

## U

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** JOSE TIBURTINO ARAUJO, brasileiro, solteiro, vigilante, portador da cédula de identidade registrada sob o n.º 2806022 - SSP/PB, inscrito no CPF sob o n.º 044.277.534-26, residente e domiciliada à Rua Luiz Romualdo da Silva, s/nº, apto. 102, bairro do Geisel, cidade de João Pessoa - PB, CEP: 58077-032.

**OUTORGADO:** RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o n.º 21.549, e que pode receber intimações na Rua Professor Oswaldo de Miranda Pereira, n.º 1176, bairro do Brisamar, cidade de João Pessoa/PB, (83) 9 8892-1412.

**PODERES:** Os da cláusula "*ad judicia et extra*", para o foro em geral, com poderes expressos e especiais, para representar os interesses do outorgante acima nominada na obtenção do Seguro DPVAT, podendo fazê-lo em qualquer instância administrativa e/ou judicial que se faça necessário, podendo desistir, renunciar direitos, conciliar, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber cheque, alvará, numerário, sempre passando a respectiva quitação, propor execução, habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumário, ação rescisória, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para o fins do disposto no artigo 359 do Código de Processo Civil, podendo ainda requerer ao juiz da causa o desmembramento e/ou a retenção do percentual devido à título de honorários advocatícios convencionados em instrumento particular autônomo; autorizado também o direito de substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

João Pessoa - PB, 16 de outubro de 2017.

*JOSE Tiburtino Araujo*  
JOSE TIBURTINO ARAUJO  
OUTORGANTE



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOSE TIBURTINO ARAUJO**  
Nº Sinistro: **3170629119**  
Vitima: **JOSE TIBURTINO ARAUJO**  
Data do Acidente: **25/04/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170629119**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12050785





()



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 ao beneficiário. O prazo para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3170629119 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE TIBURTINO ARAUJO

**COBERTURA** Invalidez

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

**BENEFICIÁRIO** JOSE TIBURTINO ARAUJO

**CPF/CNPJ:** 04427753426

**Posição em 25-11-2019 18:47:43**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/06/2018	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/YntvZ3QJPMw0W1O37ccapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4G4DkbZ8rGn5CVW33KS5KPU="></a>
28/12/2017	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/GrE__U86zNyzVmt3+NQapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4G4DkbZ8rGn5CVW33KS5KPU="></a>
28/12/2017	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/cm61QBTELn4Tcmi1Hapi_key=QQnlz67zcRTIHfCuBYpn4G4DkbZ8rGn5CVW33KS5KPU="></a>

**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://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Indenizacao/IndenizacaoOficial/>)

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

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)



## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

**IDENTIFICAÇÃO**  
 VITIMA Jose Tiburcio Almeida  
 DATA DO ACIDENTE 25/10/2017 CPF DA VITIMA 044.277.534-26  
**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
 A VITIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Louiz Romualdo da Silva  
 N° 519 COMPLEMENTO Aptº 102 BAIRRO Genival  
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58077-032  
 E-MAIL \_\_\_\_\_  
 TELEFONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE DUT

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 LAUDO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML  
 (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE  
 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 \* Morte = R\$ 13.500,00  
 \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE 15000

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA Xapaudu Tukum da

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02036.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02036.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:24 horas do dia 08 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu José Tiburtino Araújo, CPF nº 044.277.534-26, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Neuza Araújo Souza Tiburtino e Tiburtino Araújo, natural de Olho D'água/PB, nascido(a) em 28/01/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Romualdo da Silva, Nº 99, complemento APART. 102 - ED. QUATRO LARES, bairro Cuiá, tendo como ponto de referência Posto Cajueiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98747-0010.

#### Dados do(s) Fatos:

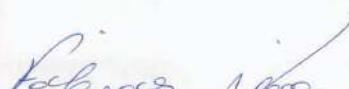
Local: Rua Luiz Romualdo da Silva, Próximo Ao Posto Cajueiro, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/04/17 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

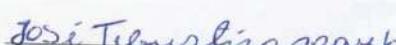
#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN, PRETA, 2008/2008, PLACA MOI8386/PB, CHASSI 9C2JC30708R653276, registrada em nome do noticiante, quando ao desviar de um CARRO não identificado que parou repentinamente à sua frente o noticiante acabou batendo no meio-fio, perdendo o controle da moto e caindo ao solo, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ GUTEMBERG C. DE LIMA, CRM 1738, DATADO DE 27/04/2017, DA ORTO CLÍNICA- CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE; Informa que após o acidente foi socorrido por seu primo, em veículo particular, para o Hospital Samaritano.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de novembro de 2017.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigacao

  
JOSÉ TIBURTINO ARAÚJO  
Noticiante

Procedimento Policial: 02036.01.2017.1.00.420

1/1



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSÉ TIBURCINO ARAÚJO, portador da carteira de identidade nº 2806022 SSP/PB e inscrito no CPF nº 044.277.534-26, residente e domiciliado na RUA LUIZ ROMUALDO DA SILVA, S/Nº, APTO. 102, BAIRRO DO GEISEL, JOÃO PESSOA/PB, CEP: 58077-032, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X José Tiburcino Araújo

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação  
PIP Raphael Tavares de Lima

JOÃO PESSOA-PB, 01 de NOVEMBRO DE 2017

Local e data





### Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico

Etiqueta de identificação do paciente	Paciente: <u>Jose Tiburtino</u>	Data: <u>25/4/17</u>
	Nome da Mae:	Convênio:
	Cirurgião:	2ª Cirurgião:
	3ª Cirurgião:	Anest.
	Cirurgia: <u>rat - varic</u>	Origem: <u>600</u>

### ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO

Procedência: <input type="checkbox"/> Recepção <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Enfermaria <input checked="" type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> UTI
Prótese dentária: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Jejum: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso de Medicações: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:
Alergias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual:
Morbidades: <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outros:

### EVOLUÇÃO NA SALA CIRÚRGICA

Punção Venosa: <input checked="" type="checkbox"/> Periférica MS <input type="checkbox"/> Subclávia <input type="checkbox"/> Dissecção Venosa <input type="checkbox"/> Jugular
Posição do Paciente no Trans-Operatório: <input checked="" type="checkbox"/> Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Lateral E/D <input type="checkbox"/> Ginecológica
Sondagem Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nº <u>2</u> Vias 3 <input type="checkbox"/> 3 vias c/irrigação
Tipo: <input type="checkbox"/> Demora <input type="checkbox"/> Alívio
Presença de Diurese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo de Anestesia: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Raquianestesia <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Geral Venosa
Destino: <input type="checkbox"/> Apto <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Alta Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> URPA Hora da Saida: <u>21:20</u> hs

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

19:20 Paciente admitido no B.C. → submete-se a fratura de radio, sob efeito de anestesia geral. Pós ferimento do procedimento encontra-se intercorrente, paciente encalhado p/ apto.

*refeitura*  
Assinatura do Enfermeiro (a)  
COREN



**Hospital Samaritano**

REGISTRO: 4521283  
NOME: JOSÉ TIBURTINO ARAUJO  
DN: 210000000000000000  
MAE: NEUZA ARAUJO SOUZA TIBURTINO  
INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: FRACTURA DE RÁDIO DISTAL  
CONVENIO: PARTICULAR/PACOTE  
DATA: 25 / 04 / 2017

**AS DE CIRURGIA**

Paciente: \_\_\_\_\_

Atendimento: Cirúrgico

Convênio: Pacote

Cirurgia: Fratura de rádio distal

Cirurgião: Dr. José Guteberg

Sala: 08 Data: 25/10/17

Circulante de sala (não rubricar): Neto + Nadja

25.04.17 02 Data do Processo Data de Validade 02.04.17 No. do Operador 1601 tyrex	16:5 Data do Processo Data de Validade 22.04.17 No. do Operador 29.04.17 tyrex	200417 02 Data do Processo Data de Validade 20.04.17 No. do Operador 1701 BROWNE
200417 02 Data do Processo Data de Validade 20.04.17 No. do Operador 1701 BROWNE	25.04.17 02 Data do Processo Data de Validade 02.05.17 No. do Operador 1601 tyrex	
<p><del>25/10/17</del> Cirurgia 25/10/17</p> <p>02/10/17 25/10/17</p> <p>25/10/17 25/10/17</p> <p><del>25/10/17</del> Cirurgia 25/10/17</p>		



Bloco Cirúrgico

Paciente: Jose Tiburcio Arguio | Convênio: pacote  
 Cirurgia: Fratura de radio Dosal | Data: 25/10/17  
 Cirurgião: Dra. Jose Gutemberg | Anestesista: Dra. Aurélia Estrela  
 Auxiliar 1: 01 | Anestesia: bloqueio de plexo + Sedacor  
 Auxiliar 2: 01 | Circulante: Flávio e Neto  
 Instrumentador: Adriano | Idade: 27 anos

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	III 03	Droperidol	Nimium
Adrenalina		Etomidato	Transamim
Aminofilina		Efedrina	Tramal 50mg
Amicacina		Fenergan	Tracrium
Atropina		Fentanil 2ml	01 Novabupi 0,5 c/v
Bextra 40mg		Fentanil 10ml	01 Novabupi 0,5 s/v
Buscopam Composto		Flagyl 500mg	Nubalm
Buscopam Simples		Fenitoína	Omeprazol
Brycanil		Flumazenil	Oxacilina 500mg
Clonidina		Gentamicina	Pavulon
Cipro 200mg		Glicose 50%	Plasil
Duo Decadron		Hidrocortisona	Precedex
Dimorf 0,2mg		Kefilim 1g	Profenid
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	Propofol
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin	Prostiguimine
Dexametasona mg		Kolagenase Pomada	Quelicim mg
Dipirona Sódica		Lasix	Rapifen
Dosal		Liquemine	Ranitidina
Dormonid	01	Narcan	Rocefin 1g
Diazepan		Nausedron	Telebrix

SOLUÇÕES			
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml		Soro Ringer c/ Lactato	02 PVPI Degermante
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	01	Água Destilada 1L	PVPI Tintura
Soro Fisiol. 0,9% 250ml		Purisole	PVPI Tópico
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol	Álcool 70% -1000ml
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven	

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Aguilha 13x4,5G		Conexão 2 vias	01 Luva de Procedimento
Aguilha 25x7G	01	Dreno Penrose 1	05 Luva 7,0
Aguilha 40x12G	02	Dreno Penrose 2	02 Luva 7,5
Aguilha Raqui 25G		Dreno Penrose 3	01 Luva 8,0
Aguilha Raqui 26G		Dreno Succção 3,2	01 Luva 8,5
Aguilha Raqui 27G		Dreno Succção 4,8	01 Lâmina Bisturi 11
Aguilha Peridural 16G		Dreno Succção 6,4	01 Lâmina Bisturi 15
Aguilha Peridural 17G		Dreno Tórax 32	01 Lâmina Bisturi 24
Aguilha Peridural 18G		Dreno Tórax 36	05 Máscara Descartável
Aguilha de Bloqueio Plexo	1	Dreno Tórax 38	Propé
Jelco 14G		Espandrapo 20cm	Seringa 1ml
Jelco 16G		Eletrodos	05 Seringa 3ml
Jelco 18G		Equipo Macrogotas	01 Seringa 5ml
Jelco 20G	01	Equipo Microgotas	02 Seringa 10ml
Jelco 22G		Escova degermante	04 Seringa 20ml
Jelco 24G		Gorro Descartável	04 Seringa 60ml
Atadura Crepom 15cm	04	Gaze Pacote	06 Sonda Foley 3v 18
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan	Sonda Foley 3v 20
Atadura Gessada	0	Surgicel	Sonda Foley 3v 22
Coletor Sist. Aberto		Intracath	Sonda Foley 2v 12
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen	Sonda Foley 2v 14
Cateter Nasal	01	Filtro bacteriológico	Sonda Foley 2v 16
Cateter Peridural 16		Capa VDL	Sonda Foley 2v 18

EQUIPAMENTOS			
Aspirador		Capnografo	Fonte de Luz
Bisturi Elétrico		CO2	Monitor
Bomba de Infusão		Oxigênio	Respirador
Carro de VDL		Nitrogênio	Oxímetro

Vivianne Cardoso de Almeida  
 Enfermeira  
 COREN-PB 295669







R= 4521283

60  
particular

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 25/06/2012

Paciente: 104 Tiduzino d'Anjo  
Clinica: ORTOPÉDIA Apt: 60 Convênio: Renacar

OED	AGENTE TERAPÊUTICO / QUANTIDADE / VIA	HORÁRIO
25/06/12	① Dalt. livre	SND
	② Sos flut. 17 - 1500/18 00	
	③ Cefaclor 1000 05 11 EU d 6/6/12	
	④ Tilt. 61 400g - 1 - 8/03 01 EU d 12/12/12	
	⑤ Difus 2,0cc EU 05	
	⑥ Venfusas corantes diluição de extremid. d decol	
	Prescrição de alta	
		Dr. Káio Fernandes Ortopedista CRM: 8964
26/06/12	alta	Dr. Káio Fernandes Ortopedista CRM: 8964
MÉDICO:	Dr. José Gutenberg C. de Lima Especialista em Ortopedia Total de Joelho e Quadril CRM: 3723	SEPARADO POR:
CRM:		





Hospital Samaritano

**CENTRO CIRÚRGICO – FICHA DE CIRURGIA**

**FICHA DA CIRURGIA**

Paciente:

*José S. de Lima*

Idade:

Sexo:

Sala:

Data:

Convênio:

**SUMÁRIO CLÍNICO**

*Fratura epifisaria e  
instabilidade do joelho  
com luxação*

**EQUIPE CIRÚRGICA**

Cirurgião: *José Guterres C. de Lima*

1º. Auxiliar: *✓ + 251*

2º. Auxiliar: *✓ + 251*

3º. Auxiliar: *✓ + 251*

Anestesista: *Surílio Costa*

Instrumentador(a): *Adriano*

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

Data da Cirurgia: *25/04/2017* Hora Inicial: *19:30* Hora Final: *21:30*

Tipo de Cirurgia: *Relevo e osteosíntese de joelho*

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fratura epifisaria e luxação*

Tipo de Anestesia: *anestesia geral*

Risco Cirúrgico: *Baixo risco de lesão*

Intercorrenças Cirúrgicas: *nenhuma*

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

- (1) Dissecção e anestesia de joelho
- (2) Deslocar PCL e capsula articular
- (3) Deslocar menisco da articulação
- (4) Fixação de fratura epifisaria
- (5) Anel e ferida fechada





Ficha de Evolução Clínica

Paciente: José Fisurino da Costa  
Leito: Paulo Convênio: Paulo Setor: ORTOP

DATA	
25/09/12	RT suscitação reumática com febre de 38,5°C e dor articular. A dor é intensa e generalizada, com envolvimento de joelhos e quadril. O paciente relata dor ao movimento e fadiga. O tratamento é iniciado com analgésicos e fisioterapia. (Assinatura: Dr. José Gutemberg C. de Lima)
	Dr. José Gutemberg C. de Lima Especialista Artroplastia Total de Joelho e Quadril CRM - 1738

	06/04/2013 set. Habil
	Dr. José Gutemberg C. de Lima Especialista Artroplastia Total de Joelho e Quadril CRM - 1738





**ORTOCLÍNICA**  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,  
Artroscopia Joelho / Ombro  
Reumatologia, Fisioterapia  
Raios-X, Cirurgia do Quadril e  
Oncologia Ortopédica.



ORTOCLÍNICA  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,  
Artroscopia Joelho / Ombro,  
Reumatologia, Fisioterapia  
Ratos-X, Cirurgia do Quadril  
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz  
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho  
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima  
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite  
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo  
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes

Dr. Diego José Lopes de Lima  
CRM 7487

Dra. Maria Roberta P. Melo  
CRM 7883

Dra. Andreia Hattori Nasrala  
CRM 10582

Dra. Verônica Queiroz  
CRM 18276-F

Dra. Carolina Queiroz  
CRM 81673-F

Dr.ª Jannaina Henriques  
CRM 21644-F

REFITTO 21644-F

25/04/17 em  
a aula de noite

Família e  
Brasil

R. Wandick Filgueiras, 105 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04  
Fones: (83) 3224-1452/3224-5518  
Site: [www.ortoclinicpb.com.br](http://www.ortoclinicpb.com.br) | E-mail: [cis.ortoclinic@uol.com.br](mailto:cis.ortoclinic@uol.com.br)

Dr. **Wandick Migueletas, 185 - Tambauzinho - CEP 58040-2310 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04-  
E-mail: [cis.ortodincliapc.com.br](mailto:cis.ortodincliapc.com.br) - Site: [www.ortodincliapc.com.br](http://www.ortodincliapc.com.br)**





**DETRAN**

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PB** N° 013746876787  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 20170000278144 EXERCÍCIO  
1 0097445103-7 00/00000000 2017

NOME: JOSE TIBURTIINO ARAUJO

OFFICINA: 04427753426 PLACA: MO18386/PB

PLACA ANT/UE: NOVO PB CHASSI: 9C2JC30708R653276

SPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CAP/POV/CI: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA UNICA: IPVA PAGO EM: 00/00/0000 VENC. COTA UNICA: 1º FAIXA IPVA: PARCELAGEMTO/COTAS: 2º 3º

IPVA: \*\*\*\*\* 0

PREMIO TARIFARIO (R\$): IOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 31/07/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTO SEGURO  
NÃO VALÍDO PARA TRANSFERIR CIA

JOAO PESSOA-PB LOCAL: 31/08/2017 DATA: 7003781

41947

**DETRAN**

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIAS TERRESTRES OU POR SUA CARGA/ APESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

**PB N° 013746876787 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 31/08/2017

VIA: 1 CPF / CNPJ: 04427753426 PLACA: MO18386/PB

RENAVAM: 00974451037 MARCA / MODELO: HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB: 2008 CAT. FABRIC: 9 N.º CHASSI: 9C2JC30708R653276

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$): *****	DENATRAN (R\$): *****	CUSTO DO SEGURO (R\$): *****
CUSTO DO BILHETE (R\$): *****		
IOF (R\$): SEGURADO		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): PAGO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO

PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO: 31/07/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
7003781-0915461-20170831

AGO-2017





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

049.277.534-26

Nome completo da vítima

José Tiburtino Anauy

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Tiburtino Anauy	CPF titular da conta	049.277.534-26	Profissão	Recurso
Endereço	Rua Luiz Romualdo Iba Silva	Número	51	Complemento	Apto 102
Bairro	Geisel	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email				Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

D/V

0617

CONTA

NRO.

21403

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

(Informar dígito se existir)





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raphael Tibúrcio de Lima Moura inscrito (a) no CPF 090.542.034-198 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Tibúrcio Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.277.534-26, do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima José Tibúrcio Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.277.534-26, 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	AUA PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA	Número	1176	Complemento	CASA
Bairro	BRASÍAMAR	Cidade	JOÃO PESSOA	Estado	PB
Email	RAPHAEL.TIBURCIO.MOURA@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD)	(83)98892-1412	Telefone celular (DDD)	(83)98628-0421

JOÃO PESSOA 27 de OUTUBRO de 2017  
Local e Data

X Raphael Tibúrcio de Lima Moura  
Assinatura do Declarante



**Carrefour**  
soluções financeiras



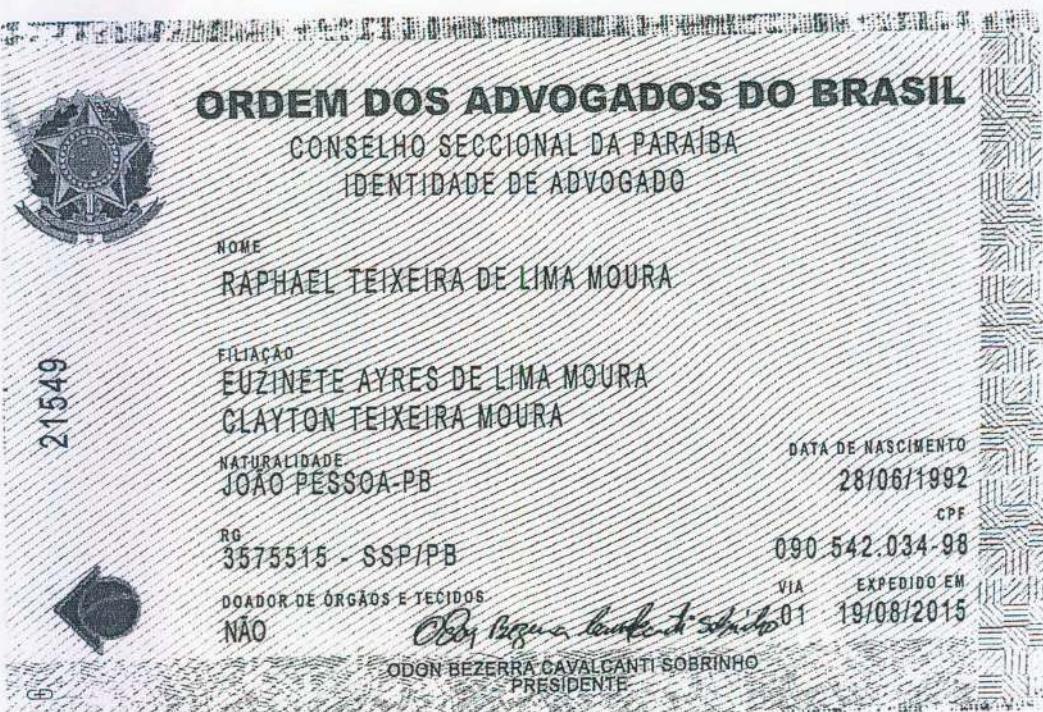
CTC RECIFE PE PL12  
RAPHAEL MOURA  
R PROF OSVALDO MIRANDA PEREIRA, 1176 CASA  
BRISAMAR  
58033-410 JOAO PESSOA-PB

55521 - 00000010949  
DATA DE POSTAGEM: 21/09/2017



7210190783555216691489233730210917





## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ TIBURTINO ARAÚJO

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSAO: VIGILANTE Nº DO RG: 041.206.758-47

ORGÃO EMISSOR: DETRAN/PB DATA DE EMISSÃO: 10/11/2016

Nº CPF: 044.277.534-26 ENDEREÇO: AV. LUIZ OMARALDO

DA SILVA, S/Nº, APTO. 102, BA.RÃO DO GEISEL, JOÃO PESSOA/PB  
CEP: 58077-032

OUTORGADO: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSAO: ADVOGADO Nº DO RG: 91549

ORGÃO EMISSOR: OAB/PB DATA DE EMISSÃO: 19/08/2015

Nº CPF: 090.542.034-98 ENDEREÇO: AV. PROFESSOR OSWALDO

DE MIRANDA PEREIRA, 1176, BRESAMAR, JOÃO PESSOA/PB  
CEP: 58033-410

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário JOSÉ TIBURTINO ARAÚJO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA-PB , 01 de NOVEMBRO de 2017.

X José Tiburtino Araújo  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.





**ORTOCLÍNICA**  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,  
Arroscopia Joelho / Ombro,  
Reumatologia, Fisioterapia,  
Raio-X, Cirurgia do Quadril e  
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz  
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho  
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima  
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite  
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo  
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes  
CRM 4290

Dra. Maria Roberta P. Melo  
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasralla  
CRM 10582

Dr. Verônica Queiroz  
CREFITO 18276-F

Dr. Carolina Queiroz  
CREFITO 81673-F

Dr. Jannaina Henriques  
CREFITO 21644-F

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3224-4452 / 3224-0855 - Fax: (83) 3244-5218

Site: [www.ortoclinicab.com.br](http://www.ortoclinicab.com.br) - Email: [cls.ortoclinica@uol.com.br](mailto:cls.ortoclinica@uol.com.br)

Dr. José Gutemberg C. de Lima  
Especialista Artroplastia Total  
de Joelho e Quadril



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DE  
ANESTESIA/SEDAÇÃO

Declaro, para fins legais, conforme segue:

01. Que estou ciente do fato de que, em data de \_\_\_\_\_, estarei submetendo-me a procedimento anestésico/sedativo de \_\_\_\_\_, junto ao Hospital \_\_\_\_\_ a ser realizado pelo Médico Anestesista \_\_\_\_\_ ou qualquer outro membro de

Dr. \_\_\_\_\_ sua equipe de Anestesia, a fim de possibilitar a realização da cirurgia/tratamento de \_\_\_\_\_

02. Declaro ainda que tive total e integral conhecimento dos fatores que envolvem o ato anestésico/sedativo em questão, através de explanação que me foi prestada pelo Médico e/ou integrante de sua equipe, tendo tido oportunidade de receber esclarecimentos, informações e tudo o mais necessário à minha perfeita compreensão de todos os aspectos ligados ao ato anestésico/sedativo a que me submeterei.

03. Declaro também expressa ciência de que o Médico Anestesista exerce atividade do meio, através da qual obriga-se a prestar seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e diligência em busca de seus objetivos, não se responsabilizando, todavia, se não os alcançar.

04. A fim de prevenir e afastar eventuais problemas declaro também que prestei ao Médico Anestesista todas as informações necessárias ao pleno conhecimento deste acerca de minhas condições físicas e psicológicas, visando a anestesia/sedação, em especial através do preenchimento da "Ficha de Exame/Avaliação Anestésica" anexa, sem ocultar qualquer fato ou elemento. Todavia, em se tratando de procedimento médico, restam presentes os riscos inerentes e naturais ao ato anestésico/sedativo.

05. Declaro mais que meu internamento no Hospital em questão deu-se por minha livre e espontânea vontade, tendo conhecimento que o Médico Anestesista apenas se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade que desenvolverá, não se obrigando e/ou responsabilizando pela qualidade dos serviços que serão prestados pela instituição hospitalar ou por outros profissionais que participem do ato cirúrgico bem como do tratamento/internamento em geral.

06. Peço autorização se necessário, para o cliente participar de um estudo para determinar para uso de dados para pesquisa acadêmica, desde que aprovada pelo comitê de ética e pesquisa.

A presente Declaração foi por mim lida e compreendida em todos os seus termos.

Assinatura do Paciente ou Responsável: José Wilson da Silva de Oliveira

Assinatura do Anestesiologista: DR. JOSÉ WILSON DA SILVA DE OLIVEIRA

Testemunhas:

F(NG). ASCIR. 022-1



Scanned by CamScanner

Num. 27286464 - Pág. 1



---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE TIBURTINO ARAUJO  
Nº Sinistro: 3170629119  
Vitima: JOSE TIBURTINO ARAUJO  
Data do Acidente: 25/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170629119**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Pag. 00327/00328 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050164  


A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12050347

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE TIBURTINO ARAUJO**

Nº Sinistro: **3170629119**  
Vitima: **JOSE TIBURTINO ARAUJO**  
Data do Acidente: **25/04/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170629119**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Pag. 00287/00288 - carta\_16 - INVALIDEZ

00010144  


Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12904179





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DA CAPITAL**

---

**1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA**

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB  
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

**ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0812000-49.2019.8.15.2003**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSE TIBURTINO ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, *juntar a simulação da guia de custas*, e documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018.

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2020.

ANARISOLETA FAUSTINO DINIZ TOSCANO DE FRANCA  
Técnico Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DA CAPITAL**

---

**1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA**

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB  
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

**ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0812000-49.2019.8.15.2003**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSE TIBURTINO ARAUJO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, *juntar a simulação da guia de custas*, e documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018.

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2020.

ANARISOLETA FAUSTINO DINIZ TOSCANO DE FRANCA  
Técnico Judiciário



Segue, em anexo, Petição e Documentos em PDF.



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DA 1<sup>a</sup> VARA  
REGIONAL DE MANGABEIRA - COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB**

**Processo nº: 0812000-49.2019.8.15.2003**

**JOSÉ TIBURTINO ARAUJO**, devidamente qualificado nos autos do processo mencionando em epígrafe, vem à presença de vossa Excelência, por intermédio do advogado infra-assinado, em observância ao **ato ordinatório encontradiço no id.27388730**, no afã de **REQUERER** a este d. juízo, a juntada aos autos da simulação das custas processuais, da declaração de hipossuficiência, bem como, da CTPS do promovente - que demonstra sua última assinatura no ano de 2009.

Da análise da referida documentação, se percebe, Excelência, que até o presente momento, encontra-se o autor ainda sem emprego fixo, onde o mesmo sobrevive fazendo “bicos” (quando aparecem) e, portanto, faz jus ao pedido de gratuidade pleiteado na inicial, já que resta **demonstrada a sua hipossuficiência para arcar com o pagamento das vultuosas custas processuais no importe de R\$ 1.245,71** (hum mil, duzentos e quarenta e cinco reais e setenta e um centavos).

Assim, roga que este direito, garantido legalmente ao autor, não lhe seja negado, uma vez que, a renda adquirida pela sua família é escassa, sendo imperioso reforçar, que o autor não tem condições de arcar com as custas do processo, **REQUERENDO** assim, **o deferimento de concessão dos benefícios da gratuidade judicial e o prosseguimento do feito.**

Termos em que pede, confia e aguarda deferimento.  
João Pessoa – PB, 11 de fevereiro 2020.

**RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA**  
**OAB/PB Nº 21.549**

**DÉBORA EDUARDA LINS ARAUJO**  
**ESTAGIÁRIA**

Rua Professor Oswaldo de Miranda Pereira, nº 1176 – Brisamar – João Pessoa/PB  
raphaelteixeiramoura@gmail.com - (83) 98892-1412



***Declaração de Hipossuficiência  
de Recursos Financeiros***

**JOSE TIBURTINO ARAUJO**, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da cédula de identidade registrada sob o n.º 2806022 – SSP/PB, inscrito no CPF sob o n.º 044.277.534-26, residente e domiciliada à Rua Luiz Romualdo da Silva, s/nº, apto. 102, bairro do Geisel, cidade de João Pessoa – PB, CEP: 58077-032., declara, para todos os fins de direito, que, atualmente, está sem condição econômico-financeira de arcar com as despesas processuais, nos termos do art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil de 2015.

João Pessoa – PB, 10 de fevereiro de 2020

joão tiburtino araujo

**JOSE TIBURTINO ARAUJO**



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 54059 Série 00025-A3



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

a. José. Líbano. Lima. Matuto  
ASSINATURA DO PORTADOR



ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei).

(Aresto médico, alteração do contrato do trabalho, re-  
gisistros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

O período destas, foi admitido a  
mão de experiência por Al dias  
conforme consta o assinado, podendo  
ser prorrogado por mais Al dias,  
São Paulo, Al de Al de Al

BAR DANCE ERIA DODE CLUB

DANG NG LTD.

THE HISTORY OF THE CHINESE IN AMERICA

卷之三

卷之三

卷之三



## ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

(Atestado médico, alteração do contrato de trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

## ANOTAÇÕES GERAIS





- [Base legal](#)
- [Perguntas Frequentes](#)

[Emitir GuiaCustas Prévias 1º Grau](#)

[Emitir GuiaCustas OcasionaisDiligências / Porte](#)

[Emitir GuiaCustas de Recursos](#)

[Emitir GuiaCustas de Ação Originária 2º Grau](#)

[Emitir GuiaCustas Finais](#)

[ConsultarGuiaGuia Emitida](#)

[≡ MENU](#)

- [Emitir guia de custas prévias \(1º grau\)](#)
- [Emitir guia de custas ocasionais \(Diligência/Porte\)](#)
- [Emitir guia de custas de recursos](#)
- [Emitir guia de custas de ação originária \(2º grau\)](#)
- [Emitir guia de custas finais](#)
- [Consultar guia \(emitida\)](#)

Emitir GuiaCustas Prévias 1º Grau

- [Emitir Guia](#)
- [Consultar Guia](#)
- [Consultar Protesto](#)

Emitir GuiaCustas Prévias 1º Grau

- [Emitir Guia](#)
- [Consultar Guia](#)
- [Consultar Protesto](#)

## Etapa 5/5 - Resumo da Guia [?](#)

Guia de Custas Ocasionais (Processo: 0812000-49.2019.8.15.2003)

Os valores apresentados em reais podem sofrer alteração conforme a mudança no valor da UFR  
Dados Gerais

Tipo da Guia:

Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita

Processo:

[0812000-49.2019.8.15.2003](#)

Número de Parcelas:

1x

Valor Total (Sem desconto):

R\$ 1.245,71 (24,18385 UFR )

Desconto:

R\$ 0,00 (0 UFR )

Valor Final (Com desconto):



R\$ 1.245,71 (24,18385 UFR )

Componente	Valor
Custas Judiciais 1º Grau	R\$ 1.030,20 (20 UFR )
Taxa Judiciária	R\$ 202,50 (3,93128 UFR )
Despesas Postais	R\$ 13,01 (0,25257 UFR )

[Voltar](#)

[Emitir Guia](#)



**PROCESSO NÚMERO - 0812000-49.2019.8.15.2003**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S):** [SEGURO]

**AUTOR: JOSE TIBURTINO ARAUJO**

Advogado do(a) AUTOR: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA - PB21549

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

---

## **DESPACHO**

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu os benefícios da justiça gratuita.

No caso dos autos, o autor é vigilante e declarou não dispor de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, juntando aos autos cópia de sua CTPS (ID 28167837); já o valor das custas processuais (ID 28167838) é de R\$ 1.245,71 (um mil, duzentos e quarenta e cinco reais e setenta e um centavos).

Com efeito, tal afirmação feita pelo promovente goza de presunção de veracidade e somente pode ser afastada mediante prova inequívoca em contrário. Portanto, se mostra possível, no caso vertente, a concessão da assistência judiciária gratuita.

Assim, os elementos constantes nos autos demonstram condições pessoais suficientes para o deferimento da gratuidade judiciária ao suplicante, razão pela qual DEFIRO O BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA à parte autora, nos termos do art. 98, do CPC.

Por outro lado, o art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Ora, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuia. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas rerepresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

A experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

De outra banda, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, designada para a mesma data, com o grau de invalidez estabelecido no laudo respectivo, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação, prescindindo, inclusive, da formação do contraditório.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Desta feita, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.



Cumpre-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

**Juíza de Direito**



**PROCESSO NÚMERO - 0812000-49.2019.8.15.2003**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S):** [SEGURO]

**AUTOR: JOSE TIBURTINO ARAUJO**

Advogado do(a) AUTOR: RAPHAEL TEIXEIRA DE LIMA MOURA - PB21549

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

---

## **DESPACHO**

Vistos.

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu os benefícios da justiça gratuita.

No caso dos autos, o autor é vigilante e declarou não dispor de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, juntando aos autos cópia de sua CTPS (ID 28167837); já o valor das custas processuais (ID 28167838) é de R\$ 1.245,71 (um mil, duzentos e quarenta e cinco reais e setenta e um centavos).

Com efeito, tal afirmação feita pelo promovente goza de presunção de veracidade e somente pode ser afastada mediante prova inequívoca em contrário. Portanto, se mostra possível, no caso vertente, a concessão da assistência judiciária gratuita.

Assim, os elementos constantes nos autos demonstram condições pessoais suficientes para o deferimento da gratuidade judiciária ao suplicante, razão pela qual DEFIRO O BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA à parte autora, nos termos do art. 98, do CPC.

Por outro lado, o art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Ora, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuia. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas rerepresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

A experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

De outra banda, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, designada para a mesma data, com o grau de invalidez estabelecido no laudo respectivo, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação, prescindindo, inclusive, da formação do contraditório.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Desta feita, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.



Cumpre-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

**Juíza de Direito**

