



Número: **0819488-81.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **21/11/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>NATIVO BARBOSA DE LIMA (AUTOR)</b>	<b>EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37016 710	24/11/2020 10:34	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
37016 712	24/11/2020 10:34	<a href="#"><u>2622791_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
37016 715	24/11/2020 10:34	<a href="#"><u>2622791_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343389500000035327111>  
Número do documento: 20112410343389500000035327111

Num. 37016710 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180519661      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NATIVO BARBOSA DE LIMA      **Data do acidente:** 30/12/2017      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 13/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".





Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **NATIVO BARBOSA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180519661**  
Vitima: **NATIVO BARBOSA DE LIMA**  
Data do Acidente: **30/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180519661**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13555775

Pag. 01137/01138 - carta\_01 - INVALIDEZ



---

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180519661  
Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA  
Data do Acidente: 30/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180519661**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00659/00660 - carta\_04 - INVALIDEZ

00020330  


Carta nº 13594981





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL  
**0101868118**

CPF da Vítima  
**601.474.904-72**

Nome completo da vítima  
**NATIVO BANBOSA DE LIMA**

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

Nome completo <b>NATIVO BANBOSA DE LIMA</b>	CPF titular da conta <b>601.474.904-72</b>	Profissão <b>AUTÔNOMO</b>
Endereço <b>Rua Silva Jardim</b>	Número <b>1550</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>JOSE PINHEIRO</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PB</b>
Email <b>BALBINOSCG@HOTMAIL.COM</b>	CEP <b>58.100.000</b>	Telefone (DDD) <b>(83) 998.29-8855</b>

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome <b>BRADESCO</b>	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	D/V <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. <b>0639</b> (Informar dígito se existir)	D/V <b>4</b>
CONTA NRO. <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <b>30260</b> (Informar dígito se existir)	D/V <b>0</b>

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**05 de Novembro de 2018**

Local e Data

**X Nativo Barbosa de Lima**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343446400000035327113>  
Número do documento: 20112410343446400000035327113

Num. 37016712 - Pág. 5

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**  
**Nº00123.01.2018.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 30/12/2017

Hora: 17:08:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Em Frente Ao Paraíso do Alemão, Bodocongó, Campina Grande, PB.

**PARTE(S)**

VITIMA	Nome: Nativo Barbosa de Lima
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Henrique da Conceição e José Barbosa de Lima
	Idade: 70 Data de Nascimento: 08/09/1947 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: viuwo(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Ambulante
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 601.474.904-72
	Endereço: Rua Silva Jardim, 1550, JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
TESTEMUNHA	Telefone: (83) 98882-6546
	Nome: Francisco Pereira Barbosa
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria do Socorro Pereira Barbosa e Não Declarado
	Idade: 36 Data de Nascimento: 12/10/1981 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedor
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 012.306.644-16
	Endereço: Rua Severino Herminio de Carvalho, 275, Bodocongó III, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98839-1535



Procedimento Policial: 00123.01.2018.2.00.420

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343446400000035327113>  
Número do documento: 20112410343446400000035327113

Num. 37016712 - Pág. 6

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



TESTEMUNHA

**Nome:** Francisca Pereira Barbosa  
**Conhecido por:** Não informado  
**Filiação:** Maria do Socorro Pereira Barbosa e Não Declarado  
**Idade:** 35                    **Data de Nascimento:** 20/11/1982            **Identidade de Gênero:** masculino  
**Nacionalidade:** brasileira                    **Naturalidade:** Iguatu  
**Estado Civil:** casado(a)  
**Escolaridade:** Não informado                    **Profissão:** Balconista  
**Documentos(s) de Identificação:** RG nº 3139015 SSP/PB  
**Endereço:** Rua José Pereira Neto Filho, 275, Bodocongó III, Campina Grande, PB  
**Complemento:** Não informado  
**Telefone:** (83) 98687-2010

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca WUYANG, modelo WY50QT, tipo de veículo Ciclomotor, cor branca, ano 2014, placa QFY-8689, chassi LWYMCA209E6013437, renavam 0107252820-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor I/WUYANG WY50QT, Ano/Modelo 2013/2014, cor branca, Placa QFY-8689-PB, Chassi de Nº LWYMCA209E6013437, licenciada em nome de

Nativo Barbosa de Lima, quando trafegava em frente a Cervejaria Paraíso do Alemão, bairro de Bodocongó, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinais e condutor não identificado, entrou trancando, tendo o comunicante colidido na lateral da citada motocicleta, vindo a cair ao solo e sofrido fratura da clavícula do lado esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de abril de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES  
Delegado(a) de Polícia Civil

*Nativo Barbosa de Lima*  
NATIVO BARBOSA DE LIMA

Noticiante

*[Assinatura]*

ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00123.01.2018.2.00.420



2/2





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima  
**NATIVO BARBOSA DE LIMA**

CPF da Vítima  
**601474.904-72**

Data do Acidente  
**30.12.2017**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**C. Grande** . 05 de **Novembro** de **2018**

Local e Data

**Nativo Barbosa de Lima**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343446400000035327113>  
Número do documento: 20112410343446400000035327113

Num. 37016712 - Pág. 8



Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 30/12/2017	<b>HORA:</b> 17:08 HS	<b>ID Nº:</b> 1662048
<b>NOME:</b> NATIVO BARBOSA DE LIMA		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> EM FRENTE AO PARAÍSO DO ALEMÃO - BODOCONGO		
<b>COMPLEMENTO:</b>		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE/PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 7 de março de 2018.

Deoclecio F Nascimento  
SUPERVISOR  
SAMU 192 CG

Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



ADRIANA BARBOSA DE LIMA  
RUA SILVA JARDIM, 1650 - JOSE PINHEIRO  
CAMPINA GRANDE/PE CEP: 58100000 (AG: 401)

Emissao: 09/10/2018 Referencia: Out / 2018 ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MOD: PARENTE Cidade: Sudeste - Três Irmãos - Campina Grande/PE - CEP: 58423-700  
Rotero 4-401-254-1360 N° medidor: C0000245983 CNPJ:03.826.586/0001-95 Inscrição Estadual: 16.003.839-1



Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N002.053.513  
Cód. para Débito Automático: 0000042928

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisab.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	09/10/2018	08/11/2018	016.217.734-86 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 4/42592-6

Canal de contato

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

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura	Data Leitura			

Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Válida Base/Cálculo	Alta	ICMS(R\$)	ICMSF (R\$)	Outros(R\$)		
0801	Consumo até 50kWh-BR	30.000	0,252240	7,58	7,58	27	2,04	7,58	0,05	0,37
0801	Consumo - G1 a 100kWh-BR	70.000	0,492420	30,27	30,27	27	8,17	30,27	0,32	1,51
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	1.000	0,643960	0,84	0,84	27	0,17	0,84	0,01	0,03
0801	Adz. B Vermelha			3,97	3,97	27	1,07	3,97	0,04	0,20
0810	Subsídio	40,39	40,39	27	10,91	40,39	0,44	2,02		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUICAO PÚBLICA			5,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018			0,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018			0,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-27,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 67,69 82,93 22,36 82,84 0,88 4,13

Média últimos meses (kWh) 83 VENCIMENTO 18/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 62,69

Histórico de Consumo (kWh)  
83 | 97 | 94 | 93 | 94 | 94 | 104 | 101 | 103 | 92 | 81 | 80  
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO  
aac7.5b98.d9bc.790a.c027.1836.7c62.f9d7.

Indicadores de Qualidade 08/2018 - Campina Grande 1			Composição do Consumo		
Limits da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI/MENSAL	5,31	0,00	Benfício de Dist. da Energisa/BC	7,63	12,48
DI/TRIMESTRAL	10,82	NOMINAL	Compr. de Terceiros	15,98	24,53
DI/ANUAL	21,25		Outro de Transmissão	1,90	3,03
FIC/MENSAL	3,90	0,00	Encargo Sazonal	5,31	8,28
FIC/TRIMESTRAL	8,60	CONTRATADA	Impacto Diretas e Encargos	34,27	54,87
FIC/ANUAL	13,20	LIMITE INFERIOR	Outras Sazonais	0,00	0,00
DI/IRI	1,22	LIMITE SUPERIOR	Total	62,69	100,00
			Valor do EUSD (Ref 08/2018) R\$ 5,81		

ATENÇÃO		Faturas em atraso
- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanecem(m) em atraso as faturas acima mencionadas.		Set/18 49,50
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.		
- Fatura que não é inclusa em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.		
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$27,03.		

BORBOREMA  
Rotero 4-401-254-1360  
Matrícula: 42592-2018-10-5  
VENCIMENTO 18/10/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 62,69  
83680000000-9 62690147000-7 00425922018-6 10500401019-2



012/2017



## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Coronérgico: Vértebrae de coluna moto - moto, potencia  
capaz. Refere dor em sentido direito: sem dor  
dorsos. Nega que queijo ou puder ser causado.  
No exame, torax e Abdome n/alterado.*

## ATENDIMENTO URGENCIA

PRONT (B.E) Nº:1571412 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Málvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/12/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: NATIVO BARBOSA DE LIMA CEP:58400002 Nascimento:08/09/1947

Sexo:M Telefone: 88391535

Idade:070 Bairro:BODOCONGO

RG: N°:275

Profissão:APSENTADO

CPF: CNS:706402674473886

Data de Atend:30/12/2017

Hora: 17:47:49 CONVÉNIO:SUS

Especialidade:

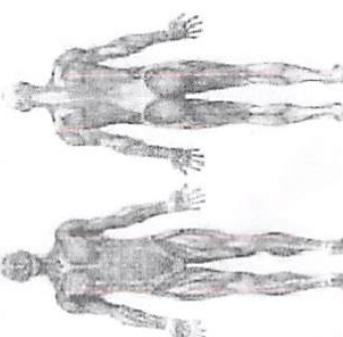
CRM:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abraçacão
2. Amputação
3. Avulsação
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Erramagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Ccritiso
15. F. Cortante
16. F. Corre-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingerimento Venoso
23. Lesão cerebral
24. Lesão cardíaca
25. Lunção
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enravivado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parese
33. Queimadura
34. Rinorrágia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = %  
DIAGNOSTICO / CID: P.D.Karman
<http://10.1.1.48/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1571412>

05 NOV. 2018





GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

Nome: Nathália Bonfá

Requisição:

SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					

DADOS CLÍNICOS:

Altura

ULTRASSONOGRAFIA  
Realizada em:  
30/12/12

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

VSG FAST

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTONA: <input type="checkbox"/>
DATA: <u>30/12/17</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO: _____

MOD. 002

Carimbo e Assinatura do Médico





GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Suelio Moreira Torres											
IDADE:	114		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		PRONTUÁRIO:	
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A							

DADOS CLÍNICOS:

180 cm

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio X  
Realizado em:  
30/11/2018

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTIÑA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	30/11/2018	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Júlio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 0365

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

05 NOV. 2018

L/12  
ASSESSORIA  
CORRETORA DE SEGUROS





GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

NAME:	Walter Bonfim									PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:				
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									
DADOS CLÍNICOS:											
Cidnei Bonfim											
30/11/2020											
EXAMES SOLICITADOS:											
Rx de Tórax e Oftalmoscopia											
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>								
DATA:	30/11/2020	HORA DA SOLICITAÇÃO:									
Carimbo e Assinatura do Médico											

MOD. 002



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

卷之三

1920-1921  
1921-1922  
1922-1923  
1923-1924  
1924-1925  
1925-1926  
1926-1927  
1927-1928  
1928-1929  
1929-1930  
1930-1931  
1931-1932  
1932-1933  
1933-1934  
1934-1935  
1935-1936  
1936-1937  
1937-1938  
1938-1939  
1939-1940  
1940-1941  
1941-1942  
1942-1943  
1943-1944  
1944-1945  
1945-1946  
1946-1947  
1947-1948  
1948-1949  
1949-1950  
1950-1951  
1951-1952  
1952-1953  
1953-1954  
1954-1955  
1955-1956  
1956-1957  
1957-1958  
1958-1959  
1959-1960  
1960-1961  
1961-1962  
1962-1963  
1963-1964  
1964-1965  
1965-1966  
1966-1967  
1967-1968  
1968-1969  
1969-1970  
1970-1971  
1971-1972  
1972-1973  
1973-1974  
1974-1975  
1975-1976  
1976-1977  
1977-1978  
1978-1979  
1979-1980  
1980-1981  
1981-1982  
1982-1983  
1983-1984  
1984-1985  
1985-1986  
1986-1987  
1987-1988  
1988-1989  
1989-1990  
1990-1991  
1991-1992  
1992-1993  
1993-1994  
1994-1995  
1995-1996  
1996-1997  
1997-1998  
1998-1999  
1999-2000  
2000-2001  
2001-2002  
2002-2003  
2003-2004  
2004-2005  
2005-2006  
2006-2007  
2007-2008  
2008-2009  
2009-2010  
2010-2011  
2011-2012  
2012-2013  
2013-2014  
2014-2015  
2015-2016  
2016-2017  
2017-2018  
2018-2019  
2019-2020  
2020-2021  
2021-2022  
2022-2023  
2023-2024  
2024-2025  
2025-2026  
2026-2027  
2027-2028  
2028-2029  
2029-2030  
2030-2031  
2031-2032  
2032-2033  
2033-2034  
2034-2035  
2035-2036  
2036-2037  
2037-2038  
2038-2039  
2039-2040  
2040-2041  
2041-2042  
2042-2043  
2043-2044  
2044-2045  
2045-2046  
2046-2047  
2047-2048  
2048-2049  
2049-2050  
2050-2051  
2051-2052  
2052-2053  
2053-2054  
2054-2055  
2055-2056  
2056-2057  
2057-2058  
2058-2059  
2059-2060  
2060-2061  
2061-2062  
2062-2063  
2063-2064  
2064-2065  
2065-2066  
2066-2067  
2067-2068  
2068-2069  
2069-2070  
2070-2071  
2071-2072  
2072-2073  
2073-2074  
2074-2075  
2075-2076  
2076-2077  
2077-2078  
2078-2079  
2079-2080  
2080-2081  
2081-2082  
2082-2083  
2083-2084  
2084-2085  
2085-2086  
2086-2087  
2087-2088  
2088-2089  
2089-2090  
2090-2091  
2091-2092  
2092-2093  
2093-2094  
2094-2095  
2095-2096  
2096-2097  
2097-2098  
2098-2099  
2099-20100

1962-1973

Exercise family and gender

co. A lot of men & women  
of the old age  
with the disease

*Dr. J. W. Gasko*  
*Castro*  
*Geological Survey*  
*Montana Geology*

Ono  
Dipendente

# Cinegy - geod 20:48 30/12/14  
En Temporales concur-  
te, se extiende, el avance regular impa-  
cta los, bandimientos son de-  
tinue, C.G. = 45, parámetros 300:  
=> abscesos + fistulizaciones. Retraso-  
to x 3000 cm. AST: abundancia de  
fagocitido neutr. Tissue, Edema e  
perfusión al tacto. ex. frío/hielos.  
Tal efecto lo establece  
CD: Ducto lácteo  
Acto, Ruptura

Miguel Ojeda  
Miguel Ojeda  
Carr.

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  Internação (setor) \_\_\_\_\_  Alta hospitalar /  Revitalização  Decisão Médica

( )Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( )Óbito \_\_\_\_\_  
  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



05 NOV. 2018

GRADE 5 GRADE

卷之三

## SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

卷之三

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34

<http://pie.tpbj.us.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343446400000035327113>

Número do documento: 20112410343446400000035327113



**Ficha de Acolhimento**

Nome:	Natílio Baboso	Altura:	1,75
End:	Rua José Neto	Altura:	Bairro: BoaConsulta
Data de Nascimento:	09/09/1947	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente	Data do Atend.:	30/12/17 Hora: 17:00 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	

**Classificação de Risco**

Nível de consciência:	( ) Bom	( ) Regular	( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo	( ) Fáceis de dor	( ) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	( ) Livre	( ) Cadeira de rodas	( ) Maca	Mucosas:	( ) Normocorada	( ) Pálida	

**Estratificação**

*Luz verde*

- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

MOD. 110

- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

*Assinatura e carimbo do profissional*





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

PACIENTE:	NATIVO BARBOSA DE LIMA
DATA DO EXAME:	30/12/2017

**ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”**

**METODOLOGIA:**

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4.0 MHz.

**ANÁLISE:**

**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural.**

**Esteatose hepática difusa acentuada, limitando avaliação de lesões focais no parênquima hepático.**

**Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no baço e rins, identificáveis ao método.**

\*Ressalta-se a limitação do método na detecção de lesões em órgãos sólidos, visceras oca e no retroperitônio.

  
**Dra. Míriam Maria Barbosa Albino**  
Médica Radiologista  
CRM/PB 6435





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Nathália B. de  
Cima  
Fisioterapia

Reabilitação  
do M.S.D.

10 sessões

Dra. Fernanda  
Bianculesso

Dr. Adelir César Wanderley  
CRM-PB 13.3  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
MED. DO TRABALHO  
TEL.: 3332-2418

MOD. 001

05/11/2018

Data

Médico





21

I.F.O PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA
------------------	--	---

P/ITE: NATIVO BARBOSA DE LIMA

DATA DO EXAME: 30.12.2017

REGISTRO: OGRAFIA DE CLAVÍCULA

Fratura da clavícula sem desvios.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas

R/REGISTRO: OGRAFIA DE OMBRO

Fratura da clavícula sem desvios.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas

*[Handwritten signature]*  
Dra. Catarina A.  
CRM PB 6278





### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

José Vitorino Barreto d  
foi atendido (às) hoje, às \_\_\_\_\_ ( )  
horas, necessitando de 60 ( Parentes )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

Fractura de Ossos

Campina Grande, 30/12/2017

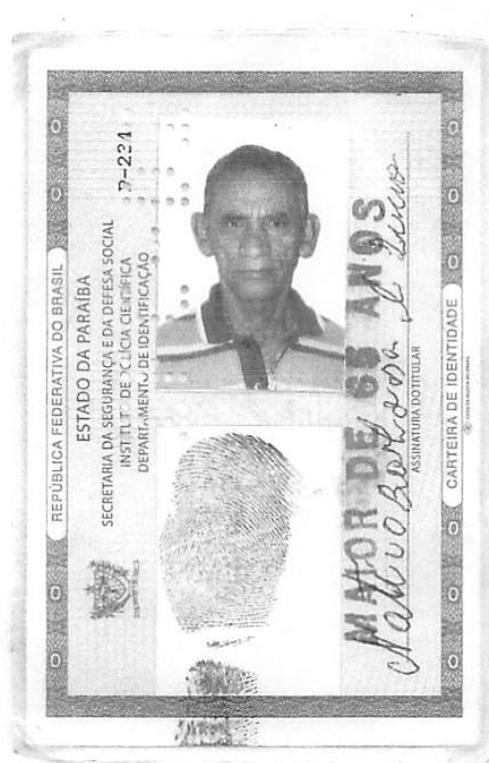
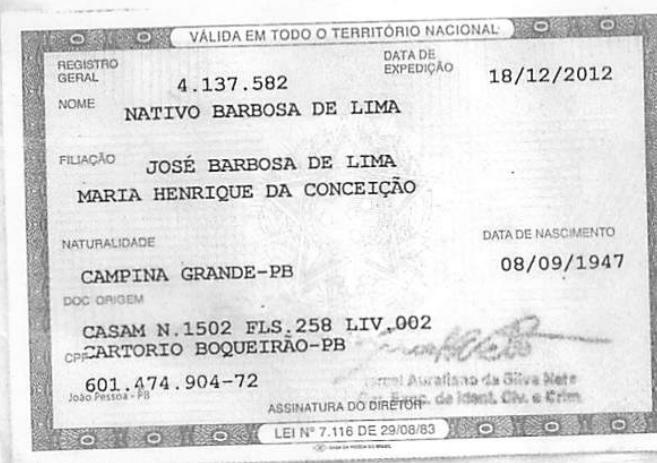
Dr. Ademir Costa Wanderley  
CRM-PB 28.3  
ORTOPEDISTA  
MED. DENTAL  
TELE: 3342-2314

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

OD. 004





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343446400000035327113>  
Número do documento: 20112410343446400000035327113

Num. 37016712 - Pág. 21

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD. RENAVAM FRT N° 012973959804  
1 0107252820-4 00/00000000 2017  
NOME: NATIVO BARBOSA DE LTMA  
CPF/CNPJ: 60147490472 PLACA: QFY8689/PB  
PLACA ANT/UF: NOVO PB CHASSI: LEYMCA209E6013437  
ESPECIE TIPO: FAS/CICLOMOTO/NAO APPLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA  
MARC/A MODELO: T/WUYANG WY50QT 2 ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2014  
CAP/POT/CIL.: 2 P/49 /CT CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA  
COTA UNICA: IPVA ISENTO VENC. COTA UNICA: 00/00/0000 1<sup>a</sup>  
FAIXA IPVA: \*\*\*\*\* PARCELAMENTO/COTAS: 0 2<sup>a</sup>  
\*\*\*\*\* 3<sup>a</sup>  
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) JOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 08/02/2017  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO  
CAMPINA GRANDE-PB DATA: 15/02/2017  
33375

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

**PB N° 012973959804 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

2017  
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO NEXO  
60147490472 OF 06689/PB  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA COD. RENAVAM CPF / CNPJ DATA EMISSÃO  
1 01072528204 2017 15/02/2017  
PLACA: QFY8689/PB  
MARC/A MODELO: T/WUYANG WY50QT 2  
ANO FAB.: 2013 ANO MOD.: 2014  
CHASSI: LEYMCA209E6013437  
CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA  
VENC. COTA UNICA: 00/00/0000 1<sup>a</sup>  
PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO DATA DE CUITAÇÃO: 08/02/2017  
PRÉMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) DNATAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*  
SEGURADOR: SEGURO PAGO DATA DE CUITAÇÃO: 08/02/2017  
PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO DATA DE CUITAÇÃO: 08/02/2017  
**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CRPJ 09.243.008/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
33880-1548251-20170215

JUL-2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343446400000035327113>  
 Número do documento: 20112410343446400000035327113

Num. 37016712 - Pág. 22



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA NATIVO Bangosa De LmaDATA DO ACIDENTE 30.12.2017 CPF DA VITIMA 601.474.904-72PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO NATIVO Bangosa De LmaA VITIMA É NATIVO Bangosa De LmaENDERECO DO PORTADOR Rua Silva Jardim

( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM

Nº 1.550 COMPLEMENTO Casa BAIRRO JardimCIDADE Campanha UF Paraná CEP 58.400.000E-MAIL BALDINOSCG@Hotmail.Com TELEFONE (83) 99229-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

( \* MORTE = R\$ 13.500,00 )

( \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME À GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A PRESTAVEL NA LEI 6.194/74.

( ) DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REFIMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME A TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS,

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA
<u>OSLUS 12018</u>	<u>SOCORRO DE SOROCABA</u>
DATA <u>05 NOV. 2018</u>	DATA <u>05 NOV. 2018</u>
IDENTIDADE <u>4.137.582-5 SDS/PB</u>	IDENTIDADE <u>4.137.582-5 SDS/PB</u>
ASSINATURA <u>Walter e Bruna</u>	ASSINATURA <u>Walter e Bruna</u>
ASSINATURA <u>Walter e Bruna</u>	ASSINATURA <u>Walter e Bruna</u>

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180519661      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NATIVO BARBOSA DE LIMA      **Data do acidente:** 30/12/2017      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 13/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343446400000035327113>  
Número do documento: 20112410343446400000035327113

Num. 37016712 - Pág. 24

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401868/18

**Vítima:** NATIVO BARBOSA DE LIMA

**CPF:** 601.474.904-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 30/12/2017

**Titular do CPF:** NATIVO BARBOSA DE LIMA

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

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**NATIVO BARBOSA DE LIMA : 601.474.904-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/11/2018  
Nome: NATIVO BARBOSA DE LIMA  
CPF: 601.474.904-72

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

NATIVO BARBOSA DE LIMA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343446400000035327113>  
Número do documento: 20112410343446400000035327113

Num. 37016712 - Pág. 25



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

**Processo: 08194888120188150001**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NATIVO BARBOSA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 23 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343494700000035327116>  
Número do documento: 20112410343494700000035327116

Num. 37016715 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 10:34:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343494700000035327116>  
Número do documento: 20112410343494700000035327116

Num. 37016715 - Pág. 2