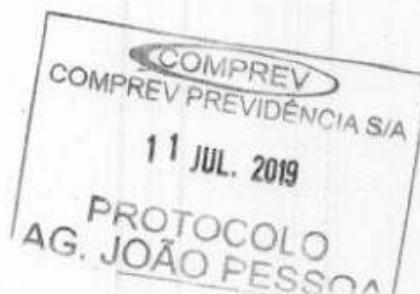
## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

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  |                 |                 |                    |            |
| 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   |                 |                 |                    |            |



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. 14

## 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>   |



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. 15



## 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)

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<sup>1</sup> 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>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURADO. <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 Nº 041.925.884, 12,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Daniel Barbara 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 Lider-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>Queimados</u> | Estado:      | <u>RJ</u>       |
| E-mail:   |                                  |         |                  |              |                 |

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

José Ramos de Araujo

Assinatura do Declarante

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL.001 V001/2017



## 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 83 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 Pantoja, nº 40  
complemento Case, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
menionado 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 5157/10 Chassi: 9C2JAO4207R093136  
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)

**Carorio Almeida Barros**

Genitivo de São José do Cariri - PB  
Carorio Almeida Barros - Delegado de Polícia

Rua José Lins do Rêgo, 15 - Centro - CEP: 58130-000  
São João do Cariri - PB  
Fone: 83

Declaro que a firma Autenticidade

Aderson Gouveia

Assinante

de

2020-01-29 11:15 - 17/05/2011 Em testemunho da verdade  
São João do Cariri - PB, DS. 02. Ponto: 01. h.

01/07/2019

Comprovar a autenticidade em <https://seadigital.tjpb.jus.br>



## 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 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 5157 / PB chassi: 9C2JAO4201R093136

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  
Cidade: 1º Ofício de Notas  
Av. Dr. Almeida Barros - Tabuleiro Públ.

Rua José Leal Ramos, 13 - Centro - CEP: 58.590-000  
São João do Cariri - PB  
Fone: (83)

Reconheça a firma: Autenticidade  Semelhança  de  
Anderson Gouveia  
5157125 Em testemunho da verdade  
São João do Cariri - PB, 15/07/2019 hi.  
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: Desmede Bento dos Reis End: Desmede Bento dos Reis Bairro: 443  
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

**Classificação de Risco**

Nível de consciência:  Bom  Regular  Baixo Aspecto:  Calmo  Fáceis de acomodar-se  Agressivamente  
Frequência respiratória: PROTESTO  
Pressão arterial: 140/90  
Dosagem de HGT: 100  
Deambulação:  Livre  Cadeira de rodas  Maca

**Estratificação**

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

Mod. 1

*Assinatura e carimbo do profissional*

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Peculiar winter weather  
caused damage to  
the Hornbeam plants

272 C. L. C. 1970-2000

116 - 98

Em personalização, hemicrania menor é estível; exobolpe, flácido, depressivo e indolor.

Radiografias de torax, tórax e cervical, seções, FAST negativo.

\* CD: Alter de cirurgia geral 200 cirurgos  
de ortopedia.

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ à s \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| C) Centro dirigido   |  |
| C) Internação (setor)  |  |
| C) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL   |  |
| Ass. do paciente ou responsável (quanto necessário)  |  |
| <br><i>Dr. Gláucio Oliveira</i> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revolta                         |  |
| <input type="checkbox"/> Decisão Médica  |  |
| <input type="checkbox"/> Óbito   |  |

卷之三

**CÓDIGO DE PROCEDIMENTO  
CBO  
IDABE**

<http://192.1.1.148/projetohgj/impreurgence.php?contar=1823036>

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

|  |                        |  |  |   |  |   |  |
|--|------------------------|--|--|---|--|---|--|
| SUS  | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |   |  |   |  |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde  |                        |  |  |   |  |   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b> |                        |  |  | 2 - CNES<br><b>2362856</b>  |  |   |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>  |                        |  |  | 4 - CNES<br><b>2362856</b>  |  |   |  |
| Identificação do Paciente  |                        |  |  | 6 - N° DO PRONTUÁRIO  |  |   |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><b>DANIEL BARBOSA OLIVEIRA</b>   |                        |  |  | 1823063   |  |   |  |
| 7 - CARTÃO DO SUS<br><b>708003375376227</b>  |                        |  |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>27/03/1982</b>                                     |  | 9 - SEXO<br>Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>JOSEFA EUNICE DE OLIVEIRA</b>  |                        |  |  | 11 - FONE DE CONTATO<br><b>9983 987006046</b>                                   |  | 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><b>São João do Cariri</b>                                   |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><b>São João do Cariri</b>  |                        |  |  | 14 - CODIGO MUNICÍPIO-15 - UF<br><b>251400 PB</b>                               |  | 16 - CEP<br><b>58590000</b>   |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS   |                        |  |  |   |  |   |  |
| <p><i>Pontos de náusea de dor + edema + desordem de queda de moto cefaléia</i></p>                           |                        |  |  | <p><i>em ponto E</i></p>  |  |   |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO   |                        |  |  |   |  |   |  |
| <p><i>Trauma</i></p>   |                        |  |  |   |  |   |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA/EXAMES/TESTES/ANALISES/EXAMES REALIZADOS                                 |                        |  |  |   |  |   |  |
| <p><i>E. Sinc. Vlt</i></p>   |                        |  |  | <p><i>Ex. Puntum Vlt E</i></p>  |  |   |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL   |                        | 21 - CID 10 PRINCIPAL  |  | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO  |  | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS   |  |
| <p><i>Ex. Puntum Vlt E</i></p>   |                        |  |  |   |  |   |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  |                        |  |  | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO   |  |   |  |
| 26 - CLÍNICA   |                        | 27 - CARATER DA INTERNAÇÃO   |  | 28 - DOCUMENTO  |  | 29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                           |  |
| 02   |                        |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF            |  | 700001174131009   |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE   |                        |  |  | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO-32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |  |   |  |
| <p><i>EVERLAN DA SILVA MEIRA</i></p>   |                        |  |  | <p><i>29/01/2019</i></p>  |  |   |  |
| 33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)  |                        |  |  |   |  |   |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRANSITO  |                        | 36 - CNPJ DA SEGURADORA  |  | 37 - N° DO BILHETE  |  | 38 - SÉRIE  |  |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  |                        |  |  |   |  |   |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO   |                        | 39 - CNPJ EMPRESA  |  | 40 - CNAE DA EMPRESA  |  | 41 - CBOR   |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA   |                        | <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR |  | <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO         |  | <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO                     |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  |                        |  |  | 44 - COD. ORGÃO EMISOR  |  | 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR   |  |
| <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF   |                        | 46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                 |  |   |  |   |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO   |                        |  |  | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                          |  |   |  |
| <p><i>/ /</i></p>  |                        |  |  | <p><i>/ /</i></p>   |  |   |  |

Diagnóstico

10-4

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

ok

Paciente: Daniel Bezerra

Alojamento: 8

Leito: 6

Convenio:

Data: Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

30/02 Dieta R/DM + MAS  
Folha  
Suplemento 65 gms EN 516h  
Empreço 20mg no begin  
Itet 01gms 112 Jp (máscara)  
Genc. 500mg 03x dia ac HHT 500  
INPH 3 780 mg  
INPH 3 260 mg  
1ms Reg. 200mg mawh 3  
180mg mawh  
ssav + ccc + G

PT cur REG instável abd

Der 3/4 r

NV: preservab

Cor: VPM

Almada excess presop

f

Hollisson Bezerra de Almeida  
Ortopedista Traumatolegista  
CRM - PB 9552

Hollisson Bezerra de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9552



## SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

## HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



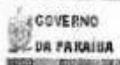
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

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

Assinado eletronicamente por: JOSÉS MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:30:57  
<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214303077300000035663256>

Número do documento: 20120214303077300000035663256

Num. 37375502 - Pág. 23



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

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| 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.

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 ócas, assim como de hemoretroperitônio.*

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



| RESULTADOS ESPERADOS                   |          |    |   |    |    |     |         |  |                    |
|--|----------|----|---|----|----|-----|---------|--|--------------------|
| REGISTROS                              |          |    |   |    |    |     |         |  |                    |
| DATA                                   | HORA     | PA | T | FC | FR | HGT | DIURESE | AVALIAÇÃO  | ASSINATURA/CARIMBO |
| 30/01/19                               | 08:14:00 |    |   |    |    |     |         | ① paciente com náuseas e vômitos; medicamentos em uso, visto os CCG. |                    |
| INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIÚRNA  |          |    |   |    |    |     |         |  |                    |
| INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA |          |    |   |    |    |     |         |  |                    |





|  |                        |  |   |
|--|------------------------|--|---|
| Prontuário<br>947776   | Atendimento<br>2328197 | Reserva/Guia<br>Data 31/01/2019 Hora 07:31   |   |
| Paciente<br>DANIEL BARBOSA OLIVEIRA [CPF: 4192588412]<br>Endereço<br>JOAO PEREIRA DE MORAIS<br>Bairro<br>CENTRO<br>Nome da Mãe<br>JOSEFA EUNICE DE OLIVEIRA<br>Responsável<br>DANIEL BARBOSA OLIVEIRA<br>Bairro<br>RANDEL  |                        | Sexo Est. Civil<br>M<br>Dt Nasc. 27/03/1982<br>Num. Complemento 45<br>Cidade SAO JOAO DO CARIRI<br><br>Endereço<br>RUA<br>Cidade<br>SAO JOAO DO CARIRI | Telefone - RG.<br>5398839732 2452593<br>Profissão |
| <b>COMISSÃO DE ARQUIVO</b><br>Dr. Marluce<br>Dr. Italo César<br>Dr. Luciano Holland<br>Endereço<br>D. Atanásia<br>Data   |                        |  |   |
| Médico Atendente<br>1716 LUCIANO GUEDES BORGES [CRM: 3451] [CPF: 43448631434]<br>Procedimento  |                        | Médico Acompanhante<br>1708 LUCIANO FERREIRA HOL [CRM: 2049] [CPF: 33863130430]<br>Cid   | Origem  |
| Setor<br>3009 SECRETARIA SUS<br>Acomodação<br>POSTO: + ENFERMARIA - LEITO:<br>Data min. para alta - 31/01/2019 Data máx. para alta - 31/01/2019  |                        | Atendente - SOCORRO  |   |
| <b>Resumo de Tratamento</b> <p>Acompanhante? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Data admissão 31/01/2019 Data alta 03,02,19<br/>         Internação anterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hora admissão Hora alta 08:00:00<br/>         Alta: Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Clínica: Médica <input type="checkbox"/><br/>         Piorado <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Indisciplina <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/><br/>         Transferido <input type="checkbox"/> Falecimento <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/></p> <p>Diagnóstico:<br/>         Internação: <u>Crise de píres</u> dia 5.524<br/>         Definitivo: <u>PACIENTE ATENDIMENTO</u> dia 03.01.19 WJ.98<br/>         Histórico: NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO<br/> <u>100 JUAS DESPESAS FORAM</u> dia 03.01.19 0408020<br/> <u>COBRADAS AO SUS</u></p> <p><b>ORTSESE PROTESE</b></p> <p>Alta - 4<br/>         Perm - 2<br/>         Transf - 3<br/>         Cbto - 4<br/>         Motivo<br/> <input type="checkbox"/> Sangue.: Rh.: A B C D E F G</p> <p>Raio X:<br/> <input checked="" type="checkbox"/> Simples<br/> <input type="checkbox"/> C/Contraste</p> <p>Uti<br/>         Entrada ____ / ____ / ____<br/>         Saída ____ / ____ / ____</p> <p>Caract. Trat. ____</p> <p><i>J. L. L.</i><br/>         Carimbo e Assinatura do Médico</p> |                        |  |   |

RX DE CONTROLE  
REALIZADO EM 31/11/2019  
Punho E

Punto  
**RX REALIZADO**  
EM, SI 101 19





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Daniel Barbosa Oliveira  
AL: 49966666666666666666666666666666  
LEITO: 1064 MÉDICO: Dr. Góede  
IDADE: 36 A.

DATA: 31 / 01 / 19

MANHÃ

Paciente adm vi procedimento cirúrgico  
necessitado exame laboratorial o mesmo  
desabutando em dieta zero aguarda  
procedimento hoje à tarde.

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

TARDE

Paciente regui mantendo quadro  
estabil. consciente. orientado, regui  
aguardando procedimento. cirurgia  
paciente retornou do entre arquivos as  
19:00 consciente orientado, regui as  
unidades de enfermagem.

Jucara Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 70972670

NOCITE

Paciente evoluí estavel, consciente,  
orientado, afebril, bipseud, im venoclín  
imediatamente, realizado cuidados  
e controles da enfermagem

Jucara Andrade de Oliveira  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 70972670

Marcelina Nascimento da Silva  
Técnico de Enfermagem  
COREN-PB 881.294

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

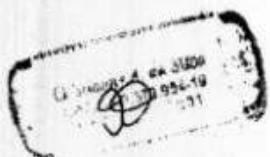


Evolução de Enfermagem

NOME: Daniel Brubera Lince | IDADE:  
ALAI: 106 | LEITO: 106 | MÉDICO: Dr. Luciano Guedes  
DATA: 01/02/19

MANHÃ

Paciente por oportunidade esteve se de si mesmo  
e realizada os cuidados e controle segue  
ao enfermeiro. Rebeu alta hospitalar  
falta



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

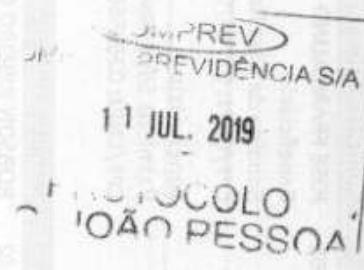
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS



|                                 |  |                    |                    |
|---------------------------------|--|--------------------|--------------------|
| PACIENTE:                       | Ornato BIRBOCH   | Nº DO ATENDIMENTO: |                    |
| Nº DO PRONTO-SOCORRO:           |  | DATA DA OPERAÇÃO:  | 31/07/19           |
| OPERADOR:                       | Ornato BIRBOCH   | ENFERMARIA:        |                    |
| 1º AUXILIAR:                    |  | 2º AUXILIAR:       |                    |
| 3º AUXILIAR:                    |  | INSTRUMENTADOR:    |                    |
| ANESTESISTA:                    | Dr. GOMES  | TIPO DE ANESTESIA: | Brasileiro 100.000 |
| DIAGNÓSTICO DO OPERATÓRIO:      | Ortez do Orio cravo c/ mico esp  |                    |                    |
| TIPO DE OPERAÇÃO:               | Operação de farto das  |                    |                    |
| DIAGNÓSTICO DO OPERATÓRIO:      |  |                    |                    |
| RELATÓRIO MÓDULO DA PATHOLOGIA: | PACIENTE ATENDIDO PELO SUS<br>NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO<br>CUJAS DESPESAS FORAM<br>COBRADAS AO SUS |                    |                    |
| EXAME RADIO DO CONOATO:         |  |                    |                    |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:    |  |                    |                    |

|  |                              |  |  |
|--|------------------------------|--|--|
| RELATÓRIO DE OPERAÇÃO  |                              |  |  |
| VIAS DE ACESSO E TÉCNICA-1- SADIM-5-DRENAGEM-5-TURA-MATERIAL-EGADO-ASPECTO - VÍCERAS |                              |  |  |
| 1  | Anoplastia rectal pro procto |  |  |
| 2  | Adutoras do campo            |  |  |
| 3  | Ressecção exérante de farto  |  |  |
| 4  | In curvo colostomia          |  |  |
| 5  | Cirurgia                     |  |  |

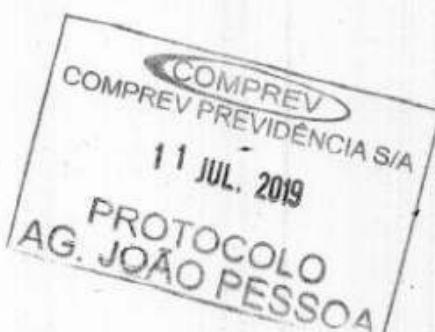
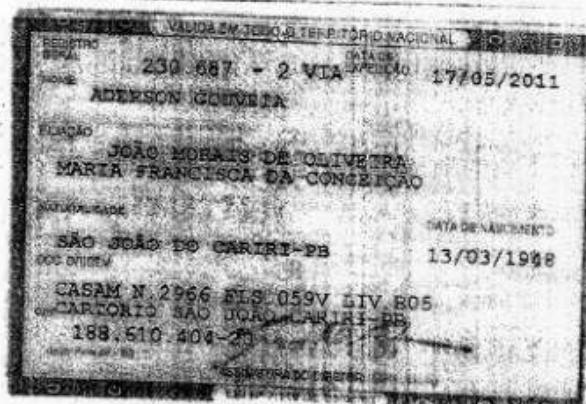






Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 14:30:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120214303077300000035663256>  
 Número do documento: 20120214303077300000035663256

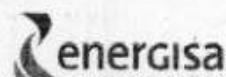
Num. 37375502 - Pág. 32



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é expediente da conta.

Recomendação para pagamento da nota fiscal/conteúdo de energia elétrica - N° 026.449.718



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

## 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](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 PARAÍBA 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

Num. 37375502 - Pág. 34

## 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 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> |                       |



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. 35

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Beneficiário/Vítima

Nome: Daniel Barbara Oliveira

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro

Identidade: 2452593 CPF: 041.925.884-12

Endereço: Rua José Pereira de Melo N° S/N

Bairro: CENTRO Cidade: 66000-000 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 ( corgeiros, 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 medico, 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 Barbara Oliveira

Assinatura do Beneficiário / Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)



## 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

**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** DANIEL BARBOSA OLIVEIRA

### 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



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. 37

## 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

### 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE RAMOS DE ARAUJO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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. 38



()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE 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 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/ZhqID02076qND04tSapi_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>)



(<https://http://www.seguradoralider.com.br/Processo/ConsultarProcesso.aspx?ProcessoId=101&SiteId=1>)  
I%C3%ADder-  
dpvat)

## 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-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 incidiu 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](http://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

Num. 37375504 - Pág. 1

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

Num. 37375504 - Pág. 2