



Número: **0804752-21.2017.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **19/09/2017**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NERIVALDO ARAUJO (AUTOR)		GABRIEL FELIPE OLIVEIRA BRANDAO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31764960	23/06/2020 11:33	2727955_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2016

Carta nº: 9551388

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vitima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00793/00794 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9578000

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vítima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01469/01470 - carta_02

00060735



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2016

Carta nº: 9677524

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vitima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: NERIVALDO ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000151-1

Conta: 0000063834-X

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01305/01306 - carta_15R



00020653





Sistema de Seguro DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Nereivaldo Augusto
 PORTADOR(A) DO RG Nº 7649223 EXPEDIDO POR SEPIPB EM 23/12/1999
 CPF 593368859-72 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Recurso
 RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Nereivaldo Augusto, 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não 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 e código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 63.834-X

ANGELUS
seguros

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 63.834-X

02 JUL 2016

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

Patos 09 de maio

de 2016

Nereivaldo Augusto

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

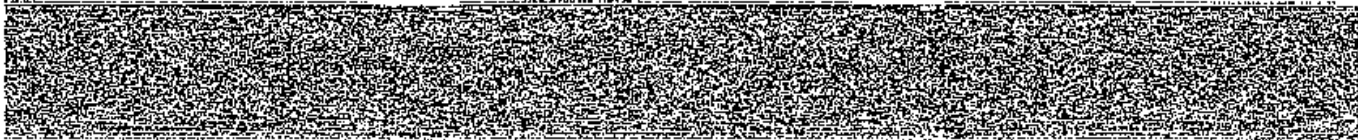
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:33:56

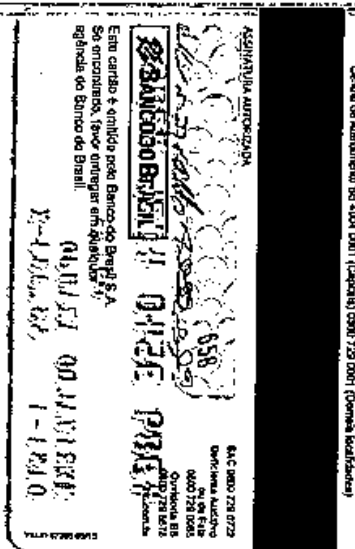
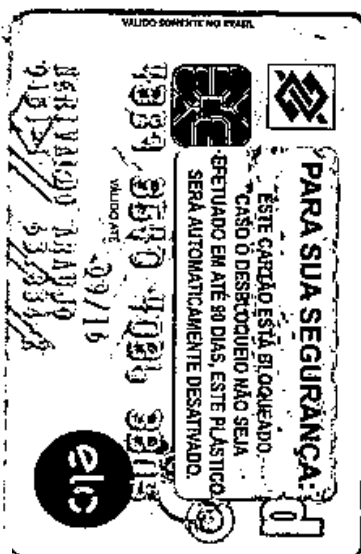
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311335571800000030456494>

Número do documento: 20062311335571800000030456494



ANGELUS

02 JUL 2016





DOCUMENTO 1 *T196*



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1858/2016**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos QUATRO dias do mês de MAIO do ano DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, por volta das 09:25 horas, compareceu: **NERIVALDO ARAUJO**, brasileira, RG 1649223 SSP/PB, CPF 593.868.864-72, natural de S. J. De Espinharas/PB, data de nasc. 16/07/1965, filho(a) de Maria de Lourdes Araujo e de pai não declarado, residente na Rua, Antonio Barreto, 894, Monte Castelo, Patos/PB, Tel. (83)9.9955.9005:, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 01/01/2016, por volta das 17:00 horas, conduzia sua moto de marca/modelo HONDA/XRE 300, placa QFE-4337/PB, Cód. Renavam 01115013073, licenciada em nome do notificante, quando na rua Rosa de Figueiredo, bairro Maternidade, nesta cidade, perdeu o controle da moto e caiu; Que, foi levado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade, pelo seu irmão.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão, (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Nerivaldo Araujo

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Patos/PB, 04 de maio de 2016.

APC-ANA MARIA DA C. LEANDRO
Mat.138.428-7

DINAMÉRICO WANDERLEY SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS	
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade. Patos-PB 04/05/2016 10:21:12 ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVÃO [2016-015262] EMUL:R\$ 2,12 FAREN:R\$ 0,25 FEN:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0,06 SELO DIGITAL: A0612594-09HJ Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Nerivaldo Araújo, portador da carteira de identidade nº 1649223-SSP/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 593868864-72, residente e domiciliado na Rua Antonio Barreto, s/n, Monte Castelo, Cidade Patos, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Nerivaldo Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Patos PB, 09 de maio de 2016

Local e data

DOCUMENTO 3 *T39*



ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016

02 JUL 2016

[illegible]

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/09/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NERIVALDO ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

CONTA: 000000063834-X

Nr. da Autenticação 0ABA830F3906BDCF





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Verivaldo Araújo

RG nº 1649223, data de expedição 23/12/1998 Órgão SSP/PB

CPF nº 593868864-72, 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>Antonio Barreto</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Castelo</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58700000</u>
Telefone de Contato	<u>83 999103948/999910193</u>
E-mail	<u>Verivaldoaraujo@live.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos PB, 09 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: Verivaldo Araújo

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016







DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE BRUNO OLIVEIRA DE OLIVEIRA,RG nº 2680243, data de expedição 11/09/13, Órgão SSP-PB,

CPF nº 047.494.194-94, 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:

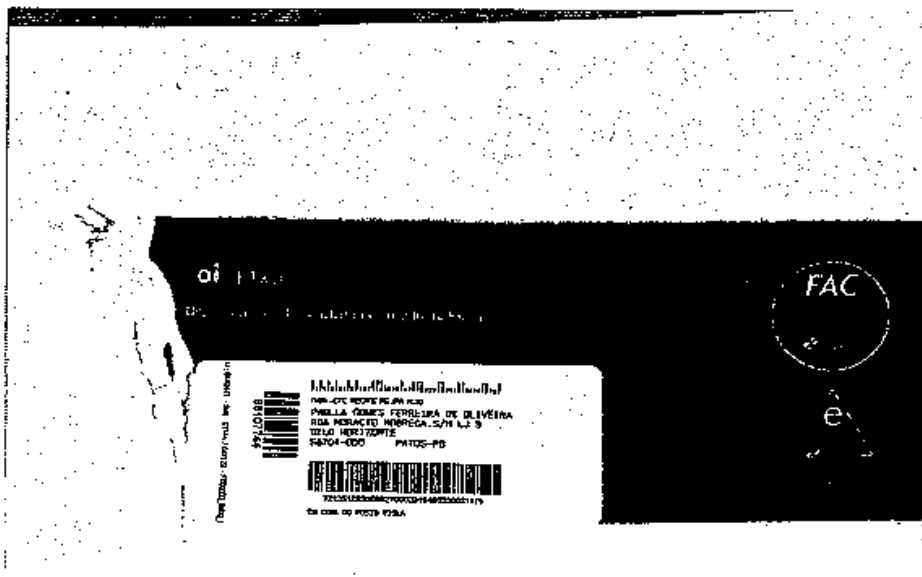
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA HORACIO NOBREGA
Número	SIN.
Apto / Complemento	SALA 03 POSTO WOLA.
Bairro	BELO HORIZONTE
Cidade	PATOS
Estado	PARAIBA
CEP	58709-000
Telefone de Contato	(83) 99910-3948 / 99991-0193
E-mail	VANESSA SAMANA@LIVE.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PATOS-PB, 07 DE JULHO DE 2016

02 JUL. 2016

Assinatura do Declarante: 



ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, portador(a) do

RG nº 26.80243, expedido por SSP-PB, em

22/09/2013, CPF/CNPJ nº 047.494.194-94,

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

ANAUÍ do sinistro de DPVAT da natureza INUNDAÇÃO

da vítima Nivaldo ANAUÍ, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Reviso

ANGELUS
seguros

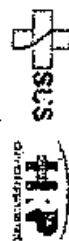
02 JUL. 2016

Documentos comprobatórios: CRB/PB

38

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.286.0023/76
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: NERIVALDO ARAUJO
Mãe: MARIA DE LOURDES ARAUJO
Assento: 16071985 Idade: 50 Cor: BRANCA Sexo: M
Profissão: PEDREIRO
Endereço: ANTONIO BARRETO
Bairro: MONTE CASTELO
Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
CNS: 185-5818-7409-0085
CPF: 1671985-17-30.01
Data / Hora: 11/12/2016
Identidade: 68393
Reg. Nasc.: Recipiente: Israel
Ficha Número: 109555

PESO: PA TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PA em bom estado
sem queixas

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados em PR

RESULTADOS

MATERIAL DE MEDICAMENTOS E OUTROS

Material de medicamentos e outros

- 01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO

PA com queixas de dor no local de acidente

DIAGNÓSTICO

Lesão de trânsito

CID-10

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

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 21/07/16 HORA: ____:____h

1. USUÁRIO:

Universidade de Patos

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Terminar em Francisco Damasceno

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

4. ALERGIAS:

() SIM

(x) NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:

() SIM

(x) NÃO

6. DOENÇA PREEXISTENTE:

() SIM

(x) NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	irpm	%	130 x 50 mmHg	mg/dl



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANGELUS
seguros

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

ENFERMEIRO/CARIMBO

Suelio Moreira Torres

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

** Setor com alta demanda de procedimentos invasivos onde são realizadas técnicas 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. Dr. Allan Martins Ferreira - Coordenação de Enfermagem do PA



DOCUMENTO 5 *T5*



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
1-649.223-2	DATA DE EMISSÃO: 23.05.1999
NOME: NERIVALDO ARAÚJO	
MATERIA: Maria de Lourdes Araújo	
DATA DE NASCIMENTO: 16.07.1965	
LOCALIDADE: São José de Espinharas-PB	
CERT. CAS. 10710. Fls. 40. Liv. 29-B	
CPF: 593868864-72	
ASSINADO ELETRONICAMENTE	
LEI Nº 11.343/06	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
DIP-03	
Assinado eletronicamente por: Suelio Moreira Torres	
DATA: 02 JUL 2016	

ANGELUS
SECURITY

02 JUL 2016

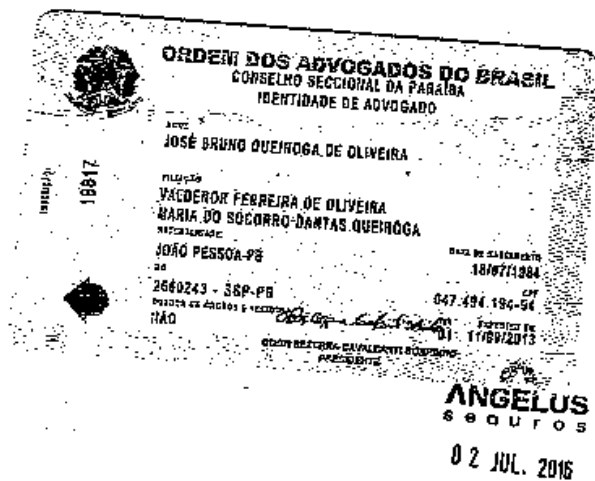


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:33:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311335571800000030456494>

Número do documento: 20062311335571800000030456494

DOCUMENTO 3 *T34*



[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160488207

Cidade: Patos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NERIVALDO ARAUJO

Data do acidente: 01/01/2016

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TORNOZELO 50%

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160488207 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO ARAUJO **Data do acidente:** 01/01/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DESCONFORTO A DEAMBULAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE SALIÊNCIA ÓSSEA NO DORSO DO PÉ COM EDEMA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DA DORSO FLEXÃO, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 50 DIAS. RECEBEU ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

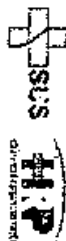
Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.286.0023/76
NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: NERIVALDO ARAUJO
Mãe: MARIA DE LOURDES ARAUJO
Assimilado: 16/7/1965 Idade: 50 Cor: BRANCA Sexo: M
Profissão: PEDREIRO
Endereço: ANTONIO BARRETO
Bairro: MONTE CASTELO
Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808
CNS: 185-6818-7409-0065
CPF: 167/1965
Data / Hora: 11/12/2016 17:30:01
Identidade: 68393
Reg. Nasc.: Recpção: Israel
Ficha Número: 109555

PESO: PA TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PA em bom estado de saúde

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exames realizados em 11/12/2016

RESULTADOS

MATERIAL DE MEDICAMENTOS E OUTROS

Material de medicamentos e outros

- 01 - ELETIVO CARATER DO ATENDIMENTO
02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO

PA vítima de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO

Fratura da tíbia e fíbula

CID-10

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

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DATA: 21/07/16 HORA: ____:____h

1. USUÁRIO:

Universidade de Patos

2. QUEIXA PRINCIPAL:

Terminar em Francisco Damasceno

3. HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA / INÍCIO DOS SINTOMAS:

4. ALERGIAS:

() SIM

(x) NÃO

5. USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA:

() SIM

(x) NÃO

6. DOENÇA PREEXISTENTE:

() SIM

(x) NÃO

DADOS VITAIS

Temperatura	Pulso	Respiração	SpO ₂	PA	HGT
°C	bpm	irpm	%	130 x 50 mmHg	mg/dl



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANGELUS
seguros

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

ENFERMEIRO/CARIMBO

Suelio Moreira Torres

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

** Setor com alta demanda de procedimentos invasivos onde são realizadas técnicas 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. Dr. Allan Martins Ferreira - Coordenação de Enfermagem do PA



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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu JOSE CARLOS AUGUSTO DE OLIVEIRA, portador(a) do

RG nº 26.80243, expedido por SSP-PB, em

22/09/2013, CPF/CNPJ nº 047.494.194-94,

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

ANAUÍ do sinistro de DPVAT da natureza INUNDAÇÃO

da vítima Nivaldo ANAUÍ, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisão

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Documentos comprobatórios: CRB/PB

38

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Verivaldo Araújo

RG nº 1649223, data de expedição 23/12/1998 Órgão SSP/PB

CPF nº 593868864-72, 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>Antonio Barreto</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Monte Castelo</u>
Cidade	<u>Patos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58700000</u>
Telefone de Contato	<u>83 999103948/999910193</u>
E-mail	<u>Verivaldoaraujo@live.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos PB, 09 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: Verivaldo Araújo

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016



JOSÉ FRANCISCO PEREIRA RODRIGUES
RUA ANTONIO BARRATO, S/N - MONTE CASTELO
PATOS/PB CEP: 58700000 (AQ: 119)



Cliente/Endereço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 118 - 465 - 7360
Nº medidor: 00000598784

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. Zito, 8 m 25 - Glória Residencial - Jd. P. 100 - CEP: 06071-080
CNPJ: 06.055.163/0001-40 - Ins. Est. 18.045.823-0

Holte Flaceli/Conta de Energia EPM/Id. NDI: 353.801
Código para Débito Automático: 0001344363

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 6/1714435-3

Fev / 2018

Canal de contato

Apresentação

- Redução do valor da bandeira vermelha para o potencial 1, R\$ 3,06 a cada 100 kWh consumidos, vigente a partir de 01/02/2018

29/02/2018

Data prevista da próxima leitura

30/03/2018

CPF/CNPJ/RANI

3208189471

Ins. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 24/02/2018 PAGAS
OBRIGADO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
29/01/18 584	29/02/18 707	1	113	32

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	143	0,41817	59,78
Adc. B. Vermelha			4,49
ICMS			29,41
PIS			1,27
COPIS			5,08

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	10,35
JUROS DE MORA 01/2018	0,44
MULTA 01/2018	1,47
COMP. INDICADOR DICTRIMESTRAL 12/2015	-0,13
COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMC 12/2015	-0,83

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18	103
Dez/17	100
Nov/17	110
Out/17	104
Set/17	78
Ago/17	0
Jul/17	1
Jun/17	0
Mai/17	7
Abr/17	70
Mar/17	25
Fev/17	21

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	87,82	27,00	23,71
PIS	87,82	1,0000	1,17
COPIS	87,82	5,0000	5,08

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

07/03/2018

R\$ 109,02

Méda dos últimos meses

47 kWh

DE 01 AO 02/03

85b8.17e3.79db.a57c.2da8.c35f.55bd.0ae8.

Indicadores de Qualidade

Composição do valor total da sua conta

Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DM MENSAL	5,08	
DICTRIMESTRAL		
DIC ANUAL		
FIC MENSAL	2,00	
FICTRIMESTRAL		
FIC ANUAL		
DMC	5,57	
DICR	12,22	

Observações	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	21,47	19,50
Consumo de Energia	59,78	54,50
Serviços de Transmissão	1,87	1,72
Encargos Especiais	8,78	8,12
Impostos Federais e Especiais	45,80	41,81
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	118,22	100,00

Valor do EUSD (R\$) 12/2015 / R\$ 22,21

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

ANGELUS
SEGUROS

02 JUL. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:33:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311335571800000030456494

Número do documento: 20062311335571800000030456494

Num. 31764960 - Pág. 26



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE BRUNO OLIVEIRA DE OLIVEIRA,RG nº 2680243, data de expedição 11/09/13, Órgão SSP-PB,

CPF nº 047.494.194-94, 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:

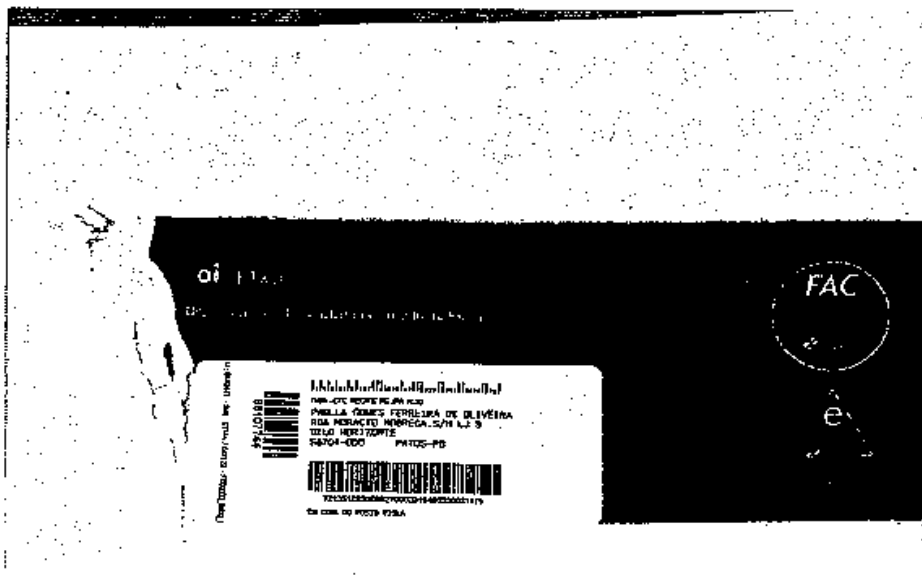
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA HORACIO NOBREGA
Número	SIN.
Apto / Complemento	SALA 03 POSTO WOLA.
Bairro	BELO HORIZONTE
Cidade	PATOS
Estado	PARAIBA
CEP	58709-000
Telefone de Contato	(83) 99910-3948 / 99991-0193
E-mail	VANESSA SAMANA@LIVE.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PATOS-PB, 07 DE JULHO DE 2016

02 JUL. 2016

Assinatura do Declarante: 



ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016



ANGELUS
seguros
02 JUL. 2016

02 JUL 2016

[illegible]



DOCUMENTO 1 *T196*



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 1858/2016**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos QUATRO dias do mês de MAIO do ano DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, por volta das 09:25 horas, compareceu: **NERIVALDO ARAUJO**, brasileira, RG 1649223 SSP/PB, CPF 593.868.864-72, natural de S. J. De Espinharas/PB, data de nasc. 16/07/1965, filho(a) de Maria de Lourdes Araujo e de pai não declarado, residente na Rua, Antonio Barreto, 894, Monte Castelo, Patos/PB, Tel. (83)9.9955.9005, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 01/01/2016, por volta das 17:00 horas, conduzia sua moto de marca/modelo HONDA/XRE 300, placa QFE-4337/PB, Cód. Renavam 01115013073, licenciada em nome do notificante, quando na rua Rosa de Figueiredo, bairro Maternidade, nesta cidade, perdeu o controle da moto e caiu; Que, foi levado para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade, pelo seu irmão.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão, (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Nerivaldo Araujo

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Patos/PB, 04 de maio de 2016.

APC-ANA MARIA DA C. LEANDRO
Mat.138.428-7

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇOS NOTARIAIS E REGISTRAIS
Rua Bossuet Wanderley, 257 - Centro - Patos/PB - CEP: 58700-410
Fone: (83) 3423-2553 - Fax: (83) 3423-2554
E-mail: drfpatos@gmail.com

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 04/05/2016 10:21:12
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVÃO
[2016-015262] EMUL:R\$ 2,12 FAPPEN:R\$ 0,25 FPP:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0,06
SELO DIGITAL: A0612594-09HJ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Nerivaldo Araújo, portador da carteira de identidade nº 1649223-SSP/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 593868864-72, residente e domiciliado na Rua Antonio Barreto, s/n, Monte Castelo, Cidade Patos, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Nerivaldo Araújo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ANGELUS
seguros

02 JUL. 2016

Patos PB, 09 de maio de 2016

Local e data

DOCUMENTO 3 *T39*





Sistema Nacional de Seguro DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Nivaldo Augusto
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1649223 EXPEDIDO POR SEPIPB EM 23/12/1999
 CPF 593368859-72 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recurso
 RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Nivaldo Augusto, 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não 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 e código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0353-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 63-834-X

ANGELUS
seguros

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

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

02 JUL 2016

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

Patos 09 de maio de 2016

LOCAL E DATA

Nivaldo Augusto

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

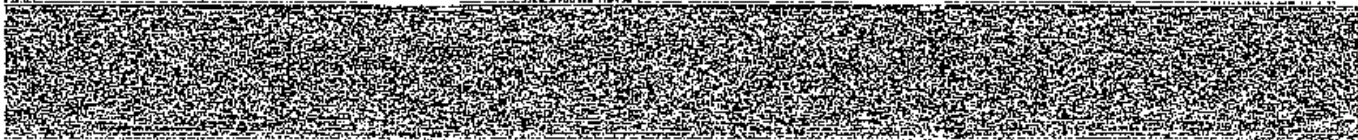
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221704.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:33:56

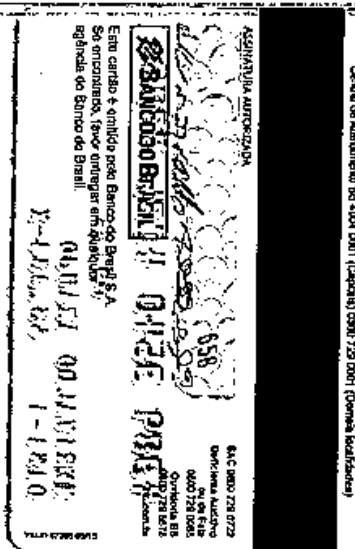
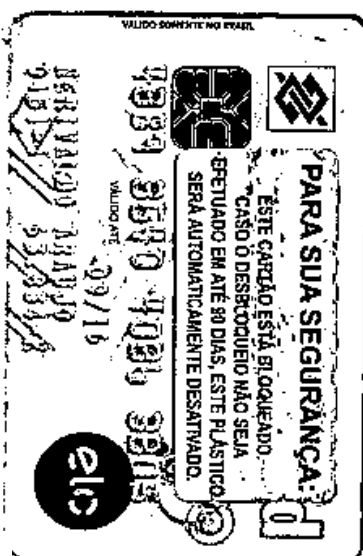
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311335571800000030456494>

Número do documento: 20062311335571800000030456494



ANGELUS

02 JUL 2016



Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2016

Carta nº: 9677524

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vitima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: NERIVALDO ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000151-1

Conta: 0000063834-X

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01305/01306 - carta_15R



00020653





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9578000

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vítima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

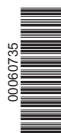
ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01469/01470 - carta_02



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2016

Carta nº: 9551388

A/C: NERIVALDO ARAUJO

Sinistro: 3160488207 ASL-1005883/16
Vitima: NERIVALDO ARAUJO
Data Acidente: 01/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00793/00794 - carta_01



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	02/09/2016
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NERIVALDO ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

CONTA: 000000063834-X

Nr. da Autenticação 0ABA830F3906BDCF



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **NERIVALDO ARAUJO** Sinistro: **3160488207** Data: **01/01/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO BARRETO, S/N - MONTE CASTELO - Patos - PB - CEP 58704-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1649223**

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

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA NO TORNOZELO DIREITO. VÍTIMA REFERE DOR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DESCONFORTO A DEAMBULAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE SALIÊNCIA ÓSSEA NO DORSO DO PÉ COM EDEMA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DA DORSO FLEXÃO, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ DIREITO.**

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 50 DIAS. RECEBEU ALTA MÉDICA.**

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

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

Limitação funcional do pé direito

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

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Pé direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB

Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160488207 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO ARAUJO **Data do acidente:** 01/01/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA NO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DESCONFORTO A DEAMBULAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE SALIÊNCIA ÓSSEA NO DORSO DO PÉ COM EDEMA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DA DORSO FLEXÃO, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 50 DIAS. RECEBEU ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/08/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



OUTORGANTE: Neri words Amour

brasileiro, estado civil _____, profissão _____
portador do CPF 593868864-72 e RG 1.649.223
residente e domiciliada Rua Antônio Bonetto, s/n
Bairro Monte Castelo, na cidade de Patos, CEP.: 58.300-000.

OUTORGADO: DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o n.º 18.817, com Escritório Profissional situado na Rua Horácio Nóbrega, s/n, Posto Viola, sala 03 – Centro - Patos – PB. CEP 58.700-020.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e o SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Patos, PB 07/Julho



ANGELUS
EQUINE

02 JUL 2016

Ötorgante

[illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160488207 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NERIVALDO ARAUJO **Data do acidente:** 01/01/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/08/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TORNOZELO 50%

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:33:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311335571800000030456494

Número do documento: 20062311335571800000030456494

Num. 31764960 - Pág. 42

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
L DETHAN - PB		PB Nº 012029623859	
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
C Cód. RENAVAT 201504080019857248000		33/03/2015	
E VIA 011501307-00/00000000 2015		SAC DPVAT 0800 022 1204	
NOME NERIVALDO ARAUJO		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br	
PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2ND110ER025977		SAC DPVAT 0800 022 1204	
CHASSI 5938686472		PLACA QPB4337/PB	
ESPÉCIE TIPO COMBUSTIVEL BAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. ALCO/GASOL		DATA EMISSÃO 23/07/2015	
MARCA / MODELO HONDA / XRE 300		MARCA / MODELO HONDA / XRE 300	
CAP / POT / OIL 2 P / 291 / C		Nº CHASSI 9C2ND110ER025977	
CATEGORIA PARTIC		PLACA QPB4337/PB	
VENÇ. COTA ÚNICA 1		RENAVAT 5938686472	
IPVA PAGO EM 23/07/2015		ANO FAB. 2014	
FAIXA 1 IVA 0		ANO MODELO 2014	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0		CONTINENTE VERMELHA	
PREMIO TOTAL (R\$) 0		VENÇ. COTAS 1	
PARCELAMENTO / COTAS 2		DATA DE PAGAMENTO 23/07/2015	
OBSERVAÇÕES		A.P. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
PAGOS - PB - LOCAL 02		DATA 23/07/2015	
36838		3885	

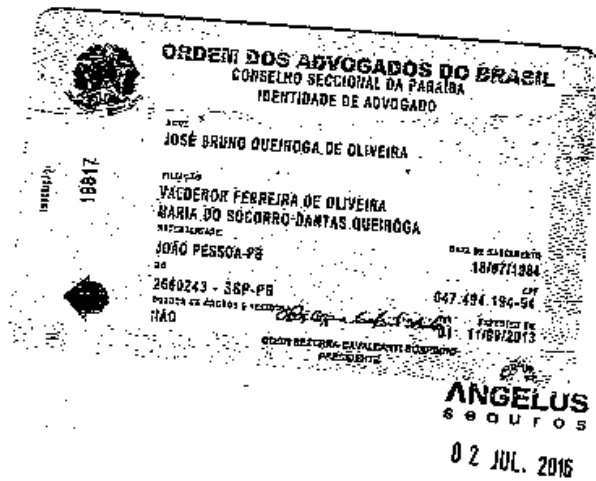
PRÊMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FMS (R\$) *****	DETRAN (R\$) *****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	OT (R\$) SEGURO	*****	
PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		TOTAL SEGURO (R\$) P A G O	
DATA DE EMISSÃO 23/07/2015		DATA DE PAGAMENTO 23/07/2015	

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.089/0001-04
www.seguradoralider.com.br
38857-1111238-20150723

DOCUMENTO 6 *T64*



DOCUMENTO 3 *T34*



DOCUMENTO 5 *T9*



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
1-649.223-2	DATA DE EMISSÃO: 23.05.1999
NOME: NERIVALDO ARAÚJO	
MATERIA: Maria de Lourdes Araújo	
DATA DE NASCIMENTO: 16.07.1965	
LOCALIDADE: São José de Espinharas-PB	
CERT. CAS. 10710. Fls. 40. Liv. 29-B	
CPF: 593868864-72	
ASSINADO ELETRONICAMENTE	
LEI Nº 11.343 DE 23/09/06	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
DIP-03	
Assinado eletronicamente por: Suelio Moreira Torres	
LEI Nº 11.343 DE 23/09/06	

ANGELUS
SECURITY

02 JUL 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/06/2020 11:33:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062311335571800000030456494>

Número do documento: 20062311335571800000030456494

OUTORGANTE: Neri Vardos Amorim

brasileiro, estado civil _____, profissão _____
portador do CPF 593868864-72 e RG 1.649.223
residente e domiciliada Rua Antônio Bonatto, s/n
Bairro Norte, na cidade de Patos, CEP: 58.300-000.

OUTORGADO: DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o n.º 18.817, com Escritório Profissional situado na Rua Horácio Nóbrega, s/n, Posto Viola, sala 03 – Centro - Patos – PB. CEP 58.700-020.

PODERES: Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e o SUSEP.

Obs: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Patos, PB 07/Julho



ANGELUS
EQUINE

02 JUL 2016

Ötorgante

[illegible]

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **NERIVALDO ARAUJO** Sinistro: **3160488207** Data: **01/01/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO BARRETO, S/N - MONTE CASTELO - Patos - PB - CEP 58704-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1649223**

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

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA NO TORNOZELO DIREITO. VÍTIMA REFERE DOR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DESCONFORTO A DEAMBULAÇÃO PROLONGADA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE SALIÊNCIA ÓSSEA NO DORSO DO PÉ COM EDEMA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DA DORSO FLEXÃO, EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ DIREITO.**

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

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

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 50 DIAS. RECEBEU ALTA MÉDICA.**

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

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

Limitação funcional do pé direito

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

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Sequela):
Pé direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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



Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB

Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB

