



27/10/2020

Número: **0800763-49.2018.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **07/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Espécies de Contratos, Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO) DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA (ADVOGADO) ANTONIO JOALISON DE ARAUJO MORAIS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35954948	27/10/2020 11:12	Apelação	Apelação
35955455	27/10/2020 11:12	2608213_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03	Outros Documentos
35955456	27/10/2020 11:12	2608213_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02	Outros Documentos
35955459	27/10/2020 11:12	2608213_RECURSO_DE_APELACAO_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11547201

A/C: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170458740 ASL-0320636/17
Vitima: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 07/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01855/01856 - carta_01



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11575241

A/C: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170458740 ASL-0320636/17
Vítima: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 07/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

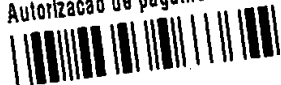
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01421/01422 - carta_04



Autorização de pagamento



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

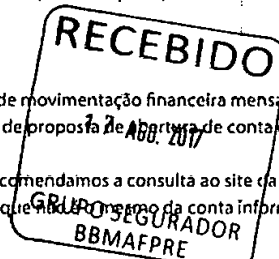
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Euivaldo Beneditino de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 16.420.753-2 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 08/02/2012
 CPF (380581074-4) / CNPJ _____, PROFISSÃO ABREVIADA
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Euivaldo Beneditino de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep 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), 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0652-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 25075-9

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.

Picui - PB, 17 de Fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

Euivaldo Beneditino de Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

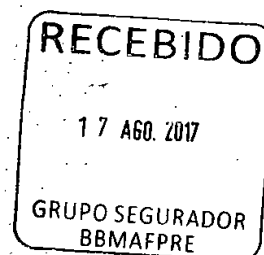
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 11:12:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102711120816200000034336583>

Número do documento: 20102711120816200000034336583





OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 99/2015

Aos **14/12/2015**, nesta cidade de **Cuité**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, sob a responsabilidade do Bel. **DURVAL SANTOS BARROS**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LUCIANA MEDEIROS COSTA**, ao final assinado, aí, por volta das 10 horas, compareceu **ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA**, conhecido(a) por **ZIMBA**, nacionalidade **BRASILEIRA** estado civil **DIVORCIADO**, profissão **AGRICULTOR**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (3ª SÉRIE)**, com **58** anos de idade, nascido(a) aos **08/09/1957** em **ARARUNA/PB**, filho(a) de **BIANOR FRANCELINO DA SILVA** e **LUSIA BERNARDINO DE OLIVEIRA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **16.720.753-2**, expedido pela **SSP/SP**, e C.P.F. de Nº **380.587.074-49**, residindo no seguinte endereço **SÍTIO RETIRO**, bairro **ZONA RURAL**, cidade de **CUITÉ- PB**, telefone: () , celular: **(83)99664-4020**, CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO:

QUE NO DIA **07/09/2015**, POR VOLTA DAS 15H00, O NOTICIANTE PILOTAVA A MOTOCICLETA YAMAHA/YBR 125K, COR PRETA, PLACA MOV 2970/JOÃO PESSOA-PB, ANO/MODELO 2002/2003, CHASSI 9C6KE044030000369, RENAVAM 01256821403, LICENCIADA EM NOME DE **MARCELO XIMENES DA CUNHA**, POR UMA ESTRADA VICINAL DO SÍTIO RETIRO QUANDO A MOTO DERRAPOU EM UNS PEDREGULHOS E EM RAZÃO DE HAVER UM MONTE DE AREIA PRÓXIMO, O NOTICIANTE CAIU E A MOTO CAIU EM CIMA DO SEU OMBRO ESQUERDO, QUEBRANDO A CLAVÍCULA E FRATUROU QUATRO COSTELAS, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE ONDE PERMANECERU INTERNADO POR OITO DIAS. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

- 1 - Nome: MARIA SELMA FREIRE DE ANDRADE, R.G. n.º 3.215.821 SSP/PB, C.P.F. n.º 082.721.544-47
Endereço: SÍTIO VARELO, S/N, ZONA RURAL - ARARUNA/PB
- 2 - Nome: MARIZA RIBEIRO DE LIMA SANTOS, C.P.F. N.º 029.397.374-10
Endereço: SÍTIO RETIRO, S/N, ZONA RURAL - CUITÉ/PB.

Cuité/PB, 14 de Dezembro de 2015.

Erivaldo Bernardino de Oliveira
ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

Noticiante

Luciana Medeiros Costa
LUCIANA MEDEIROS COSTA
Escrivã de Polícia



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Erivaldo Bernandimino de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 16.720.753-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 380.587.074-49, residente e domiciliado na Sítio Retiro, Cidade auto, 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.

Erivaldo Bernandimino de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Picuí - PB, 17 de Fevereiro de 2016

Local e data



AV: ALIÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA

STATEMENTS TO PAGE 11

Prestação: Ao chegar na local paciente consciente,
 do, eupórico. Relata ter feito uso de 1
 alodonta. Apresentando fratura de Cla
 t. e esmolar na face. Afundado 550v.
 vado o ginásio para o U.R e ce
 do do paciente para o hospital de tran
 sem nenhuma intervenção.
 (Inglês do Ruçayá:

Assessment of Receptor

Declaro para todos os fins: que estou recusando o atendimento médico disponível pelo SAMU /Campina Grande - PB nesta oportunidade;

Assinatura do presidente regional: Avel

25

51-0-75
C. J. G. v. C.

Comprovante de residencia



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Enivaldo Bernardino de Oliveira,
RG nº 16.720.753-2 data de expedição 08/02/2016 Órgão
SSP/PB, CPF nº 380.587.044-49, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Redondo</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Curité</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.475-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picuí - PB, 17 de Fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: Enivaldo Bernardino de Oliveira

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA
SIT RETIRO, S/N - AREA RURAL
CUTE / PB CEP: 58175000 (AG: 80)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BANDA LARGA MONOFÁSICO
Roteiro: 3 - 105 - 35 - 1020
Referência: Dez / 2015
Nº medidor: 00001163044

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 290, Km 25 - Cód. Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.025.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.623-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica NT000 156.589
Código para Débito Automático: 00012137416

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

44a9 b008 a2c5 8acc ea0a 0e41 a46f 7588

Conta referente a

GDC (Código do Consumidor): 5/1218741-5

Canal de contato

Dez / 2015

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Apresentação

07/12/2015

Data prevista da próxima leitura

07/01/2016

CPF/ CNPJ/RANI

39058707449

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
09/11/15	5259	07/12/15	5317	81

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 02/12/2015 PAGAS...
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14403	4,33
Consumo - 31 a 100kWh-BR	31	0,24764	7,68
Adic. B. Vermelho			1,30
Subsídio			14,93
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (Base de Cálculo R\$ 42,44 / Alíquota 25,00%)			10,61
PIS			0,84
COFINS			2,85
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			3,45
Devolução Subsídio			-14,93

Histórico de Consumo
(kWh)

Nov/15	83
Out/15	59
Set/15	83
Ago/15	88
Jul/15	87
Jun/15	78
Mai/15	84
Abr/15	84
Mar/15	74
Fev/15	69
Jan/15	79
Dez/14	69

Média dos últimos meses
88 kWh

Indicadores de Qualidade 2015 - CUTE

Limites da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
DIC MENSAL	11,20	0,00
DIC TRIMESTRAL	22,32	0,00
DIC ANUAL	44,65	0,00
FIC MENSAL	7,80	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,64	0,00
FIC ANUAL	31,28	0,00
DMC	8,08	0,00
DMC	18,80	0,00

VENCIMENTO

16/01/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 30,96

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia a PB	9,43	20,58
Compra de Energia	15,06	32,88
Serviço de Transmissão	0,74	1,81
Encargos Setoriais	2,80	8,49
Impostos Diretos e Encargos	17,95	38,48
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	45,99	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(Def. 10/2015) R\$ 113,10

ATENÇÃO

- Sua Unidade foi faturada como Bateria Pender, tendo um desconto de R\$ 14,93

RECEBIDO

17 AGO. 2017

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

16/01/2016

R\$ 30,96

Roteiro: 3 - 105 - 35 - 1020
Matrícula: 1218741-2015-12-6

83610000000-6 30960054000-4 12187412015-1 12601050019-0

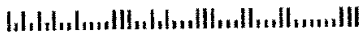


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 11:12:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102711120816200000034336583>

Número do documento: 20102711120816200000034336583

Num. 35955455 - Pág. 10



CTC RECIFE PE PL13

Postagem: 26/07/2017
Vencimento: 05/08/2017

NILO T DANTAS
RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145
JK
58187-000 PICUI - PB

Cartão
Ourocard Mastercard Gold
Nº 5464 **** * 2215

Pág. 001 de 002

Vencimento:
05/08/2017

Atenção:

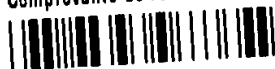
- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, R\$ 1,87. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Saques.

Valor Total:
R\$ **533,76**

Pagamento mínimo: (1)
R\$ **514,69**

Pagamento parcelado: (2)
ENTRADA 498,28
+ 4X 11,09

Comprovante de residência

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso existam.
(2) Para parcelar esta fatura em 5 vezes (1 + 4), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada (R\$ 498,28 - CET 206,72% a.a.). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que seria debitada neste mês já contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte os outros planos de parcelamento e informações sobre o CET, acesse bb.com.br/parcelasufatura, procure um caixa eletrônico ou ligue para o Central de Atendimento do Banco do Brasil.

> Total da Fatura

Saldo - R\$ 533,76
Saldo convertido - R\$ 0,00
Total da fatura - R\$ 533,76

> Resumo em Real

Saldo anterior 916,83
Pagamentos/Créditos - 916,83
Compras/Débitos 533,76
Saldo - R\$ 533,76
Saldo parcelado 0
faturas futuras

> Resumo em Dólar

Compras/Saques 0,00
Outros débitos 0,00
Créditos 0,00
Saldo atual - US\$ 0,00
Taxa de conversão 0,0000
Saldo convertido - R\$ 0,00

1. A variação cambial a crédito ou a débito entre o dólar informado na fatura e a data do vencimento/pagamento será lançada na próxima fatura, sem encargos.

> IOF e Encargos nesta Fatura

IOF Retiradas e uso do limite de crédito rotativo 4,49
Encargos Retiradas na função crédito e uso do limite de crédito rotativo 24,19

> Limites

Total para transação à vista 6.400
Saques (incluído no total transação à vista) 6.400
Total para transações parceladas 0
Credenciário 0

> Ponto pra Você/Livelo

Pontuação acumulada em: 20.07.2017 4.405
Consulte pontos a prescrever e saldo atual:
- caixas eletrônicos: Ponto pra Você > Prog. Recompensas
- Internet: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos
- Aplicativo BB no mobile: Ponto pra Você > Dem. Acum. Pontos

> Encargos Financeiros

Crédito Rotativo 1 9,79
Crédito Parcelado 2 9,79
Juros de atraso 9,30
Multas por atraso 12,79
1- Para o período: % ao mês
2- Taxas para o próximo período: % ao mês

> Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão na Tabela de Tarifas do Banco do Brasil, disponível em todas as agências ou acesse www.bb.com.br

> Uso no Exterior

E preciso habilitar seu Ourocard antes de utilizá-lo no exterior ou em sites hospedados fora do Brasil.

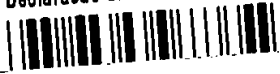
> Custo Efetivo Total (CET)

Serviços	Taxas ao mês (%)	Taxas ao ano (%)	IOF Adicional (%)	IOF Diário (%)	CET ao ano (%)
Crédito Rotativo Saques ¹	9,79	206,72	0,35	0,0082	220,63
Parcelado administradora ³	9,30	190,59	0,35	0,0082	192,53
Pagamento de Contas (parcelado) ^{3,4}	7,35	134,22	0,35	0,0082	139,05

1- Taxas vigentes até o vencimento desta fatura, sujeito a alterações para o próximo período. Para clientes que aderiram ao pacote DOMPRATODOS, a taxa de crédito rotativo e saques Brasil será de 13,60% ao mês, CET 499,28 ao ano, a partir do vencimento da próxima fatura.
2- Resultado da incidência da Taxa ao ano, IOF Adicional e IOF Diário projetado para o período de um ano.
3- Taxas de juros sujeitas a alterações. Em caso de dúvidas, consulte o Central de Atendimento BB.
4- Os serviços não estão disponíveis para clientes não-credenciados do Banco do Brasil.
Cbs: Taxa de Saque: R\$ 8,00 por evento. Taxa de Pagamento de Contas: R\$ 4,00 por evento.

BANCO DO BRASIL		001-9	00194.52101 00053.167276 80000.000663 5 000		
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP NILO T DANTAS - CPF 047.951.774.65 RUA ROLDÃO Z DE MACEDO 145 - JK - 58187-000 - PICUI - PB					
Sacador / Avalista					
Nosso Número	Nº do documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pago	
000000000053167276		05/08/2017	533,76		
Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ/Endereço					





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº380/08, 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 **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**

2ª via, expedido por **SSP/PB**, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na

qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

Erivaldo Bernandino de Oliveira

do sinistro de DPVAT da natureza Involuntário

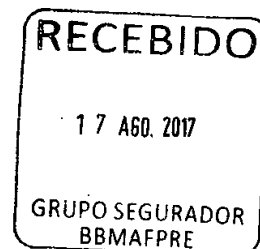
da vítima Erivaldo Bernandino de Oliveira

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE DE RESIDENCIA.**


NILO TRIGUEIRO DANTAS
RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65
PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERO JOSE MARTINS,
RG nº 2835162, data de expedição 22/11/05,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 044.948.694-06, com
domicílio na cidade de CUITÉ, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Retino, nº S/N,
complemento Fazenda Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA cujo o condutor era

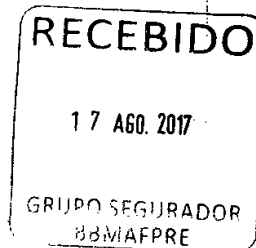
Veículo: MOTO
Modelo: YAMAHA YBA 125 K
Ano: 2002
Placa: MOV-2970/13
Chassi: 9C6KE044
Data do Acidente: 02/09/15
Local e Data: CUITÉ/PB, 29/02/16



Cicero José Martins
Assinatura do Declarante

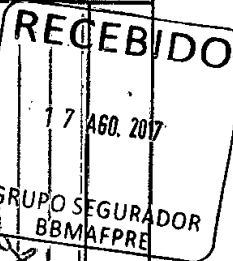
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - ZONA NORTE - CUITÉ/PB
Av. Samaritana Maria Andréia de Castilho, 391 - 25 de Janeiro - CEP: 58175-000 - Fone: (83) 3372-1123
Tabela Substituta: Noraneide Marinho Nascimento
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: CICERO JOSE MARTINS, DOU FE, Cuité-Paraíba, 29/02/2016.
Noraneide Marinho Nascimento
Selo Digital de fiscalização: Tipo Normal A-ACX11005-LIMP
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$: 2,00 FARPEN R\$: 0,13 FEPJ R\$: 0,79
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ INZAGA FERNANDES		NATUREZA DA CONSULTA Cirurgia	
SUS FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		Consulta Básica (PAB): Consulta Especializada: Ortopedia / Cirurgia	
UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO Código 69 Unidade: 00023671 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA UF: 25			
PACIENTE: Nome: ERIVALDO BERNARDINI DE OLIVEIRA Sexo: MASCULINO Idade: 48		PROCEDIMENTO Cirurgia	
Profissão: (FMS) Endereço: RETIRO Município: CATECE Estado: Paraíba CEP: 57014-000		TIPO DE ATENDIMENTO ☐ 01 - URGÊNCIA ☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA ☐ 03 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO ☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÁNSITO ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS	
RAÇA/COR () 1 - BRANCA () 2 - PRETA () 3 - PARD () 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO		MEDICAÇÃO ☐ 01 - PRESCRITA ☐ 02 - RECEBIDA ☐ 03 - RESERVAÇÃO ☐ 04 - OUTRO HOSPITAL ☐ 05 - OUTROS	
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: O paciente é casado, com 4 filhos, residente em Av. Floriano Peixoto, 4700, Malvinas, Campina Grande, Paraíba. Apresenta queixa de dor no membro superior direito, iniciada há 24 horas, com intensidade de 8/10, piorando à noite e com limitação de movimento. Não há trauma, ferimentos ou uso de drogas. Não há antecedentes de doenças crônicas.		SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO/PROCEDIMENTO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 00	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO Exame - físico		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S) XSS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO X ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)	
RESULTADOS			
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 1. Voltex 10mg 300 2. Comprimido 30mg 200 3. 4. 5.			
DIAGNÓSTICO / CID: S10.01			



05.09.15 # C.A. 60077 H.R. 60077
(03.40) Ponto para o ponto de vista, segundo

3. De acordo com o artigo 6.º, parágrafo único,

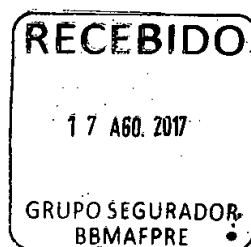
de acordo com o artigo 6.º, parágrafo único,

6. De acordo com o artigo 6.º, parágrafo único,

segundo o parágrafo 1.º do artigo 6.º,
(vinte e sete pontos de vista, em total)

Cd: Otimização de energia

Atividade avaliada de 01.000000



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

01

Paciente	Amélia Brandão de Araújo	Admissão	2	Leito	3	Convênio	
----------	--------------------------	----------	---	-------	---	----------	--

Tratamento	Exatidão
------------	----------

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
11/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
12/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
13/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
14/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
15/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
16/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
17/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
18/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
19/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
20/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
21/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
22/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
23/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
24/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
25/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
26/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
27/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
28/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
29/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
30/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
31/10/2020	Amélia Brandão de Araújo		
01/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
02/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
03/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
04/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
05/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
06/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
07/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
08/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
09/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
10/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
11/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
12/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
13/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
14/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
15/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
16/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
17/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
18/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
19/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
20/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
21/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
22/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
23/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
24/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
25/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
26/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
27/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
28/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
29/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
30/11/2020	Amélia Brandão de Araújo		
01/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
02/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
03/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
04/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
05/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
06/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
07/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
08/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
09/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
10/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
11/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
12/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
13/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
14/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
15/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
16/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
17/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
18/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
19/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
20/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
21/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
22/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
23/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
24/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
25/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
26/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
27/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
28/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
29/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
30/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		
31/12/2020	Amélia Brandão de Araújo		

[illegible]

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
33/09	13.00	34.52			130/80		Acute. Alim. sem dieta, alim. 200 ml e Gudda. 200 ml Carfona. 100 mg. 100 mg.	
33/09	18.00	34.52			130/80			

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

FERNANDO ALVARO DE OLIVEIRA

Admissão

Convênio

mi

08

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

09/09/15

1) PIRETA LUIZ

2) 56-57.5mm de 8/8h

3) 04.00000 2nd 1.00 de 4/4h

4) 11.00000 50.00 de 1.00

5) 15.00000 15.00 de 1.00

6) 15.00000 15.00 de 1.00

7) 15.00000 15.00 de 1.00

8) 15.00000 15.00 de 1.00

9) 15.00000 15.00 de 1.00

10) 15.00000 15.00 de 1.00

11) 15.00000 15.00 de 1.00

12) 15.00000 15.00 de 1.00

13) 15.00000 15.00 de 1.00

14) 15.00000 15.00 de 1.00

15) 15.00000 15.00 de 1.00

16) 15.00000 15.00 de 1.00

17) 15.00000 15.00 de 1.00

18) 15.00000 15.00 de 1.00

19) 15.00000 15.00 de 1.00

20) 15.00000 15.00 de 1.00

21) 15.00000 15.00 de 1.00

22) 15.00000 15.00 de 1.00

23) 15.00000 15.00 de 1.00

24) 15.00000 15.00 de 1.00

25) 15.00000 15.00 de 1.00

26) 15.00000 15.00 de 1.00

27) 15.00000 15.00 de 1.00

28) 15.00000 15.00 de 1.00

29) 15.00000 15.00 de 1.00

30) 15.00000 15.00 de 1.00

31) 15.00000 15.00 de 1.00

32) 15.00000 15.00 de 1.00

33) 15.00000 15.00 de 1.00

34) 15.00000 15.00 de 1.00

35) 15.00000 15.00 de 1.00

36) 15.00000 15.00 de 1.00

37) 15.00000 15.00 de 1.00

38) 15.00000 15.00 de 1.00

39) 15.00000 15.00 de 1.00

40) 15.00000 15.00 de 1.00

41) 15.00000 15.00 de 1.00

42) 15.00000 15.00 de 1.00

43) 15.00000 15.00 de 1.00

44) 15.00000 15.00 de 1.00

45) 15.00000 15.00 de 1.00

46) 15.00000 15.00 de 1.00

47) 15.00000 15.00 de 1.00

48) 15.00000 15.00 de 1.00

49) 15.00000 15.00 de 1.00

50) 15.00000 15.00 de 1.00

51) 15.00000 15.00 de 1.00

52) 15.00000 15.00 de 1.00

53) 15.00000 15.00 de 1.00

54) 15.00000 15.00 de 1.00

55) 15.00000 15.00 de 1.00

56) 15.00000 15.00 de 1.00

57) 15.00000 15.00 de 1.00

58) 15.00000 15.00 de 1.00

59) 15.00000 15.00 de 1.00

60) 15.00000 15.00 de 1.00

61) 15.00000 15.00 de 1.00

62) 15.00000 15.00 de 1.00

63) 15.00000 15.00 de 1.00

64) 15.00000 15.00 de 1.00

65) 15.00000 15.00 de 1.00

66) 15.00000 15.00 de 1.00

67) 15.00000 15.00 de 1.00

68) 15.00000 15.00 de 1.00

69) 15.00000 15.00 de 1.00

70) 15.00000 15.00 de 1.00

71) 15.00000 15.00 de 1.00

72) 15.00000 15.00 de 1.00

73) 15.00000 15.00 de 1.00

74) 15.00000 15.00 de 1.00

75) 15.00000 15.00 de 1.00

76) 15.00000 15.00 de 1.00

77) 15.00000 15.00 de 1.00

78) 15.00000 15.00 de 1.00

79) 15.00000 15.00 de 1.00

80) 15.00000 15.00 de 1.00

81) 15.00000 15.00 de 1.00

82) 15.00000 15.00 de 1.00

83) 15.00000 15.00 de 1.00

84) 15.00000 15.00 de 1.00

85) 15.00000 15.00 de 1.00

86) 15.00000 15.00 de 1.00

87) 15.00000 15.00 de 1.00

88) 15.00000 15.00 de 1.00

89) 15.00000 15.00 de 1.00

90) 15.00000 15.00 de 1.00

91) 15.00000 15.00 de 1.00

92) 15.00000 15.00 de 1.00

93) 15.00000 15.00 de 1.00

94) 15.00000 15.00 de 1.00

95) 15.00000 15.00 de 1.00

96) 15.00000 15.00 de 1.00

97) 15.00000 15.00 de 1.00

98) 15.00000 15.00 de 1.00

99) 15.00000 15.00 de 1.00

100) 15.00000 15.00 de 1.00

Dr. João Riller
CirurgiãoDr. João Riller
Cirurgião



BOLETIM DE ENFERMAGEM

Num. 35955455 - Pág. 23



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Paciente	Equipe de Atendimento de Urgência	Alojamento	ALA A	Armadilha	Leito	Comunidade
----------	-----------------------------------	------------	-------	-----------	-------	------------

Data	Prescrição Médica	ATI	Horário	Evolução Médica
04/01/2020	1) Direta Livre			
2) S.V.				
3) S.E. 500ml de 8,18h				
4) Dexametasona 2mg + 500ml de 8,18h				
5) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
6) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
7) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
8) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
9) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
10) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
11) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
12) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
13) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
14) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
15) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
16) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
17) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
18) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
19) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
20) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
21) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
22) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
23) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
24) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
25) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
26) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
27) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
28) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
29) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
30) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
31) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
32) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
33) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
34) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
35) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
36) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
37) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
38) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
39) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
40) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
41) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
42) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
43) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
44) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
45) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
46) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
47) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
48) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
49) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
50) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
51) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
52) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
53) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
54) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
55) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
56) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
57) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
58) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
59) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
60) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
61) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
62) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
63) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
64) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
65) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
66) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
67) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
68) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
69) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
70) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
71) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
72) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
73) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
74) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
75) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
76) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
77) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
78) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
79) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
80) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
81) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
82) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
83) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
84) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
85) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
86) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
87) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
88) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
89) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
90) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
91) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
92) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
93) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
94) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
95) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
96) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
97) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
98) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
99) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				
100) Foliclor 500mg + 500ml de 8,18h				

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Divisão

Paciente | Cavalcão, Jeanmarino de

Alcômbio

Leito

Convênio

Data

08/09/2020

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Prescrição Médica

Desta vivas

500 mg de ampicilina

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Prescrição Médica

500 mg de ampicilina

1x ao dia

1x ao dia

Paciente admitido no enfermaria

Obs: Paciente admitido no enfermaria no dia 08/09/2020 no dia 09/09/2020

[illegible]

GOVERNO DA PARÁIBA	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome: RAFAEL B. DE OLIVEIRA Registro: 1603-3-3 Setor: Atendimento	
2. AVALIAÇÃO GERAL	
SGT: 1603-3-3	kg: 60 Altura: 1,70
SGT: 1603-3-3	kg: 60 Altura: 1,70
SGT: 1603-3-3	kg: 60 Altura: 1,70
3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS	
REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	
Nível de consciência: (X) Consciente () Ocuado () Comuso () Leirgico () Torporoso () Comitioso () Ocuo	
GLASGOW (15-15):	
Pupilas: (X) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorrogénicas () Mídicas () Mídicas	
Mobilidade Física: (X) Preservada () Paroia () Fligia () Porctesia Local	
Linguagem: () Qual? () Distonia () Afasia () Distasia () Disartria	
Obs:	
OXIGENAÇÃO	
Respiração: (X) Espontânea () Colater Nasal () Venturi % 10 () Tragueosistemia () Ayro/Tubo T	
() VIANI () VIANI T ^o Comissura labial ^{1o} FIO2 % PEEP cmH ₂ O	
(X) Espúria () Taquípnea () Bradipnéia () Dispneia () Outros:	
Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente () Diminuído () D () E	
Ruídos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estítor () Outros:	
Tosse: (X) Impulsiva () Productiva () Expectoração: () Quantidade e aspecto:	
Aspiração: Quantidade e aspecto: () Direção de tosse: () D () E () Scto e água:	
Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:	
Gasometria arterial: PH 7,38 PCO ₂ 30 PO ₂ 100 HCO ₃ 24 EB 0 SPO ₂ 98 Data: 27/10/2020 Hora: 11:12	
PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS	
Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:	
SEGURANÇA FÍSICA	
(X) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda. Observação:	
REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR	
Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.	

Pele: (x) Coada () Hipocorada () Cienose () Sudorosa () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: () < 3 segundos () > 3 segundos () Turbênia jugular: ()	
Preordialgia: ()	
Drogas vasotivas: () Quais?	
Ausculto cardíaca: (x) Rítmica () Arritmica () Sopra () Ouro. Ritmo: () Transitório () Definitivo	
Cator vascul: (x) Periférico () Central () Dissecção, localização: M 3 E Data da punção: / /	
Edema: () MASS () MALL () Face () Anasico. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: (x) Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa () Incompleta () Prótese.	
Alimentação: (x) VO () SNG () SNE () Gavage () Jejunostomia () NPT. Hora: Data: / /	
Alterações: () Inapetência () Dislalia () Intolerância alimentar () Vômito () Priso () Outros:	
Abdômen: (x) Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: (x) Normotivos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: () Normal () Líquida () Consistida na dia () Outros: S / 5 / 2020	
Eliminação urinária: (x) Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/m.	
Aspecto: () Outros: Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: (x) Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros:	
Coloração da pele: () Normotizada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: (x) Límidas () Secas. Manifestações do sodo: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Curativo cm: / /	
Orcão: () Tipo/Aspecto: Débito: Relato em: / /	
Úlcera de pressão: () Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limite físico: () Acumado () Cadeia de rodas () Outros:	
SONO E REPOUSO	
(x) Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: (x) Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Inadeq:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Católica () Evangélica () Espírita () Judaica () Musulmana () Outras: Observações:	
INTERCORAÊNCIAS	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
DATA: 12/09/15 HORA: 09:10	

FONTE: GORONHÃO, R.C. Cuidado de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() Avaliar a situação do paciente.		() Observar a eliminação intestinal eficaz / adequada / malhada.
() Estimular a ingestão de alimentação balanceada e não irritante.		() Melhorar a circulação arterial.
() Observar e registrar a eliminação intestinal (cor, odor, consistência e ou outros).		() Manter a glicemia estável.
() Avaliar a glicemia capilar, anotar e monitorar CPIM.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Atender para as curvas de redução e volume (arritmia, mediar CPIM, reavaliar em 30 minutos).		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Questionar e anotar sobre a eliminação intestinal e urinária (aparência, frequência e quantidade).		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Observar e registrar alterações de sinais vitais.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Encaminhar ao banho de chuveiro.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Realizar banho no leito (SN) com lavagem de cabelo e couro cabeludo.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Explicar ao paciente as possíveis causas da dor.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Aplicar técnicas de relaxamento, oferecer analgésico tranquilizante e contínuo.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Avaliar características, intensidade e local da dor.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Avaliar alterações de sinais vitais.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Administrar analgésicos conforme prescrição médica e registrar a administração da medicação.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Após administrar analgésicos, avaliar os efeitos, avaliar e registrar os resultados.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Incentivar a ingestão de líquidos.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Observar reações do paciente à medicação.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Proporcionar condições de higiene cuidadosa e realizar curativos de acordo com necessidade ou ACM.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Avaliar condições do curativo.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Orientar e estimular a hidratação da pele.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Orientar e estimular a movimentação no leito.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Auxiliar o paciente a deambular conforme apropriado.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Manter oximetria contínua e anotar valores de SPO2 e comunicar se for menor que 95%.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Observar e anotar condições de perfusão periférica (coloração e temperatura).		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Verificar condições da hidratação do paciente (inchaço, edema, pulso e frequência cardíaca).		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Realizar balanço hídrico.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Observar o local da lesão e a extensão da lesão para detectar sinais fisiológicos.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Trocar após o tempo necessário a cada 72 horas ou se apresentar sinais fisiológicos e anotar.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Realizar descompressão com acúmulo de 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicações.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Utilizar técnica adequada para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Determinar a capacidade de transferência (Ex: nível de mobilidade, intuições aos movimentos, resistência).		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Manter as grades do leito elevadas.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Contar o pulso e a pressão quando necessário.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Manter ambiente calmo e tranquilo.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Orientar repouso no leito.		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
(X) Administrar medicação CPIM:		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Outros		() Avaliar o nível de consciência do paciente.
() Outros *		() Avaliar o nível de consciência do paciente.

FONTE: NCCN, ONCOLOGIA, D. SOUTO, A. S. 2 ed 2013

Carimbo e assinatura do Enfermeiro(a):
Carimbo e assinatura do Técnico de Enfermagem:





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Rivaldo Bernardino de Oliveira PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº 522.4 + 542.0 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 08 / 09 / 15 A 14 / 09 / 15 NECESSITANDO DE 60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 14 / 09 / 15

Dr. Rivaldo Fernandes
Cirurgião TORÁCICO
CRM-PB 5126

[Assinatura]
Ass. do Médico - Nº. do CRM

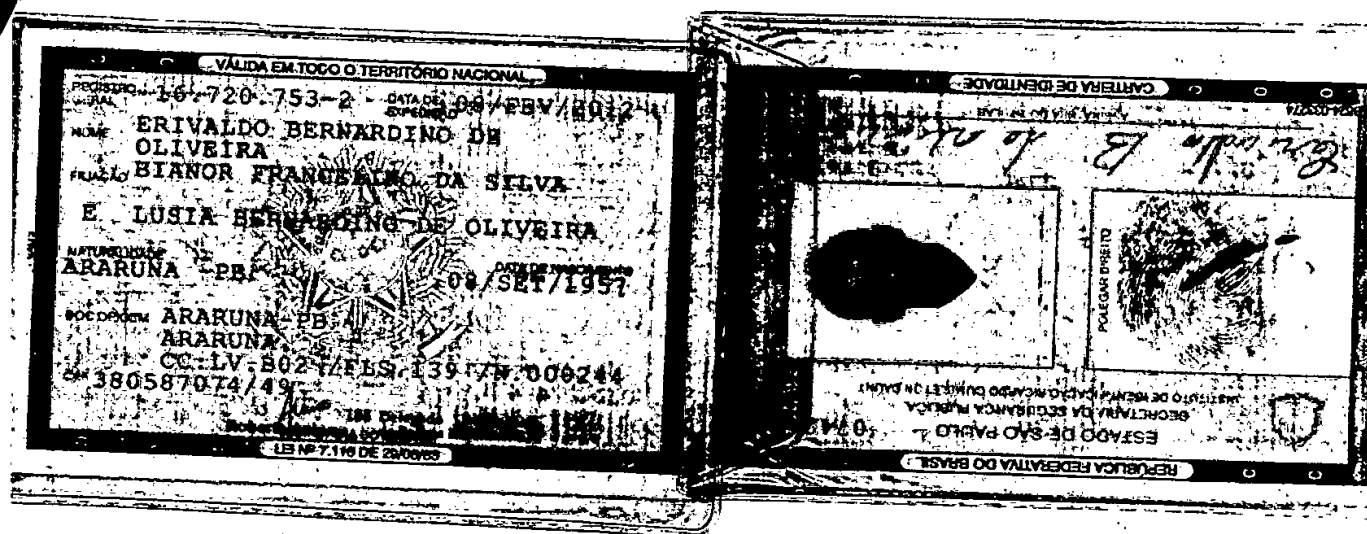
AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





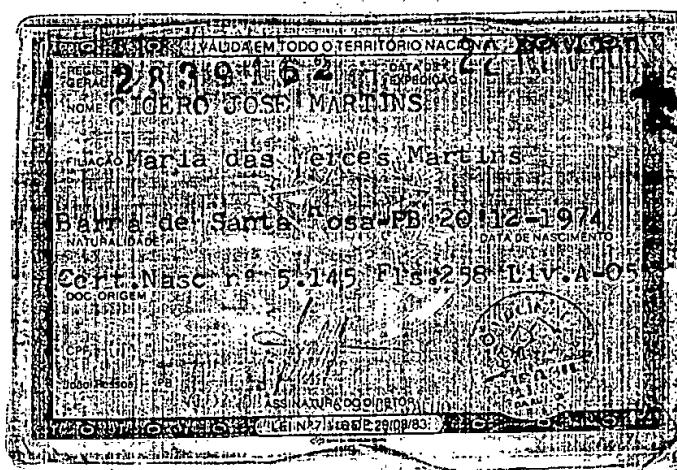
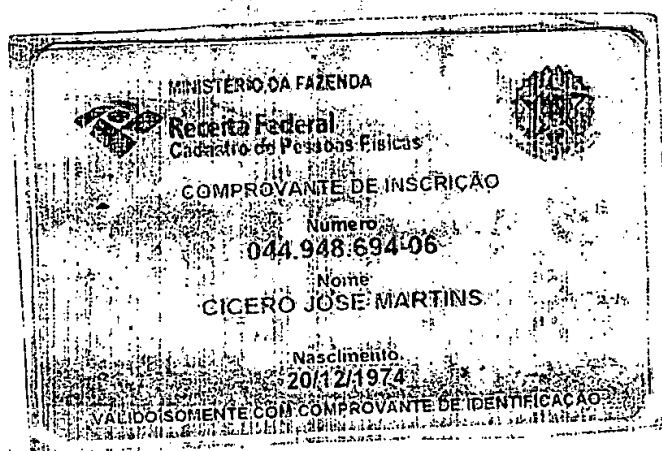
380587074-49



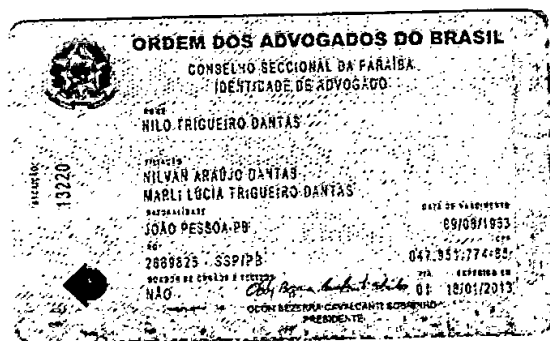
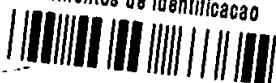
Documentos de identificação

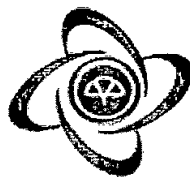


proprietário
do veículo



Documentos de identificação





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

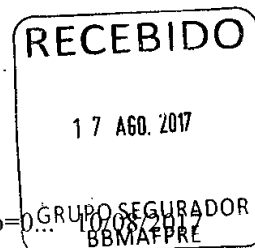
Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente ADRIANA LACERDA NOGUEIRA	
Tipo de Sinistro Invalidiz Permanente/Total		Agência SUCURSAL CAMPINA GRANDE	
Nome do Requerente NILO TRIGUEIRO DANTAS		Nome da Vítima ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIR	CPF da Vítima 38058707449
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☐ DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☐ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☐ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais ☐ Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte		Invalidiz Permanente	
☐ Certidão de Óbito (Cópia autenticada) ☐ Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) ☐ Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) ☒ Autorização de Pagamento ☐ Prova de Companheirismo junto ao INSS ☐ Declaração de Dependentes na Rec.Fed. ☐ Prova de Dependência na CTPS ☐ Certidão de Nascimento ou Casamento ☐ Declaração de Únicos Herdeiros ☐ Certidão de Nascimento ☐ Certidão de Óbito dos Gen ☐ Alvará Judicial		☐ Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Doctos. Entregues e Observações Declaração de ausência de laudo do IML 0320636/14	
Outros		DAMS	
☐		☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico ☐ Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) ☐ Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) ☐ Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...>



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170458740 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/09/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE TÓRAX

Resultados terapêuticos: SEM DEBILIDADE PERMANENTE

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Jorge da Silva Motta



Procuração

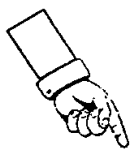


PROCURAÇÃO

Outorgante: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA,
brasileiro(a), DIVORCIADO, ABOLUCION,
portador(a) do RG nº. 16720753-2 expedido por SSP/SP em
08/02/2012 e do CPF nº. 380.587.074-49, residente na (o)
SITIO PETIÃO, S/N, ZONA RURAL
_____, município de CUITÉ - PB, CEP 58175-000

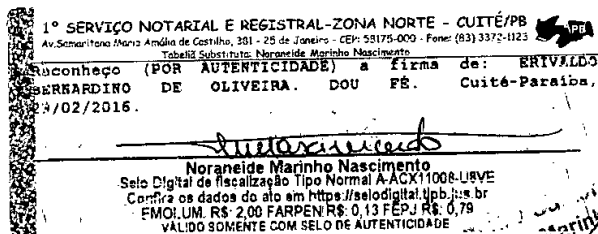
Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a
OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825
SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão
Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.:
(83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: 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 que constitui o CONSÓRCIO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

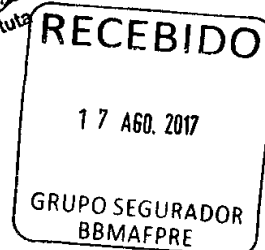


Picuí - PB, 29 de Fevereiro de 2016.

Erivaldo Bernardino de Oliveira
outorgante



Noraneide Marinho Nascimento
Tabelião Substituto
Cuité-PB



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 016.3.20.00656/01
			Data de emissão: 15/10/2020
Nº do Processo: 0800763-49.2018.815.0161	Comarca: Cuíte	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 016.2020.600656 Tipo da Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 51,87
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovente ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 9.450,00			Parcela: 1/1
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Valor total: R\$ 312,57
866800000030 125709283183 520201031017 632000656017 			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 312,57

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 016.3.20.00656/01
			Data de emissão: 15/10/2020
Nº do Processo: 0800763-49.2018.815.0161	Comarca: Cuíte	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 016.2020.600656 Tipo de Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 51,87
Promovente ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Valor da causa: R\$ 9.450,00			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 312,57
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 312,57

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 016.3.20.00656/01
			Data de emissão: 15/10/2020
Nº do Processo: 0800763-49.2018.815.0161	Comarca: Cuíte	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2020
Número da 016.2020.600656 Tipo de Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 51,87
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 311,22 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovente ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 9.450,00			Parcela: 1/1
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Valor total: R\$ 312,57
866800000030 125709283183 520201031017 632000656017 			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 312,57



Nº DA PARCELA	Nº DA CONTA JUDICIAL 0	
DATA DA GUIA 21/10/2020	AGÊNCIA (PREF / DV) 0	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL
UF/COMARCA PB	Nº DO PROCESSO 08007634920188150161	DEPOSITANTE RÉU
NOME DO RÉU/IMPETRADO SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	ORGÃO/VARA Vara Cível	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 312,57
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA	TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 092486080000104
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA E2CD90D247BEE121	TIPO DE PESSOA FÍSICA	CPF / CNPJ 38058707449
CÓDIGO DE BARRAS 86680000003 0 12570928318 3 52020103101 7 63200065601 7		





EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CUITE/PB

Processo n. 08007634920188150161

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CUITE, 14 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



PROCESSO ORIGINÁRIO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CUITE / PB

Processo n.º 08007634920188150161

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

APELADA: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

Insta ressaltar a PRESCRIÇÃO da pretensão da Apelada, a qual inobservou a regra do art. 206, §3º, IX, cancelada pelo verbete sumular nº 405, do STJ.

PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO

MATERIA DE ORDEM PUBLICA

Ab initio, mister ressaltar que o prazo prescricional para ajuizamento da presente ação é de três anos, segundo preceitua **artigo 206, § 3º, IX, do Código Civil**¹, sendo este prazo ratificado pelo Superior Tribunal de Justiça desde 2009 através da **Súmula 405**².

Merecedor de destaque o Verbetes Sumular nº 229 do Superior Tribunal de Justiça, o qual assevera que o pedido administrativo **suspende o prazo prescricional**. Logo, temos que a **retomada** do prazo prescricional se dá com a negativa do pedido administrativo, pois este que dá fim à suspensão daquela contagem.

Assim, por certo, tratando-se o pedido administrativo de uma causa **suspensiva** do prazo prescricional, o lapso transcorrido entre a data da ciência inequívoca (acidente) e o início da causa suspensiva (pedido administrativo) deve ser considerado para fins de somatório ao prazo verificado após cessada a suspensão.

Deste modo, verificou-se no caso em epígrafe a ocorrência da prescrição da pretensão da parte Apelante ao recebimento do Seguro, considerando que o acidente ocorreu na data de **07/09/2015**, ao passo que o pedido administrativo ocorreu no dia **17/08/2017**, conforme pode se comprovar através de simples análise do processo administrativo, transcorrendo entre os dois marcos, o prazo de **1 ANO E 11 MESES**.

Após, a data da negativa do pleito administrativo, ou seja, o fim da causa suspensiva, que se deu na data de **31/08/2017**, temos que a data de ajuizamento da ação ocorreu no dia **07/12/2018**.

Por certo, deve ser considerado o prazo transcorrido ANTES da causa suspensiva, que será somado ao tempo verificado APÓS cessada aquela hipótese e conforme se comprova na documentação acostada aos autos, a pretensão da Recorrida se fulminou em 31/10/2018.

1 Art. 206 (três) Prescreve: 3ºEm 3 anos: IX - a pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso do seguro de responsabilidade civil obrigatório

2 Súmula 405 STJ: "A ação de cobrança do seguro obrigatório (DPVAT) prescreve em três anos"



Vejam os dados:

- DATA DO ACIONAMENTO ADMINISTRATIVO 17/08/2017:

Autorização de pagamento
Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO 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, ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA
PORTADOR(A) DO RG Nº 16.420.453-2 EXPEDIDO POR SSP SP EM 08/02/2012
CPF (3105910044-9) / CNPJ _____, PROFISSÃO ABREVIADA
E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 aparecerem 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que NÃO esteja com a 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 004 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 06522 N° da CONTA (com dígito, se existir) 25015-9

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.

- DATA DA NEGATIVA 31/08/2017:



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11575241

A/C: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170458740 ASI-0320636/17
Vítima: ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 07/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

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



Destarte, pugna-se pela reforma da n. Sentença, por estar absolutamente prescrita a pretensão da Apelante.

DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ

Destaca-se que o caso em tela não comporta o afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos, que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas à recuperação da lesão acometida em virtude do acidente³.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez.

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Apelante ter se submetido a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por estar em discussão indenização por invalidez **permanente**.

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a “ciência inequívoca” se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega a parte Apelante, somente após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável o afastamento da súmula 278 do STJ, haja vista a carência probatória do tratamento contínuo⁴, razão pela qual merece reforma a r. sentença.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Recorrente no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada *in totum* a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso.

Ex Positis, requer seja acolhida a prejudicial de mérito arguida na presente peça recursal, com a consequente extinção do feito com resolução do mérito, nos termos do art. 485, V, CPC, haja vista a Prescrição da pretensão da Apelada.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

³STJ, A.I nº 1.375.362 – MT, Relator Ministro Raul Araújo, julgamento 30/11/2011 “RECURSO DE APELAÇÃO - DECISÃO MONOCRÁTICA - RECONHECIMENTO DE PRESCRIÇÃO – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - SÚMULA Nº 405 DO STJ - PRAZO DE 03 (TRÊS) ANOS ART. 206, § 3º, IX, DO CC/2002 - SÚMULA Nº 297 DO STJ - INAPLICABILIDADE NO CASO CONCRETO -PRESCRIÇÃO OCORRIDA ANTES DO INÍCIO DE QUALQUER EXAME PERICIAL - IMPOSSIBILIDADE DA PRESCRIÇÃO FICAR DEPENDENTE DE AÇÃO POTESTATIVA DA VÍTIMA – VONTADE DE SE SUBMETER OU NÃO AO EXAME – RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.”

⁴PROCESSO CIVIL- APELAÇÃO - AÇÃO DE COBRANÇA - DPVAT- ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 07 DE JUNHO DE 2008 - INÍCIO DA CONTAGEM DO PRAZO PRESCRICIONAL - DATA DO FATO - PRAZO TRIENAL OCORRÊNCIA DA PRESCRIÇÃO - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. 1. Deve-se aplicar ao caso em análise o prazo prescricional previsto para o seguro de responsabilidade civil obrigatório.2. Ausente a comprovação de tratamento continuado da debilidade física ou o pagamento administrativo, a contagem do prazo prescricional tem início a partir da data do fato.3. Entre a data de propositura da ação e o fato, passaram-se quase 04 (quatro) anos. De acordo com o novo Código Civil, portanto, deve ser aplicado ao caso em tela o prazo de 3 (três) anos, constante no art. 206, § 3º, IX do novo Código Civil, restando configurada a prescrição.4. Recurso a que se dá provimento.



CUITE, 14 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 11:12:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102711120859500000034336586>
Número do documento: 20102711120859500000034336586

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **15477 - OAB/PB** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ERIVALDO BERNARDINO DE OLIVEIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CUITE**, nos autos do Processo nº 08007634920188150161.

Rio de Janeiro, 14 de outubro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 11:12:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102711120859500000034336586>
Número do documento: 20102711120859500000034336586