





PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL - PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192  
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USG 07



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA:

21/07/17

OCORRÊNCIA Nº

159

PACIENTE:

Daniel Araújo da Silva

SUS: 161294441930018

IDADE

19

SEXO

☒ MASC. ☐ FEM.

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Rua Manoel Valsalino plaus. BO

BAIRRO

Centros

MÉDICO REGULADOR

Dr. Carlinhos

APOIO NO LOCAL:

☐ PM

☐ RESGATE / BOMBEIROS

☐ RESGATE PRF

☐ CPTRAN

☐ SITRANS

☐ OUTRO

QTA. ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS

☐ RECUSOU ATENDIMENTO

☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO

☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO

☐ OUTRO

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÁNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINCO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENINGEAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

SABEM SEGURODORA S/A

DESTINO DO PACIENTE

SERVIÇO MÉDICO:

HRPI

RESPONSÁVEL:

Dr. Francinello Freitas  
Médico  
CRM-PB 9503  
CNS 2404573057800

FUNÇÃO

22 SET 2017

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO

☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE

☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO:

RECEBIDO

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Suporte vital - contusões em tórax e abdômen. Dor em  
MSD e MIF

ADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mmHg ☐ <90mmHg

P.A.: 120 x 90 mm/dl FC: 129 FR: 22 TEMP: 36 °C GLUCEMIA: 106 mdL Esc. Coma: 95

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade, Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída, Comunicação Verbal Prejudicada, Confusão Aguda, Deambulação Prejudicada, Dóbito Cardíaco Diminuído, Desobstrução Ineficaz das VVAA, Disreflexia Autônoma, Dor Aguda, Hipertermia, Hipotermia, Integridade de Pele Prejudicada, Integridade Tissular Prejudicada, Medo, Intolerância à Atividade, Mucosa Oral Prejudicada, Padrão Respiratório Ineficaz, Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz, Perfusion Tissular Cardíopulmonar Ineficaz, Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz, perfusion tissular Renal Ineficaz, Termorregulação ineficaz, Troca de gases prejudicada, Ventilação espontânea prejudicada, Volume de líquidos deficiente, Volume Excessivo de Líquidos, Náusea, Retenção Urinária, Recepção Sensorial Perturbada, Hipertermia Social Prejudicada, Incontinência intestinal, Eliminação urinária prejudicada, Constipação, Outros

INTERVENÇÕES

Imobilização de membros, curativos, venoclise em MSD e  
medicações EV.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Vítima de acidente motorciclístico, consciente e orientado, apresenta  
trauma torácico contuso contusões em MSD e MIF, dor supracostal e em  
abdômen, dor de dor em MSD e MIF, trauma mobilizada dos  
membros e de vitima, curativos dos membros, após venoclise  
e medicações EV, o mesmo foi encaminhado ao HRPI.



## MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Gazes  
Atadura  
Biquinho (1)  
Folha nº 22 (1)  
Folha nº 20 (1)  
Seringa 10 ml (1)

Medicamentos  
SRH (1)  
Tilatil (1)  
A.D. (1)



E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

## EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTARRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

## EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO  
OUTROS: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

## DIAGNÓSTICOS

## PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂMULA OROFARINGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA ☐ RESPIRADOR  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA  
☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ S. VESICAL  
SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL ☐ TALAS/TRACÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

## TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

SRH 500 ml EV  
Paracetamol 400 mg e AD EV

## EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

## ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O  
ATENDIMENTO ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

## POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA  
(CABEÇA)

## RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_  
ENFERMEIRO(A): Graciele COREN: 258945 MAT.: \_\_\_\_\_  
AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Luciana COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_  
CONDUTOR: João CNH: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

945,00

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

CLIENTE: DANIEL ARAUJO DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02542-9

CONTA: 000000121861-1

Nr. Autenticação

BRADESCO310320200500000000002370254200000012186194500 PAGO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Araújo de Lima,

RG nº 10.353.711, data de expedição 16/03/16, Órgão SDSI PE,

CPF nº 108.184.224-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Joaquim Rodrigues</u>
Número	<u>1512</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>St. Carlota</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<u>(87) 3846-1036</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Assinatura do Declarante: Daniel Araújo de Lima



ELLENILDA NEVES DE ARAUJO  
RUA JOAQUIM RODRIGUES, S/Nº - JD CARLOTÁ  
PRINCESA ISABEL / PB CEP: 5599000 (Aq. 165)

Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BARRA RENÇA MONOFÁSICO 9 220, Vp 25 - Centro Redimtor João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
Roteiro: 9-185-80-5210 Referência: Jun/2017  
Nº medidor: 0000503284 Emissão: 13/06/2017

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica Nº000.617.327  
Código para Habilitação Autotratativa: 0001887610

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 8/1587697-2

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

- Tarefa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

13/06/2017

Data prevista da próxima leitura

14/07/2017

CNPJ/CPF/RAI

4028272443

Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
15/05/17	8335	13/06/17	8497	29

### Faturas em atraso

Data	Valor (R\$)
22/05/2017	88,22

### Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em 320Vh-BR	39	0,14634	4,39
Consumo - 31 a 100Vh-BR	70	0,25087	17,66
Consumo - 101 a 220Vh-BR	2	0,37631	0,75
Adic. B. Vantagem			0,89
Subsídio			23,48
ICMS			18,47
PIS			0,70
COFINS			3,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			10,79
JUROS DE MORA 04/2017			0,39
MULTA 04/2017			0,00
Devolução Subsídio			-22,44

### Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Mai/17	118
Abr/17	102
Mar/17	120
Fev/17	107
Jan/17	98
Dez/16	113
Nov/16	126
Out/16	140
Sep/16	121
Ago/16	111
Jul/16	104
Jun/16	108

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	88,41	21,00	18,47
PIS	88,41	1,0316	0,70
COFINS	88,41	3,7425	3,24

VENCIMENTO  
21/06/2017

TOTAL A PAGAR  
R\$ 58,02

Média dos últimos meses  
118

77ba.3715.2182.3877.6cf6.9f78.5bb9.68c7.

### Indicadores de Qualidade 1/2017 - Princesa Isabel

Limites da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,69	NOMINAL
OIC TRIMESTRAL	15,32	
OIC ANUAL	38,85	
FC MENSAL	2,87	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	7,29	
FC ANUAL	14,70	
DNC	4,31	LIMITE SUPERIOR
DNCU	12,22	

Comparação do índice com o índice de referência

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	9,57	16,83
Consumo de Energia	10,80	19,27
Serviços de Transmissão	0,87	1,07
Encargos Setoriais	3,27	5,64
Preços Diretos e Encargos	34,46	59,38
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	68,97	100,00

Valor de EUR0 (Ref. 4/2017) R\$ 11,88



TELEFONIA NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 23.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019148-4  
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50080-260  
MATRIZ CNPJ: 23.000.118/0001-79

PAG.: 1/5



0121 - CTO RECIFE PE PLTI  
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
PCA QUINZE DE NOVENBRO, 124  
CENTRO  
56870-000 TRIUNFO-PE



721351282005568000004611630050417

Referência

MARCO /2017

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/04/2017

Total a pagar

R\$ 116,39

### Resumo da sua fatura



#### OI FIXO

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL  
PACOTE DE MINUTOS FIXO-MOVEL LOCAL  
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM SI  
SERVICOS DIGITAIS  
OUTROS PACOTES E SERVICOS MENSIS

R\$ 86,65  
56,17



#### EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

LIGACOES FIAD-FIAD  
SERVICOS OUTROS PRESTADORAS E DE TERCEIROS

R\$ 29,74  
13,16  
16,58

SABEM SEGURADORA S/A

22 SET 2017

RECEBIDO

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos  
DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato:  
(DDD)9xxx-xxxx.

Mais informações em [oi.com.br/9digito](http://oi.com.br/9digito).

TELEFONIA NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 23.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019148-4  
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50080-260  
MATRIZ CNPJ: 23.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJO SU3  
CONTA 022617 LOCAL ADMS DV

84620000001-2 16390024030-6 32049520384-8 61086031703-2



FATURA N: 100010000017

VENCIMENTO: 15/04/2017

VALOR A PAGAR R\$ 116,39

CODIGO PARA DEBITO AUTOMATICO: 091201460307

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190723928 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 21/07/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM FACE  
TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Documentos  
complementares:**

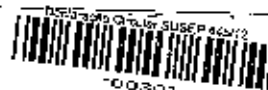
**Observações:**

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Henrique Magalhães de Carvalho, portador(a) do RG nº 6622847, expedido por SUSEP/PE, em 1/1/, CPF/CNPJ nº 041.542.024-56,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Daniel Araújo de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Inútil da vítima Daniel Araújo de Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recusa Informar

Documentos comprobatórios: Recusa Informar

  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGRADORA S/A

22 SET 2017

RECEBIDO

## Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, José Bieleon Sabino Evangelista,

RG nº 3844920, data de expedição 06/04/2010

Órgão SSP-B, portador do CPF nº 034.593.714-09, com

domicílio na cidade de Rumosa - RS, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sequim Valerandro da Silva Melo, nº 100,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Daniel Araújo de Lima, cujo o condutor era

Daniel Araújo de Lima.

Veículo: Ford CG 150 FAN ESPI

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: PGU - 2108

Chassi: 9C2KC1680ER404290

Data do Acidente: 21/07/2017

Local e Data: Pimenta, Roraima, 18 de Agosto de 2017.



José Bieleon Sabino Evangelista  
Assinatura do Declarante

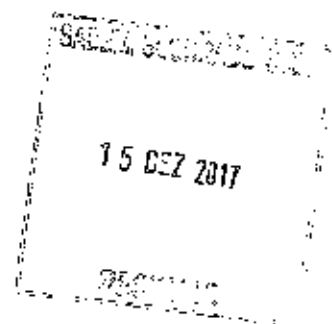
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**EMÍLIA ÉRICA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2ª TABELONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emília Érica Alves Frazão - Tabela Interna  
RUA 150, IMÓVEL 150, CENTRO, PIMENTA, RORAIMA - CEP: 69000-000  
FONE (68) 3279-5201 E-MAIL: emilia@emiliaerica.com.br

DECLARAÇÃO DE PROPRIEDADE DO VEÍCULO  
DECLARANTE: JOSÉ BIELEON SABINO EVANGELISTA  
VEÍCULO: FORD CG 150 FAN ESPI  
MODELO: 2014  
ANO: 2013  
PLACA: PGU - 2108  
CHASSI: 9C2KC1680ER404290  
DATA DO ACIDENTE: 21/07/2017  
LOCAL E DATA: PIMENTA, RORAIMA, 18 DE AGOSTO DE 2017.

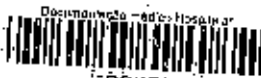
Emília Érica Alves Frazão  
Tabela Interna





**HOSPITAL REGIONAL**  
Dep. José Pereira Lima  
PRINCESA ISABEL-PB

**ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE**  
**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

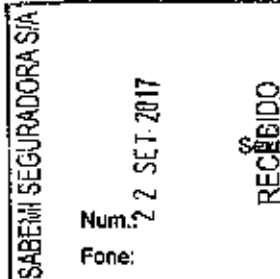


**MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS**

CNES: 2321637 CNPJ: 08.778.268/0039-33  
NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL  
ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL  
CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: CONSULTA  
Paciente: DANIEL ARAUJO DE LIMA  
Mãe: ELENILDA NEVES DE ARAUJO LIMA  
Pai: IRANILDO JOVINO DE LIMA  
Nascimento: 14/05/1998 Idade: 19 Cor: PARDA  
Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço: JOAQUIM ALEXANDRE DA SILVA NETO  
Bairro: JARDIM KARLOTA  
Cidade: PRINCESA ISABEL - PB - 58755-000 - 2512309  
Naturalidade: PRINCESA ISABEL - PB  
CNS: 708-7051-8101-8697 Reg. Nasc.:  
CPF: Recepcionista: NIEDJA  
Data / Hora: 21/07/2017 14:48:36 Ficha Número: 82607 43456



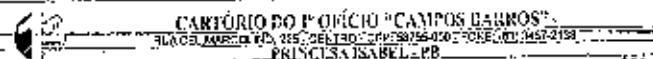
RECEBIDO M

*Acidente de moto com lesões na face e quadril. Reduzido de 200 km/h para 10 km/h. Ferimentos e contusões.*  
*140x20 mm*  
PESO: 65 kg PA: 140x20 mm TEMP: 38.5  
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) 22.30h 37.2°C

*Aferido sinais vitais em 08h45 (22/07/2017)*  
*PA: 138x74 mmHg, FC: 92 bpm, SpO2: 92%*  
*T: 37.3°C*

ENFERMEIRO  
COREN-PB 323.104

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)



Autentico a presente cópia reproduzida fiel do original que me foi apresentado. E, testifico da verdade.  
Princesa Isabel-PB 01/08/2017 15:27:41  
Gabriel Lima de Campos Barrão - Substituto  
[2017-005804] END: 2.31 FAPEN: 0.27 FEPJ: 0.46  
SEL0-DIGITAL: AFR30261-0502  
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

*2. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*3. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*4. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*5. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*6. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*7. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*8. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*9. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*10. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*11. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*12. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*13. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*14. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*15. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*16. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*17. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*18. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*19. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*20. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*21. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*22. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*23. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*24. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*25. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*26. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*27. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*28. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*29. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*30. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*31. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*32. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*33. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*34. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*35. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*36. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*37. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*38. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*39. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*40. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*41. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*42. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*43. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*44. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*45. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*46. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*47. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*48. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*49. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*50. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*51. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*52. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*53. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*54. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*55. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*56. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*57. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*58. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*59. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*60. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*61. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*62. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*63. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*64. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*65. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*66. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*67. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*68. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*69. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*70. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*71. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*72. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*73. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*74. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*75. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*76. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*77. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*78. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*79. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*80. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*81. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*82. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*83. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*84. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*85. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*86. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*87. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*88. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*89. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*90. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*91. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*92. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*93. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*94. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*95. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*96. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*97. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*98. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*99. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*  
*100. 140x20 mm 147 mm, 147 mm*

**PROCEDIMENTO DESCRIÇÃO**  
*Sutura com nylon 4.0*

**DIAGNÓSTICO**  
*Lesão na face, quadril* CID-10

**MEDICAÇÃO** **ENCAMINHAMENTO**  
☐ 1. PRESCRITA ☒ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO  
☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO									
1 -									
2 -									
3 -									

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo: *Francinello Freitas*  
Médico  
CRM PB 9603  
CNS 703404579057800  
CBO

Médico / Crm / Cns  
FRANCINELLO DE SOUSA FREITAS - 9603 - 162-4903-6262-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL  
*Polgar Daltro*  
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo: *Elenilda Neves de Araujo Lima*  
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo:

# DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **DANIEL ARAUJO DE LIMA**, portador (a) do RG de nº **10.353.711 SDS/PE**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao mês de **JULHO/2017**.

Princesa Isabel-PB, 26 de julho de 2017.

  
**EDISIO FRANCISCO DA SILVA**  
Diretor Geral  
Mat.184.461-0

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.353.711 DATA DE EXPIRAÇÃO 16/03/2016

IDENTIFICADO << DANIEL ARAÚJO DE LIMA >>

FILIAÇÃO << IRANILDO JOVINO DE LIMA >>  
<< ELENILDA NEVES DE ARAUJO LIMA >>

NACIONALIDADE PRINCESA ISABEL - PB DATA DE NASCIMENTO 14/05/1998

CÓDIGO ORIGINAL << 069872 01 55 1998 1 00004 890  
0002569 77 PRINCESA ISABEL - PB >>

CPF 416620721705074807 6824638

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/09/83



CÓDIGO DE CONTROLE  
ABD2.3BEB.8038.80BE

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:47:39 do dia 26/07/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SABEM SEGURADORA S/A

22 SET 2017

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO 10-R 37

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Daniel Araújo de Lima

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
708.184.224-08

Nome  
DANIEL ARAUJO DE LIMA

Nascimento  
14/05/1998



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 708.184.224-08

Nome: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data de Nascimento: 14/05/1998

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2014

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 10:59:45 do dia 19/09/2017 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: 5423.B4AD.C3B1.A9D1



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT -



0028

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Daniel Araújo de LimaDATA DO ACIDENTE 21/07/2014 CPF DA VÍTIMA 703.184.224-08

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Quize de NovembroNº 124 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO CentroCIDADE Triunfo UF PE CEP 55.570-000E-MAIL hrc.advocacia@gmail.com TELEFONE (51) 3846-1056

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

## 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 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 COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PREÇO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RECEBIDO

22 SET 2014

## PROCURAÇÃO PARTICULAR



**OUTORGANTE: DANIEL ARAÚJO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **DANIEL ARAÚJO DE LIMA**.



Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

*Daniel Araújo de Lima*

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS

Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interina

Endereço: Rua da Liberdade, 222, Centro, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000

Fone: (35) 3552-1111 Fax: (35) 3552-1111

Reconheço, como autêntica a verdade, a seguinte declaração:

DANIEL ARAÚJO DE LIMA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

Em testada verdade, Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Emília Érica Alves Frazão, Tabelião Interina.

[2017-084994] DEVL-184 17/08/2017 PABX: 3846.1036

SELO DIGITAL: 27671188-F707

Confira a autenticidade em <https://selodigital.org>

Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emília Érica Alves Frazão  
Tabelião Interina

SABENA SEGURADORA S/A

22 SET 2017

RECEBIDO



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: DANIEL ARAÚJO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **DANIEL ARAÚJO DE LIMA**.



Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

*Daniel Araújo de Lima*

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emília Érica Alves Frazão  
Tabelião Interina

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472225/19

**Vítima:** DANIEL ARAUJO DE LIMA

**CPF:** 708.184.224-08

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/07/2017

**Titular do CPF:** DANIEL ARAUJO DE LIMA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

### DANIEL ARAUJO DE LIMA : 708.184.224-08

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

---

**Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190723928**

**Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA**

**Data do Acidente: 21/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

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

**Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190723928**

**Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA**

**Data do Acidente: 21/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723928                      Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

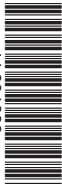
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
---------------------------	---

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



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000002542-9

Conta: 000000121861-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

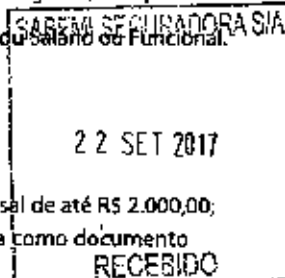
EU, Daniel Araújo de LimaPORTADOR(A) DO RG Nº 10.353.711EXPEDIDO POR SDS IPEEM 16/03/16 ECPF 708184224-08 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ Renda (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Araújo de Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário ou funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2542-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0121861-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Piracema, São Paulo, 18 de Agosto de 2017.

LOCAL E DATA

x Daniel Araújo de Lima

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Data: 14/08/2017 Hora de Brasília: 13:07

Extrato de Conta Corrente

EMANUEL ARAUJO DE LIMA 13:07:00  
AGÊNCIA 2542 CTA 0221061-1 14/AGO/2017

Av. Brasão : 2542 - APOLO DA  
IMBAZILIA

Corresp. Banc.: 287 - GINIS SUPERMERCADO  
NSU: 027397413856 Autenticacao: 055570

00/16/01/2017 BRASCO  
0000 721 0933

NSU Rede: 061364 Hora Rede: 13:02:30  
Terminal: 00002100





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOC.  
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



**C E R T I D ã O**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

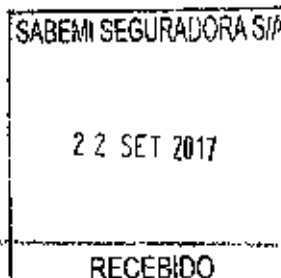
OCCORRENCIA POLICIAL Nº 555/2017, LIVRO nº 003/2017.

DATA: 09 de agosto do ano de Dois Mil e Dezessete

HORA: 16h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL



Noticiante: DANIEL ARAÚJO DE LIMA

Estado civil: solteiro RG:10.353.711 SDS/PE CPF: 708.184.224-08

Sexo: MASCULINO

Nascimento: 14/05/1998 Idade: 19 ANOS

Naturalidade: Brasileira

Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: AGRICULTOR

Filiação: Iranildo Jovino de Lima e de Elenilda Neves de Araújo Lima

Endereço: Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Bairro Jardim Carlota, PRINCESA ISABEL/PB

**NARRATIVA**

QUE, no dia 21 de Julho de 2017, por volta das 14:30 horas, sofreu um acidente automobilístico nas imediações do centro desta cidade de Princesa Isabel, quando conduzia uma motocicleta no sentido a sua residência quando nas proximidades da prefeitura, quando um veículo ao abrir a porta do veículo, sem observa se vinha alguém atrás, foi quando colidi com a porta do veículo chegando a cair ao solo; Que fui socorrido pela unidade do SAMU, sendo atendido no hospital Regional de Princesa Isabel/PB; Que sofreu quebra de dentes na parte exterior na sua boca, e alguma escoriações pelo corpo; Que pilotava uma moto Honda/CG 150 FAN ESDI, de cor Vermelha, de fabricação 2013 modelo 2014, Placa PGU-2108/PE, CHASSI Nº 9C2KC1680ER404290, Registrada em nome de José Erielson Sabino Evangelista.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Daniel Araújo de Lima

Pedro Quintão de  
Agente de Polícia



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS  
REGISTRO GERAL DE TÍTULOS E DOCUMENTOS  
PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS

ANTONIO DELANEIRO SOUZA - SECRETÁRIO

Certifico: que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado: dia 06. Trâmite. 06 de setembro de 2017. Substituta: EDIVANEIDE MENDES DE SOUZA. Emol. R\$ 3,32. TEMA R\$ 0,66. EPPC. R\$ 0,32. Total, R\$ 3,98. Selc: 0072841. Nº 08201705.00162.