



Número: **0800100-92.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **16/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA (AUTOR)		HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO (ADVOGADO) DIEGO MARTINS DINIZ (ADVOGADO) HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41117 473	25/03/2021 15:47	Petição	Petição
41117 474	25/03/2021 15:47	2688699_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
41117 476	25/03/2021 15:47	2688699_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180266405**

Vítima: **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **02/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180266405**.

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 12969694

Pag. 00537/00538 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180266405**

Vítima: **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **02/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180266405**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Pag. 00731/00732 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12972861



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180266405 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/11/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



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, Antonio Xavier de Oliveira EM 06/03/2018 E
 PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____
 CPF 034609799-00 /CNPJ _____, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Xavier de Oliveira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0985-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 35-709-X

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.

C. de Paula PR 21 de Maia de 2018 Antonio Xavier de Oliveira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

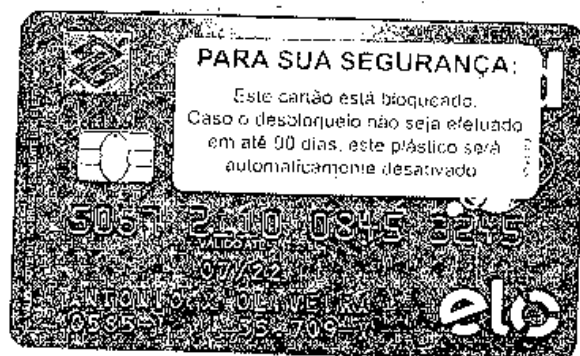
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítim/o/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/03/2021 15:47:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032515471920800000039150788>

Número do documento: 21032515471920800000039150788





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 130/2017

INV

Aos SETE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de CATOLÉ DO ROCHA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SHELDON ANDRIUS FLUCK**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) AD HOC nomeado pela Autoridade Policial, aí, por volta 15h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA, conhecido(a) por ANTONIO, Identidade nº 983.268-SSP/PB, CPF nº 414.609.794-00, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Xavier De Oliveira E Maria Carolino De Lima, natural de Joao Dias/RN, nascido(a) em 21/08/1965 (51 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Rajada, tendo como ponto de referência: ZONA RURAL, na cidade de CATOLÉ DO ROCHA/PB, fone(s) para contato: (83) 9 9614-0993.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 02 de novembro de 2016;
- 3) **Horário do fato:** 10h:40min;
- 4) **Local do fato:** PRÓXIMO A BREJO DOS SANTOS/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS 2007/2007 CHASSI 9C2KC08107R183757 PLACA MNP 9755 COR PRATA EM NOME DE MARIA DAS GRAÇAS ALVES DE OLIVEIRA.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

O comunicante conduzia a motocicleta, quando um animal atravessou a via, fazendo com que o comunicante perdesse o controle do veículo e fosse ao solo.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Antonio Xavier de Oliveira

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
Comunicante

Elias Jorge Montello Junior
Elias Jorge Montello Junior
APC - Mat. 181.890-2





Certidão de casamento



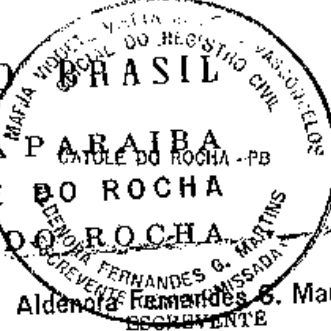
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL — ESTADO DA PARAIBA

MUNICÍPIO E COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA

DISTRITO DA SEDE — CATOLÉ DO ROCHA

Maria Viodete Vieira Maia de Vasconcelos
OFICIAL DO REGISTRO CIVIL



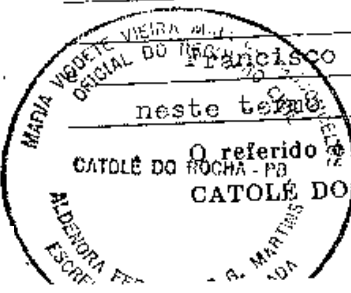
Certidão de Casamento

CERTIFICA que às fls. 11 do Liv. B32 sob o número de ordem 6000 em data de 27 de Junho de 1.990 foi feito o casamento de ANTÔNIO XAVIER DE OLIVEIRA e DALVIRENE ALVES LISBOA que adotou o nome DALVIRENE ALVES LISBOA OLIVEIRA Ele solteiro nascido em João Dias-R. Norte

no dia 21 de Agosto de 1.965 de profissão agricultor domiciliado e residente em Serra Nova deste Mun. filho de Francisco Xavier de Oliveira profissão agricultor e de Maria Carolino de Lima profissão doméstica naturais de R. Norte residentes e domiciliados em Serra Nova deste Município Ela solteira nascida em Panatí Mun. de Alexandria-R. Nor

no dia 13 de Março de 1.963 de profissão doméstica domiciliada e residente em Rajada Mun. de Brejo dos Santos filha de Z Antonio de Lisboa profissão agricultor e de Maria Alves de Lisboa profissão doméstica naturais de esta comarca residentes e domiciliados em Rajada Mun. de Brejo dos Santos

O referido casamento foi celebrado pelo Dr. Samuel Ramalho Brunet Juiz de Direito da Comarca, Pelo REGIME DE Samuel Ramalho Brunet presente as testemunhas Jose Carolino de Lima Francisco Raimundo da Silva residentes e domiciliados em neste termo



O referido casamento deu-se em 27 de Junho de 1990 em Catolé do Rocha, PB. Assinado por Aldenora Fernandes G. Martins, Oficial do Registro Civil.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Antônio Xavier de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 983.268 e inscrito no CPF/MF sob o nº 414.609.794-00, residente e domiciliado na Sítio Rayada município Cidade Catalão do Tocantins Estado Tocantins, 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.

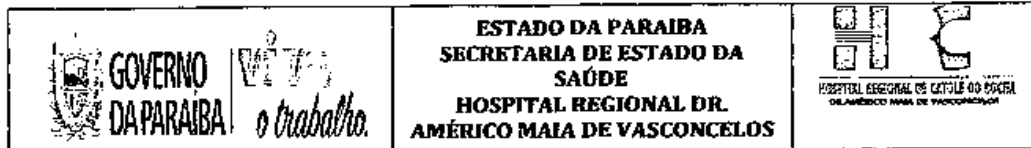
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Catalão do Tocantins - 88.21 de Maio de 2018

Local e data





Declaração

ATO

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **ANTÔNIO XAVIER DE OLIVEIRA, RG: 983.268. SSP/PB**, residente e domiciliado no Sítio: Rajada – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Livaldino Luiz da Costa Neto – CRM/5457, no dia 02 de Novembro de 2016. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.


Cosma Gonçalves de A. Targino
Chefe do Núcleo de RH
Mat. 181.325-1

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 31 de janeiro de 2017.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

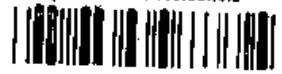
BANCO: 001

AGÊNCIA: 00585-1

CONTA: 000010035709-1

Nr. da Autenticação 36290B8794468965





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Xavier de OliveiraRG nº 983.268, data de expedição 06/03/2018 Órgão SSP/PB

CPF nº 444.609.794-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Rajada</u>
Número	<u>512</u>
Apto / Complemento	<u>Zona rural</u>
Bairro	<u>município</u>
Cidade	<u>Catolé da Rocha</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.884-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Catolé da Rocha-PB, 21 de Março de 2018Assinatura do Declarante: Antônio Xavier de Oliveira

DABYRENE ALVES LISBOA OLIVEIRA
SIT. RAJADINHA - AREA RURAL
Bairro DOS SANTOS / PB CEP: 55880-000 (AG: 245)

Emissão: 12/07/2018 Referência: Jul / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-200 Km25 - C/elo Rendeiro - João Pessoa / PB - CEP 55071-600
Fatura: 5 - 250 - 532 - 4480 Nº medidor: 00000786246

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 16.416.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 032.250.583
Cód. par. Dth. Autenticação: 00004521718

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF / CNPJ / RAN:
Jul / 2018 12/07/2018 13/08/2018 806.339.614-04
Insc. Est. 16.416.923-04

UC (Unidade Consumidora): 5/652171-0

Canal de contato: Tarex S/A de Energia Elétrica - TSEE localizada pela Lei 10.438, de 26 de abril de 2002

Comprovante de residência



Anterior: 12/06/18 Atual: 12/07/18 Constantes: 1 Consumo: 30 dias

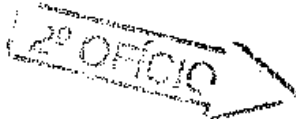
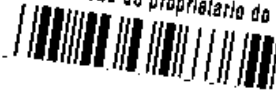
Demonstrativo										
Quilowatts (kWh) - Valor em Reais (R\$)										
5. Taxas Totais (R\$) (CUSTOS) ICMS										
Parcela (R\$) (1.084.590) (R\$ 557,20)										
0001	Consumo de 30 kWh - BR	30.000	0.253280	7.59	7.59	27	2.05	7.59	0.05	0.35
0001	Consumo de 31 a 100 kWh - BR	70.000	0.434116	30.39	30.39	27	6.20	30.39	0.33	1.50
0001	Consumo de 101 a 220 kWh - BR	40.000	0.651300	26.05	26.05	27	7.03	26.05	0.28	1.00
0601	Adic. B. Vermelho			6.60	6.60	27	1.78	6.60	0.07	0.33
0910	Subsídio			3.25	3.25	27	1.85	3.25	0.07	0.25
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 08/2018			0.35	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2018			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2018			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2018			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2018			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2018			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2019			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2020			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2021			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2022			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2023			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2024			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2025			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 08/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 10/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 11/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 12/2026			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 01/2027			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 02/2027			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 03/2027			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 04/2027			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 05/2027			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 06/2027			0.00	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 07/2027</									

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Das Graças Alves de Oliveira, RG nº 3.873.265, com expedição em 07/07/2010, Órgão SSDS - PB, portador do CPF nº 017.878.384 - 63, com domicílio na cidade de Catolé do Rocha no Estado da Paraíba, onde resido no (Sítio Rajada) ,nº S/N, complemento Zona 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 Antônio Xavier de Oliveira, cujo o condutor era Antônio Xavier de Oliveira.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda / CG TITAN ES
Ano: 2007
Placa: MNP9755
Chassi: 9C2KC08107R183757
Data do Acidente: 02/11/2016
Local e Data: Próximo a Cidade de Brejo dos Santos - PB

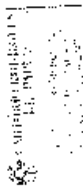
Declaração do proprietário do veículo



Maria das Graças Alves de Oliveira
Assinatura do Declarante

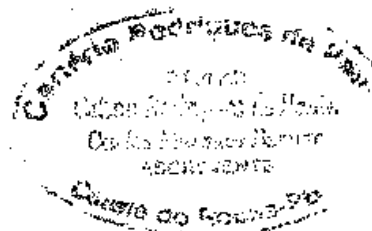
Antônio Xavier de Oliveira

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



CENTRO REGULADOR DE TRÂNSITO Av. Vinte e Nove de Abril, 52 Centro - CEP: 50031-000 Cidade de Recife - PE (08) 3441.1444	RECONHEÇO a(s) firma(s) <u>MARIA DAS GRAÇAS ALVES DE OLIVEIRA</u> por autenticidade.
	C. da Recife-PE, de 02 de 02 de 2017. Assinatura: <u>Antônio Xavier de Oliveira</u> Cidade: <u>Catolé do Rocha - PB</u> ☐ C. da Recife-PE - Titular ☒ C. da Recife-PE - Escrivão

De: Antônio Xavier de Oliveira
Escritório



Selo Digital: AEO76335 - 1WVN
Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tjpb.jus.br>



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Alves de Oliveira

RG nº 3.843.265, data de expedição 04/04/10

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 014.848.384-63 com

domicílio na cidade de Sítio Raposo, no Estado de

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

Sítio Raposo, Catolé de Rocha, nº 54.

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

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

vítima Antonio Xavier de Oliveira cujo o condutor era

Veículo: moto bicicleta

Modelo: CG 150 K

Ano: 2007

Placa: MNP 9755

Chassi: 9C2 K208107R183757

Data do Acidente: 02/11/2016

Local e Data: Catolé de Rocha - PB, 27/08/2018

Maria das Graças Alves de Oliveira
Assinatura do Declarante

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



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a) Antônio Korta Oliveira portador(a) da identidade RG. 08:8 que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 08:40 horas, portador(a) da patologia CID-10 I 54.2.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (trinta e um) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 27/03/2021

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA-ANEXAR AO PROCTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.288/0001-60
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAIBA

HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS JARDIM CARNEIRO

SUS
Sistema Único de Saúde



Documento médico -



Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos a internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).
 ** Setor com alta demanda de procedimentos invasivos onde são realizadas técnicas cirúrgicas para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito.
 Copyright © 2015 - Prof. Enl. Adnan Khalil Ferreira - Coordenação de Enfermagem do PA

ENFERMEIRO/CARIMBO

Sem acompanhante*	1 acompanhante	Sem acompanhante*	1 acompanhante	Sem acompanhante*	1 acompanhante
VERMELHO	AMARELO	VERDE (1)	VERDE (2)	AZUL	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	lpm	%	mmHg	mmHg
				130 x 60	

DADOS VITAIS

4. ALERGIAS: ☒ SIM ☒ NÃO
5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA: ☒ SIM ☒ NÃO
6. DOENÇA PREEXISTENTE: ☒ SIM ☒ NÃO

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

2. QUEIXA PRINCIPAL: *Pontada no lado direito*

1. USUÁRIO: *Suelio Moreira Torres*

DATA: 20/03/2021 HORA: 15:47

ATENDIMENTO COM ACOLOHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
 HOSPITAL REGIONAL DR. JANDUHY CARNEIRO
 PATOS - PARAIBA





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

Nome: Centro de Saúde
Endereço: Rua Estevan Diniz, S/n
Município: Catolé do Rocha
CNPJ: 09.067.562/0001-27

Código da Unidade: 260536
Bairro: Centro
Estado: Paraíba
CEP: 58.884-000
UF: PB

PACIENTE

Nome: Antônio Xavier de Oliveira Nº Cartão SUS: 706400170481689
Ocupação: _____ Sexo: masculino Data de Nascimento: 21/10/1965
Endereço: Sítio Rapada Bairro: Fazenda Rural CEP: 58.884-000
Município: Catolé do Rocha Estado: Paraíba
Código IBGE Município: 25.04.306 Raça/cor: 01

PROCEDIMENTO

Data do Atendimento: 1/1/2021

Código do Procedimento: 0302050627

Descrição do Procedimento: R. F. Fratura de clavícula D

CID-10: M84.3

Caráter do Atendimento: _____

Tratamento Realizado: _____

Assinatura: NE X 46543

Consulte a autenticidade em
http://www.transparencia.pb.gov.br

DATA	Assinatura
10.03.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
11.03.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
14.03.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
19.03.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
24.03.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
31.03.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
02.04.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
07.04.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
09.04.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
16.04.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
23.04.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
07.05.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
07.05.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
21.05.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>
23.05.17	<u>Antônio Xavier de Oliveira</u>

ARTIGO 1º, inciso I, da Lei nº 13.146 de 25 de Abril de 2016, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), e o art. 1º, inciso I, do Decreto nº 11.000 de 2017.

Profissional

Assinatura

CBO

223605

CNS

980016981376388

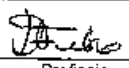
Assinatura e Carimbo do Profissional

Dra. Daniela A. de F. F.
CREFIO 100416

Assinatura e Carimbo do Revisor a Cargo do SUS

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO



Paciente: _____
Queixa Principal: _____
Hipótese de Diagnóstico Atual: <u>Paciente sofreu um acidente de moto no dia 02/11/16, segurando a esportiva, foi encaminhado para Potos, foi imobilizada durante 43 dias e logo em seguida foi encaminhado para tratamento fisioterápico.</u>
História Familiar: _____
História pregressa: <u>História de dor lombar / ulcera gástrica.</u>
História Social: _____
Exame Físico: <u>+ de ADM do ombro D. Dor durante os movimentos e redução muscular.</u>
Exame Complementar: _____
Força Muscular: _____
Diagnóstico: <u>R. Fratura de clavícula D.</u>
Tratamento: <u>Fisioterapia</u> <u>Orto</u> <u>Craniocervical</u>
Catolé do Rocha: <u>05/01/17</u>
 Profissional





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO EM FISIOTERAPIA
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

Nome: Centro de Saúde
Endereço: Rua Estevan Diniz, S/n
Município: Catolé do Rocha
CNPJ: 09.067.562/0001-27

Código da Unidade: 260636
Bairro: Centro
Estado: Paraíba

CEP: 58.884-000
UF: PB

PACIENTE

Nome: Antônio Norberto de Oliveira Nº Cartão SUS: 706400170481689
Ocupação: Sexo: masculino Data de Nascimento: 21/08/1965
Endereço: Sítio Rapada Bairro: Zona Rural CEP: 58.884-000
Município: Catolé do Rocha Estado: Paraíba
Código IBGE Município: 25.04.306 Raça/cor: 01

PROCEDIMENTO

Data do Atendimento: 03/02/2017
Código do Procedimento: 0302050027
Descrição do Procedimento: R.F. Fratura de clavícula D
CID-10: M84.3
Caráter do Atendimento:

Tratamento Realizado:

DATA	Assinatura
10.01.17	Antônio Norberto de Oliveira
11.01.17	Antônio Norberto de Oliveira
14.01.17	Antônio Norberto de Oliveira
19.01.2017	Antônio Norberto de Oliveira
24.01.2017	Antônio Norberto de Oliveira
31.01.17	Antônio Norberto de Oliveira
02.02.17	Antônio Norberto de Oliveira
07.02.2017	Antônio Norberto de Oliveira

CBO

203605

Assinatura e Carimbo do Profissional

Itelva

NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO

Profissional

CNS

9800246981376388

Assinatura e Carimbo do Revisor a Cargo do SUS



Paciente: _____

Queixa Principal: _____

Hipótese de Diagnóstico Atual: Paciente sofreu um acidente de moto no dia 02/11/16, sustentando a clavícula, foi encaminhada para Polos, foi imobilizada durante 43 dias e logo em seguida foi encaminhada para tratamento fisioterápico.

História Familiar: _____

História pregressa: História de dor na lombar / ulcera gástrica.

História Social: _____

Exame Físico: + de ADM do ombro D. De dorso e m. m. e p. de m. muscular.

Exame Complementar: _____

Força Muscular: _____

Diagnóstico: R. F. Fratura de clavícula D.

Tratamento: fisioterapia
fio
cinestesia

Catolé do Rocha: 05/01/17

Profissional



Centro de saúde de Catolé do Rocha.

Serviço de Fisioterapia, evolução do paciente.

01/03/17 - Paciente em EGB, consciente. Orientado. cooperativo. Queixando-se de dor no região cervical. Conduta: Tem 20 min. fisioterapia 20 min e Alongamento ativo-assistido da região cervical e ombros gêmeos.

21/03/17 - Paciente em EGB, consciente. Orientado. cooperativo. Queixando-se de dor no região cervical. Conduta: Alongamento ativo-assistido da região cervical. Tem 20 min. fisioterapia 20 min e orientar gêmeos.

23/03/17 - Paciente em EGB, consciente, Orientado, cooperativo. Queixando-se de dor no região cervical. Conduta: Alongamento ativo-assistido de mms, Injeção de 20 min, fisioterapia e orientar gêmeos.

Dr. Daniel A. Felix
CREFITO: 160341-F



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 31/1/16 . HORA: ____ h

1. USUÁRIO:

Antônio Xavier de Oliveira

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Pontipudito

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

4. ALERGIAS:

☐ SIM

☒ NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:

☐ SIM

☒ NÃO

6. DOENÇA PREEXISTENTE:

☐ SIM

☒ NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	ipm	%	mmHg	mg/dl
				<u>130 x 60</u>	



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

ENFERMEIRO/CARIMBO

* Só é permitida a entrada se o paciente estiver internado e for menor de 18 anos de idade, desta forma, está assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas (art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). O mesmo direito é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) submetidos à internação hospitalar, (art. 16 da Lei 10.741/03 - Estatuto do Idoso).
** Setor com alta demanda de procedimento invasivos onde são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança do usuário quanto ao controle de infecção. Área crítica, que requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito.

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





GOVERNO
DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
CATOLÉ DO ROCHA - PB

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente

residente na(o)

município de

para o(a)

na cidade de

Antônio Kavier de
Oliveira

JUSTIFICATIVA

Fratura clavícula

Soluto ortopedista

OBSERVAÇÕES

Profissional Acompanhante:

02.11.16

Isaura Ferreira da Costa
Clínica Médica / Cardiologia
CRM 5155 - PB

Atenciosamente,

Assinatura e carimbo do profissional

Catolé do Rocha - PB, / /



Entidade Prestadora do Atendimento

Unidade: 2582460 | CNPJ: _____

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MATA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 348 | Bairro: BATALHÃO

Indicador: CATOLÉ DO ROCHA | Estado: PARAIBA | UF: PB

Paciente: André Moreira de Oliveira | Idade: 51

Sexo: M | Telefone: 98564460 | Documento: 993.268.713

Nome: André Moreira de Oliveira | Bairro: SENA

Indicador: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Unidade: 2582460 | CNPJ: 993.268.713

Código do Atendimento

01 - Eletivo

02 - Urgência

03 - Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa

04 - Acidente no trajeto para o trabalho

05 - Outros tipos de acidente de trânsito

06 - Outros tipos de lesões e empenhecimento por agentes químicos no trabalho

Natureza da Consulta

() Consulta simples

() Consulta com medicamento

() Consulta com observação

() Consulta Ortopédica

() Procedimento de Urgência

1. André Moreira de Oliveira

2. André Moreira de Oliveira

3. André Moreira de Oliveira

4. André Moreira de Oliveira

5. André Moreira de Oliveira

6. André Moreira de Oliveira

7. André Moreira de Oliveira

8. André Moreira de Oliveira

9. André Moreira de Oliveira

Procedimento - Descrição

Diagnóstico

Medicamento

() Prescrição () Aplicação () Observação () Internação () Residência () Outros

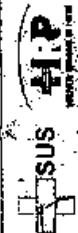
Serviços realizados: Código / Procedimento

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - Carimbo

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou Responsável

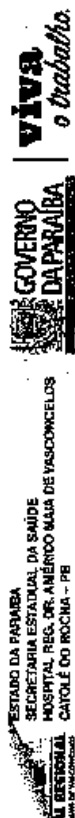
Assinatura do Técnico - Carimbo





Número do documento: 21032515471920800000039150788

[illegible]



Endereço da Unidade: 2592460
Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349 | Bairro: BATALHÃO
Município: CATOLÉ DO ROCHA | Estado: PARAIBA | UF: PB

Entidade Prestadora do Atendimento: Sistema de Saúde de Catolé do Rocha - SUS-CR

CNPJ: _____

Nome Social: _____

Telefone: 85564760 Documentação: 98326873

Bairro: Centro

Cep: 58040-000

Cns: 70400170181688

Data de Nascimento: 27/01/1965

Raza / Cor: _____

Sexo: F

Profissão: Paciente

Exame realizado na unidade (tipos): Exame físico

Resultados: _____

Natureza da Consulta: () Consulta simples
(x) Consulta com medicamento
() Consulta sem observação
() Consulta Ortopédica
() Procedimento de urgência

Observação: Depois de realizado exame, foi percebido a fratura com constata-
 do ental, o paciente buscou atendimento em outro hospital, sendo atendida
 no Hospital Regional de Patos e depois Cuiabá



Antonio-xavier de oliveira
 20161102.01.0003
 6/21/1966 M
 11/22/2016
 12:08 PM

HRCR
 Operator: user
 - kv - mAs
 12/22/2016 13:03 L40 EP d 19.4 37 Apr 19 eq 1 m d de 2.5 ha -
 Zoom 100%

R
 SLD PM





H.P.
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANGUHY CARNEIRO

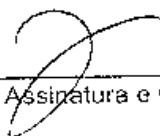
SUS  Sistema Único de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Antônio Xavier Oliveira portador(a) da identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 08:35 horas, portador(a) da patologia CID-10 I 542.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 320 quatro e vinte dias, a partir desta data.

Dr. P. S. Soares Laureano
Otorrinolaringologista
CRM 30.571

Patos-PB, 37/08/16


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Documentação médica - hospitalar



AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE 2ª VIA - ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



Documentos de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-145

Antonio Xavier de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 983.268 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 06/03/2018

NOME ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO XAVIER DE OLIVEIRA
MARIA CAROLINO DE LIMA

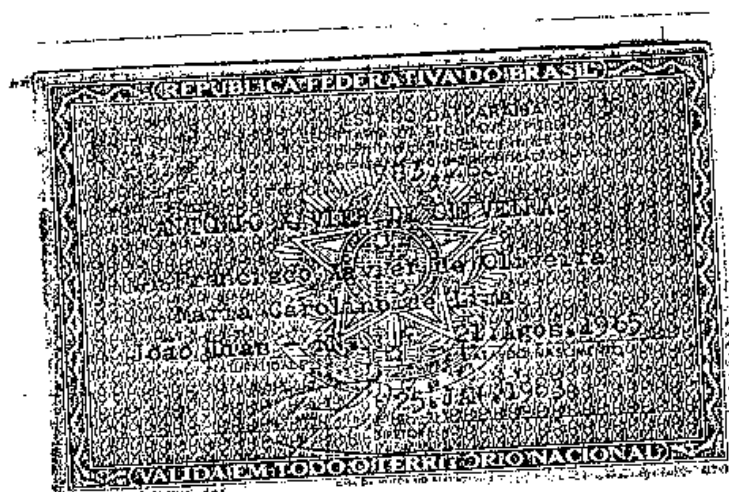
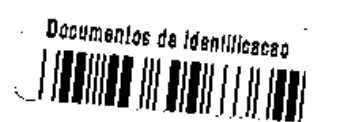
NATURALIDADE JOAO DIAS-RN DATA DE NASCIMENTO 21/08/1965

DOC ORIGEM CASAM N. 6000 FLS. 11 LIV. B 12
CARTORIO CATOLÉ DO ROCHA - PB

CIT 414.609.794-00

Assinatura do Titular



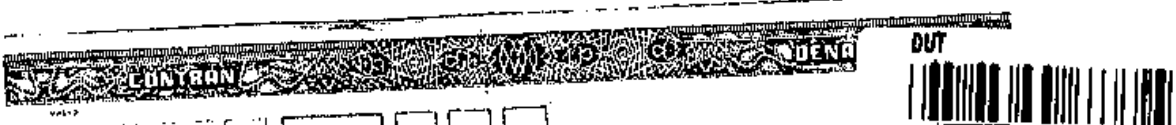




Rπ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	983.268 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	06/03/2018
NOME	ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
FILIAÇÃO	FRANCISCO XAVIER DE OLIVEIRA MARIA CAROLINO DE LIMA
NATURALIDADE	JOAO DIAS-RN
DATA DE NASCIMENTO	21/08/1965
ODD ORIGEM	CASAM N. 6000 FLS.11 LIV.B 12 CARTORIO CATOLÉ DO ROCHA PB
CPF	414.609.794-00
10.10 Pessoa - PB	
ASSINATURA DO DETENTOR	
Assinatura: 01-10-18 RBD/01/18	
Chave do Nódulo: 05m	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012440403603

1 00920589901 2017

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

414.609.794-00
Placa ANTUV
902X08107R183757

PASSELETO/MOTOCICLETA/VAO APPLICAVE
HONDA/CG 150 TITAN XS
CATEGORIA 1ª
CORRESPONDENTE 2007

DOC/119 CILINDRADAS
R\$ 0.00 05/05/2017
P V 002807 2X R\$ 6.444,44

PAGAMENTO TOTAL R\$ 6.444,44
TRAXS DETRAN: PAGO 1ª DPVAT: PAGO

MOTOR: KC08E17183757

30/05/2017

SUELIO MOREIRA TORRES

RN Nº 012440403603 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.detranssegurodpvatoesteio.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1264

414.609.794-00 2017 24/05/2017

902X08107R183757

HONDA/CG 150 TITAN XS
CATEGORIA 1ª
CORRESPONDENTE 2007

PAGAMENTO TOTAL R\$ 6.444,44

TRAXS DETRAN: PAGO 1ª DPVAT: PAGO

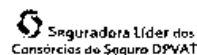
MOTOR: KC08E17183757

30/05/2017

SUELIO MOREIRA TORRES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207407/18

Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
CPF: 414.609.794-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/11/2016
Titular do CPF: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA : 414.609.794-00

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 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: 06/06/2018
Nome: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 414.609.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Antonio Xavier de Oliveira
DATA DO ACIDENTE 02/10/2018 CPF DA VITIMA 414.609.794-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 983.268
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PA VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR Sítio Papada
Nº 514 COMPLEMENTO Zona Rural BAIRRO Imunizipio
CIDADE Colêdo do Rocio UF PA CEP 58.884-002
E-MAIL matheuscastro101@gmail.com TELEFONE (83) 93614-993

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 CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL ASSINADA PELA 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)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) 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)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENTE NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 28.05.2018IDENTIDADE 983268ASSINATURA Antonio Xavier de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

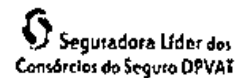
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207407/18

Número do Sinistro: 3180266405

Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

CPF: 414.609.794-00

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 02/11/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de casamento
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA : 414.609.794-00

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 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: 05/09/2018
Nome: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
CPF: 414.609.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA

ANDREZA ALVES DA CUNHA



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frões
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904





Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180266405
Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 02/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180266405, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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 Lider-DPVAT

Pag. 0033005 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12971061



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180266405 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/11/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE CATOLE DO ROCHA/PB

Processo n.º 08001009220208150141

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 **ANTONIO XAVIER DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CATOLE DO ROCHA, 23 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



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 - 25/03/2021 15:47:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032515472367700000039150790>
Número do documento: 21032515472367700000039150790

Num. 41117476 - Pág. 2