



Número: **0800467-28.2016.8.15.0151**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Conceição**

Última distribuição : **15/12/2016**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36340 150	06/11/2020 10:45	<u>2762728_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8544873

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661
Vitima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA
Data Acidente: 17/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2016

Carta n°: 8702379

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661
Vitima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA
Data Acidente: 17/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9576734

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661 ASL-0061150/16
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA
Data Acidente: 17/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2016

Carta nº: 9659810

A/C: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Sinistro: 3160088661 ASL-0061150/16
Vitima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA
Data Acidente: 17/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005783-5

Conta: 000002086-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

DOCUMENTO 1 "TPK"



ÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABAPORTADOR(A) DO RG N° 3.797.340 EXPEDIDO POR SISDPVAT/PB EM 30/09/09 ECPF 09923831450 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA, 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 Lotáticas 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);
- comprobatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da PREVIDÊNCIA FEDERAL 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 233 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5783 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0002086-9

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.

ITAPORANGA, 21 de JANEIRO de 2016 claudiana de fonte guabiraba

LOCAL E DATA

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.dpvtsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

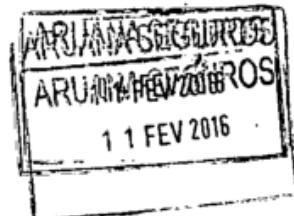


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287>

Número do documento: 20110610454361200000034695287

Num. 36340150 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287>
Número do documento: 20110610454361200000034695287

Num. 36340150 - Pág. 6

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: 02/09/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05783-5

CONTA: 000000002086-9

Nr. Autenticação
BRADESCO020920160500000000023705783000000002086168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287>
Número do documento: 20110610454361200000034695287

Num. 36340150 - Pág. 7



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 017 /2016

Natureza da ocorrência: Acidente de Transito

Data do fato: 17 / Dezembro / 2015

HORAS: 9:30min

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

Notificante / Vítima:

CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA, natural de Conceição/PB, Solteira, Agricultora, nascida no dia 13.09.1990, filha de José Guabiraba Moreira e Maria José de F. Moreira, RG 3.797.340/PB e CPF Nº 099.238.314-50, residente no Sítio Poço do Cachorro s/, área rural de Santana de Mangueira/PB.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residencia, sentido de Santana de Mangueira/PB, pilotando a moto HONDA/NXR150 BROS ES, cor' Vermelha, ano mod. 2012, placa OFD5067/PB e chassi 9C2KD0550CR017437 em nome de JOSELIA DE FONTE GUABIRABA e ap passar pelo Sítio Picos ' Municipio de Santana de Mangueira/PB, em uma curva a condutora perdeu o controle da moto, caindo ambas do solo, sendo a notificante socorrida por familiares para o Hospital de Itaporanga/PB e em seguida removida para o Hospital Regional de Patos/PB. Em tempo: A notificante viajava no carona da mencionada motocicleta, conduzida por sua irmã - Josélia de Fonte Guabiraba(proprietária da moto).

DOCUMENTO 1 T16*



REGISTRO DE
NOTIFICAÇÃO

04 FEV 2016

Itaporanga, 09 / Jan. /2016.

x Claudianna de Fonte Guabiraba

Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cláudiana de Fonte Guabiraba, portador da carteira de identidade nº 3.797.340 e inscrito no CPF/MF sob o nº 099.238.314-50, residente e domiciliado na Sítio Ribeiro do Cachorro, s/n, área rural, Cidade Santana de Mangueira, Estado Paraíba, 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.

DOCUMENTO 2 "T26"



X Cláudiana de Fonte Guabiraba

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

Itaperanga/PB, 21/01/2016

Local e data



DOCUMENTO 3 T3%*



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

FICHA DE ENCaminhamento

DE: Hospital Regional de Itaporanga
PARA: Hospital Regional de Peçoá
ENCAMINHO: Condutor da Força Gostin IDADE: 25 SEXO: F
RESIDENTE: Filho de Dr. Colino
MUNICÍPIO: Forjaria da Marquinha UF: PB
PA _____ MM/HG _____ TEMP _____ °C _____ PESO _____ KG _____

QUADRO CLÍNICO ATUAL:

Doente com lesão dos m. abducentes,
cefálico, não encontra e gállula exposta nos
traves (fistula óssea) em radiografia.
Negativo para infecção e pista de coccidioides.
Exames: FOB, urinál, cefaló, urinál, coleta sanguínea
e AGP: neg. G. Glútar: neg.
Radiografia General: = normal
Radiografia Abdomen E. AP = Engrana Clavícula E.
Radiografia Mamas E. - Pecten E. AD/P: Nenhuma
ND: Engrana Clavícula E.
Qd. G. S.R.I. sono LV; 2º Télejol 4º geng eng + AG EV;
P. mobilidade do abd E. G. S. colito M. 2010/05/25
Do TRAUMATOLOGISTA

27/12/2025 HORA: 09:50

Dr. Taciano Diniz
Médico
CRM-PB 8156

ARUANA SEGUROS

Av. Osvaldo Cruz, 183 - Centro - CNPJ: 08.778.268/0018-09 - Fone: (83) 3451-2297 - Faz: (83)-3451-3058
CEP: 58.780-000 - Itaporanga-PB

14 FEV 2016



LEANDRO ALVES DE CARVALHO PINTO

CRM-PB 8908



LAUDO MÉDICO SOBRE AVALIAÇÃO DE PACIENTE APÓS ACIDENTE DE TRANSITO.

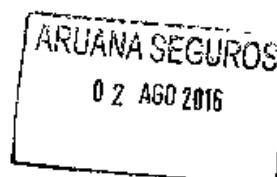
A PACIENTE CLAUDIANA DA FONTE GUABIRABA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO DIA 17/12/2015.

A MESMA FOI REMOVIDA AO HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA, ONDE FOI AVALIADA E EXAMINADA, ONDE FOI DIAGNOSTICADA UMA FRATURA EM CLAVÍCULA ESQUERDA.

FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE FOI ATENDIDA PELO SERVIÇO DE ORTOPEDIA, E FOI REALIZADO TRATAMENTO INCRUENTO, COM IMOBILIZAÇÃO EM 8 POR 45 DIAS.

NO MOMENTO APRESENTA DEFORMIDADE LEVE EM CLAVICULA ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO E REFERE DOR NO MESMO. REFERE TAMBÉM DOR EM JOELHO ESQUERDO E REFERE INSTABILIDADE DO MESMO.

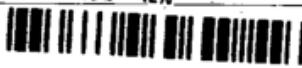
ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA A PARTIR DESTA DATA.



LEANDRO PINTO
CRM-PB 8908

20/04/2016





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cláudia de Fonte Guabiraba

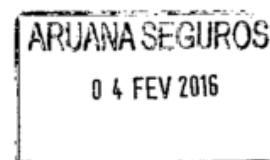
RG nº 31797.340, data de expedição 30/09/09, Órgão SSDS/PB,

CPF nº 099.238.314-50, 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>Sítio Lago do Cachorro</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Área rural</u>
Cidade	<u>Santana de Mangueira</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.985-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996978811</u>
E-mail	<u>edilsondpv@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaporanga, 21/01/2016.



Assinatura do Declarante: Cláudia de Fonte Guabiraba



GABRIEL MEDEIROS DE LIMA
SIT POCO DO CACHORRO, S/N - ÁREA RURAL
SANTANA DE MANAUS/PIAUI CEP: 58995000 (AG: 181)

Classe/Subs: RURAL/AGROPECUÁRIA RURAL MONOFÁSICO
Proivo: 0-184-557-1040 Referência Dez/2015
Nº medidor: 00000487387 Emissão: 11/12/2015

B-290, Km-25 - Crato/Rio Grande - João Pessoa/PB - CEP:58071-000
CNPJ:09.026.110/0001-40 Ins. Est: 10.015.020.0
Nota Fiscal/Corda de Energia Elétrica P0000420.078
Código para Detalhe Atendente: 00010711719

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

2368 de 0 515 5400 cdes e2c0 1725 0089.

Conta referente a

Dez / 2015 —

Apresentação

11/12/2015

Data prevista da
próxima leitura

12/01/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

9100004115

UC (Unidade Consumidora): 5/1073171-9
Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso
a sua unidade, resultando no fornecimento pela média. Eventual
diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a
necessidade de desimpedir o acesso ao local da medição. Persiste
neste o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três
dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res. 414 ANEEL).

Faturas em atraso	Anterior	Cálculo de consumo			
		Data	Leitura	Atual	Consumo
18/08/2015	45,18	12/11/15	4085	11/12/15	4125
19/05/2015	14,00				
Descrição					
Custo de Disponibilidade					
Adc. B. Vermelha					
Subsídio					
IMPOSTOS E ENCARGOS					
ICMS (ISENTO)					
PIS					
COFINS					
JUROS DE MORA 11/2015					
MULTA 11/2015					
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS					
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2015					
Desv. da Subsídio					
Histórico de Consumo (kWh)					
Nov/15	30				0,07
Out/15	88				-3,78
Sep/15	81				
Ago/15	58				
Jul/15	47				
Jun/15	110				
May/15	41				
Apr/15	0				
Mar/15	118				
Fev/15	225				
Jan/15	104				
Dez/14	30				

VENCIMENTO

18/12/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,73

Indicadores de Qualidade 2015-Isra...

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,80	0,00
DIC TRIMESTRAL	25,52	NOMINAL
DIC ANUAL	51,08	220
FIC MENSAL	8,00	0,00
FIC TRIMESTRAL	18,94	CONTRATADA
FIC ANUAL	31,98	LIMITE INFERIOR
DICR	8,99	LIMITE SUPERIOR
DICR	16,80	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Entrega de Det da Energia/PB	4,54	39,98
Consumo de Energia	7,42	47,00
Impostos e Encargos	0,26	2,22
Encargos Sociais	1,47	8,49
Impostos Diretos e Encargos	0,23	2,08
Outros Serviços	0,07	0,45
Total	11,73	100,00

Vale do encargo da Ufa do Sistema de Distribuição

(Ref. 10/2015) R\$ 10,26

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBOS ANTERIORES*, já reavaliados, a suspensão
do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de
100 (cento) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Subvenção DEC 7 89/13 R\$ 3,78
* Cliente não permite o acesso a medidor
- Faturamento mínimo da fase - Art. 87 da Res. 414 - ANEEL
Banco ICMS

ARUANA SÉGUROS

04 FEVEREIRO 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Não definido

Resultados terapêuticos: Não definido

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

Observações:

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
			Total	0 %

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

CRM do médico: 52-90632-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 1 T1%



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA MANOEL PEREIRA CAIXA, 59 - CENTRO
TAPOARA/PI CEP: 85000-000 - Fone: (85) 3211-1111

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO
Número: 154-25-2780 Referência: Jan / 2016
Nº medidor: 000002050001 Emissão: 13/01/2016

ENERGISA PARAUANA SISTEMAS DE ENERGIA SRL
Bv 200, Km 25 - Cristalândia - Juiz de Fora / MG - CEP: 36071-600
CNPJ 08.056.183.0001-40, INSC Est: 16.015.622-0

Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica: F000450088
Código para Declaração Automática: 00000278134

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

RESERVADO AO FISCO 0800 083 5422 0809 7526 6276 0880 5699

Conta referente a	UC (Unidade Consumidora): 5/27863-4
Jan / 2016	Canal de contato
Apresentação	Não deixe água parada. Tenha contra a dengue, rato e chagas.
13/01/2016	
Data prevista da próxima leitura	12/02/2016
CPF/CNPJ/RANI	Cálculo de consumo
3024708400	Anterior Atual Constante Consumo Diário
Faturas em atraso	Data: Leitura Data: Leitura
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 09/01/2016 PAGAS CERCIADOZ	14/12/15 8185 130/1/16 8200
	1.00 30
	Demonstrativo
	Descrição Quantidade Preço Valor (R\$)
	Consumo em kWh 0,05 0,4181 21,90
	Adm. B. Vermelha 0,00 0,00 0,00
	IPOSTOS E ENCARGOS 0,00 0,00 0,00

PARUANA SEGUROS

04 FEV 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287>
Número do documento: 20110610454361200000034695287

Num. 36340150 - Pág. 15

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
				Total
			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 5.652.161, expedido por SSPIPE, em 30/04/96, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Claudiana de Fonce Guabiraba do sinistro de DPVAT da natureza invalides da vítima Claudiana de Fonce Guabiraba, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 880,00

Documentos comprobatórios: RG e CPF. MARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

Edilson Rodrigues dos Santos
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DOCUMENTO 2 "T26"



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160088661 **Cidade:** Santana de Mangueira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA **Data do acidente:** 17/12/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NA PROJEÇÃO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. REDUÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. RESTRIÇÃO COM SOBRECARGAS.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA À TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS). RECEBEU ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2016

Conduta mantida:

Observações: APRESENTOU FICHA DE ENCAMINHAMENTO EMITIDO NO HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ GOMES DA SILVA (ITAPORANGA-PB), DATADO DE 17/12/2015, POR CRM PB 8156, DESCREVENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, BEM COMO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO (PATOS-PB), EMITIDO NA MESMA DATA.

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joséia de Foste Guabiraba,
RG nº 3.687.643, data da expedição 01/08/2008, Órgão
portador do CPF nº 091.252.694-70 com domicílio na cidade
de Santana de Mangueira no Estado de Paraíba, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) estrada do Cachorro nº 511,
complemento área rural declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Claudiana de Foste Guabiraba, cujo o
condutor era Joséia de Foste Guabiraba.

Veículo: moto

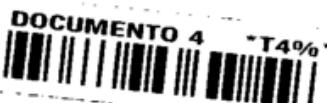
Modelo: Honda/NXR 150 Bros ES

Ano: 2012

Placa: OFD 50 671 PB

Chassi: 9C2K DD55DCR017437

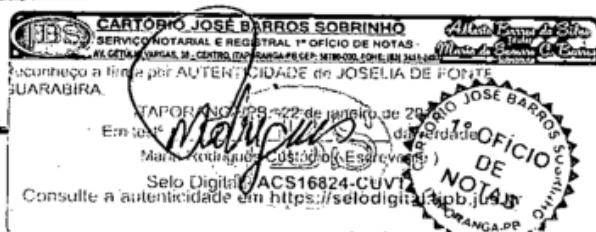
Data do Acidente: 17/12/2015



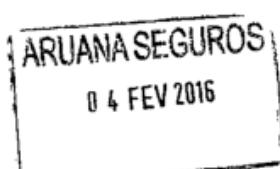
Local e Data: Itaporanga/PB, 22/01/2016.

X Joséia de Foste Guabiraba

Assinatura do Declarante



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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDIANA DE FONTE GUABIRABA** Sinistro: **3160088661** Data: **17/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PACO DO CACHORRO, SN - ZONA RURAL - Santana de Mangueira - PB - CEP 58985-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3797340**

Data local do exame: [**31/08/2016**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NA PROJEÇÃO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. REDUÇÃO MODERADA DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO. RESTRIÇÃO COM SOBRECARGAS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA À TRATAMENTO CONSERVADOR (IMOBILIZAÇÃO POR OITO GESSADO DURANTE 45 DIAS). RECEBEU ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

APRESENTOU FICHA DE ENCAMINHAMENTO EMITIDO NO HOSPITAL DISTRITAL DR JOSÉ GOMES DA SILVA (ITAPORANGA-PB), DATADO DE 17/12/2015, POR CRM PB 8156, DESCREVENDO FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, BEM COMO FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO (PATOS-PB), EMITIDO NA MESMA DATA.





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

Ono Pesta
?
acompanhante.

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 12/12/17 HORA: ____ h

1. USUÁRIO:

Plaissima de Paula Guadalupe

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Ensaioamento a bataresio - 10 h.p.

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

10/12

4. ALERGIAS:

SIM
 NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTINUA:

SIM
 NÃO

REGIONAL DE PATOS

DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZADOS

6. DOENÇA PREEXISTENTE:

SIM
 NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	irpm	%	x mmHg	mg/Dl



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ARUANA SEGUROS

VERMELHO	AMARELO	VERDE (1)	VERDE (2)	AZUL
Sem acompanhante * Setor Crítico **	1 acompanhante	Sem acompanhante * Sem visita	1 acompanhante	4 FEV 2016 Agendamento em UBS

ENFERMEIRO/CARIMBO

* Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).

** Setor com alta demanda de procedimentos invasivos onde são realizadas técnicas estériles para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle do fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito.

Copyright © 2015 - Prof. Enf. Allan Martins Ferreira - Coordenação de Enfermagem do PA



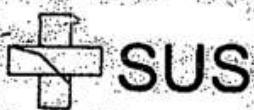
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287

Número do documento: 20110610454361200000034695287

Num. 36340150 - Pág. 22

Rx-04 / Rx-05 / Rx-06 / Rx-07



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS (CÓD)

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CNTU: 09.778.268/0018-09

ENDEREÇO: AV. OSVALDO CRUZ, 183 - CENTRO

BAIRRO: CENTRO

CEP: 58.780-000

MUNICÍPIO: ITAPORANGA

ESTADO: PARAÍBA - PB

PACIENTE:

NOME:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO:

DATA DO NASCIMENTO:

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

DOCUMENTO:

CEP:

ESTADO:

UF:

CNS:

DATA DO ATENDIMENTO:

RACA/COR:

SEXO:

DADOS CLÍNICOS:

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Tomografia cranio

Tomografia abd

Tomografia MAM. F. AP/PA

Tomografia lombopelvica

PROFISSIONAL: CID: 00000000000000000000000000000000

CBO:

CNS:

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL:

ASSINATURA DO PACIENTE:

OU PÔLEGAR DIREITO:

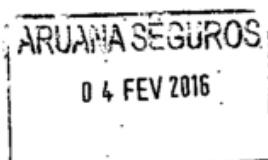
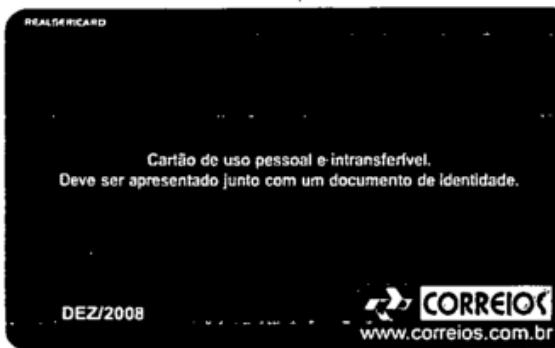
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

ARUANA SEGUROS

04 FEB 2016





DOCUMENTO 3 "T3%"

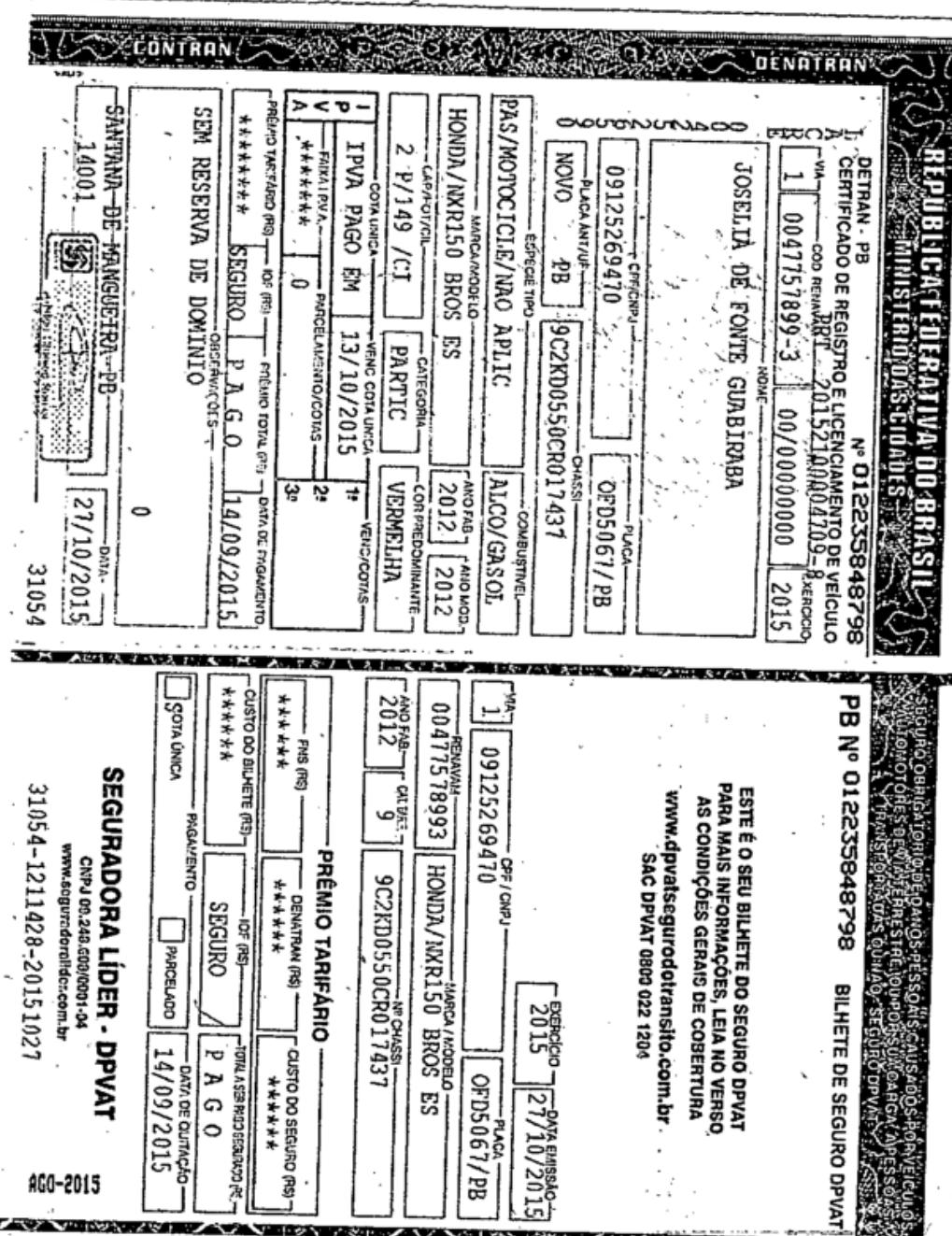


ARUANA SEGUROS
04 FEV 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610454361200000034695287>
Número do documento: 20110610454361200000034695287

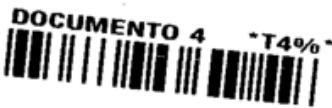
Num. 36340150 - Pág. 25



04. FEB 2016

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:45:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011061045436120000034695287>
Número do documento: 2011061045436120000034695287

Núm. 36340150 - Pág. 26



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	Cláudiana de Fonte Guarabira		
Nacionalidade:	Brasileira	Estado civil:	Solteira
Profissão:	Agricultora		
Identidade:	3.797.340	CPF:	099.238.314-50
Endereço:	Sítio Lago do Cachorro, S/N, Santana de Mangueira/PB.		

OUTORGADO:

Nome:	Edilson Rodrigues dos Santos		
Nacionalidade:	Brasileiro	Estado civil:	Casado
Profissão:	Autônomo		
Identidade:	5.652.161	CPF:	039.247.064-09
Endereço:	R. Manoel Pereira Caiana, 58, Itaporanga/PB.		

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Itaporanga/PB, 221 Janeiro/2016.

LOCAL E DATA:

ARUANA SEGUROS

04 FEV 2016

X Cláudiana de Fonte Guarabira
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

