



Número: **0801848-69.2020.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ARNALDO BURITI PORTO (AUTOR)	EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36625 993	13/11/2020 10:33	<u>2764521_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303899 **Cidade:** Montadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO BURITI PORTO **Data do acidente:** 15/06/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: 8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238390/20

Vítima: ARNALDO BURITI PORTO

CPF: 025.333.434-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2020

Titular do CPF: ARNALDO BURITI PORTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ARNALDO BURITI PORTO : 025.333.434-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/08/2020
Nome: ARNALDO BURITI PORTO
CPF: 025.333.434-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/08/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ARNALDO BURITI PORTO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>
Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 2

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200303899 **Vítima: ARNALDO BURITI PORTO**

Data do Acidente: 15/06/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ARNALDO BURITI PORTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200303899

Vítima: ARNALDO BURITI PORTO

Data do Acidente: 15/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ARNALDO BURITI PORTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
----------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01075/01076 - carta_03 - INVALIDEZ



00050538

Carta nº 16081201



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>
Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 4

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200303899 **Vítima: ARNALDO BURITI PORTO**

Data do Acidente: 15/06/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARNALDO BURITI PORTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ARNALDO BURITI PORTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002469-4

Conta: 000010006613-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00405/00406 - carta_15R - INVALIDEZ



NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ
PERMANENTE

NÃO ALFABETIZADO

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE.		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
0238340 - 20	025.333.434-98	ARNALDO BURITI PORTO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	
ARNALDO BURITI PORTO	025.333.434-98	AGRICULTOR	8 - Endereço:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	9 - Número:
CENTRO	MONTAVENTAIS	PR	663
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):	10 - Complemento:	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: 2469 CONTA: 6.613 (Informar o dígito se existir) 3 (Informar o dígito se existir) Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nasituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.					

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
40 - Local e Data,	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 046086.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 046086.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 08:07 min do dia 14/07/2020, na Delegacia Online, **Arnaldo Buriti Porto**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agricultor, natural de Montadas, nascido(a) em 20/11/1971, idade 48, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de Maria Buriti Porto e Armando Sales Porto, CPF 025.333.434-98, residente e domiciliado(a) no(a) Rua, nº 613, bairro centro, na cidade de Montadas/PB. CEP: 58145000, telefone(s) 83986651925, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 16/06/2020 06:40h; Tipificação: **Acidente de trânsito sem vítima**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: Sítio, sítio, Pocinhos/PB.

Veículo(s) Envolvido(s)

Veículo - Montadora: Honda. Modelo: Cg 125. Cor: Preta. Placa: MMV-5364. Chassi: 9C.2J.C1801.K.R.210190.

Condutor - Nome: Arnaldo Buriti Porto. Telefone: 986651925. Estado: Paraíba. Cidade: Montadas. Bairro: Centro. Logradouro: Rua. Número: 613..

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

informa o Declarante que conduzia uma motocicleta tipo Honda/CG 125, de cor Preta, placa MMV-5364/PB, Licenciada em Nome de Arnaldo Buriti, RENAVAM 00180180509, ano/modelo 1989/1989, pelo sítio chucalheira, em Pocinhos/PB, por uma estrada vicinal, momento que, o declarante tentou desviar de um cachorro, vindo a perder o controle de direção do seu veículo, onde foi atendido pelo SAMU da Cidade De POCINHOS/PB. Não houve Colisão ou ferimentos em terceiros.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Arnaldo Buriti Porto

Arnaldo Buriti Porto

8401DBF79709120C37D22D9E3E03FC0C

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA N° 000146/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000146/20 registrada em 31/08/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta e um dias do mês de agosto do ano de 2020, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:18 horas, compareceu o Sr. ARNALDO BURITI PORTO, com 48 anos de idade, filho de ARMANDO SALES PORTO e MARIA BURITI PORTO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão , portador da Cédula de Identidade N° 2030995, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 02533343498, residindo à rua JOSÉ CIRINO DA SILVA, 813, bairro CENTRO, na cidade de MONTADAS - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante que, por volta das 16h40min do dia 15.06.2020, estava trafegando pela Rodovia Estadual que liga as cidades de Esperança a Pocinhos/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125, ano/modelo 1989/1989 cor preta, chassi nº 9C2JC1801KR210190, de placa MMV-5364/PB, licenciada em seu nome (Arnaldo Buriti Porto), quando nas proximidades do Sítio Chucalheira de Pocinhos/PB, foi surpreendido por um animal (cachorro), que fazia a travessia da pista, tendo efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar o atropelamento mas acabou perdeu o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo fratura do braço esquerdo e um forte pancada na cabeça, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital de Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica, não sendo realizada perícia técnica no local do acidente. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 31 de Agosto de 2020

ARNALDO BURITI PORTO

Declarante

José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

PC - 00 02384 VK030 29/08/2020 VKRPOF21 G1874 0241001



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>
Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 10

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: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARNALDO BURITI PORTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02469-4

CONTA: 000010006613-5

Nr. da Autenticação 8FEFD4D7879BEDB9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>
Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 12

PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários que **ARNALDO BURITI PORTO**, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU Pocinhos, vítima de **ACIDENTE DE MOTO** no dia **15/06/2020**, ocorrido no município de POCINHOS, sendo conduzido ao **HOSPITAL DE TRAUMA** em Campina Grande para atendimento médico.

Govinda D. dos S. Dantas
ENFERMEIRA
2017542 P2166544

Pocinhos, 15 de JULHO de 2020.

Govinda D. dos Santos Dantas
Responsável Técnica SAMU POCINHOS

192



ELIVANA GALDINO DE SOUZA
RUA JOSE CIRINO DA SILVA, 613 / CASA - CENTRO
MONTADAS / PB CEP: 58145000 (AG: 71)

CPF/CNPJ/RANI: 048.013.724-22

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES.MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 6 - 75 - 455 - 3720 N° Medidor: 00001182793



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1226752-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00012267522

VALOR DA FATURA R\$ 60,50	VENCIMENTO 11/07/2020
REFERÊNCIA Jun / 2020	CONSUMO 2,35 kWh MÉDIA DIÁRIA 66kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS Sujeito a corte! Revisão de vencimento: Seu fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/06/20. Regularize seus débitos.	FATURAS EM ATRASO Maio/20 R\$7,46

DESCRITIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa c/ Tributos	Valor Base	Calc	Aliq	ICMS	Base Calc	PIS(R\$)	Cofins(R\$)
			(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0901	Consumo em kWh - LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	66	0,790560	51,51	51,51	25	12,87	51,51	0,47	2,17
0907	CONTRIBUIÇÃO P/ ILUM. PÚBLICA			8,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO: Código de Classificação do Item
Tarifa c/ Tributos: 0,645400

REF DO AO FISCO

9d01.8729.dd88.8155.8a02.18cf.678.5384.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Jun/19	79
Jul/19	85
Ago/19	48
Sáb/19	46
Out/19	80
Nov/19	22
Dez/19	19
Jan/20	19
Fev/20	28
Mar/20	0
Abr/20	28
Maio/20	88
Média	47

PRÓXIMA LEITURA

10/07/2020

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	14,14	23,37
Consumo de Energia	17,63	29,14
Serviço de Transmissão	2,10	3,47
Encargos Sistêmicos	7,13	12,32
Impostos Diretos e Encargos	24,80	40,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	60,50	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 4/2020) R\$9,55

INDICADORES DE QUALIDADE

META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	5,15	0,00	14,20	24,80	NOMINAL
Vezez que o cliente ficou sem energia - FIC	9,95	0,00	5,72	13,45	CONTRATADA
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	9,95	0,00	12,63	22,22	LIMITE INFERIOR
Duração da menor interrupção do individual em determinado - DICRI	2,22				LIMITE SUPERIOR

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais, site, App Energisa ON e WhatsApp (89) 99135-5540.

REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso seu faturamento edma relação(s) permaneça(s) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/06/2020. Conforme Resolução 414 do ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado daas contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção do crédito no caso de inadimplemento.

- Leitura confirmada.

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 59071-980
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°046.664.603 - Emissao: 01/06/2020
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA está disponível para consulta e pagamento a partir de 10/06/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 16648.177174 4 83130000006050

PAGADOR: ELIVANA GALDINO DE SOUZA - CPF/CNPJ: 048.013.724-22

RUA JOSE CIRINO DA SILVA, 613 / CASA - CENTRO

MONTADAS / PB CEP: 58145000

Nossa Nr.	Nr Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120016648177	001226752202008	11/07/2020	R\$ 60,50	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 39.095.183 / 0001-40
Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 59071-980
Agencia / Código do beneficiario: 3064-3/2447-3



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

111

Power
controlled

Per curia, ob curia. (Rep. T. 1977)

4
Gardening
in
Gardens

16/10/2020 = Nove =

Two to three weeks

trust, but

As subordinating

Spesoro // sent noches ① 00.

không có doanh nghiệp tư nhân.

Chapitre en cours

① The name of James on page de
dos verbenen (En) e, HITD; See after

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ hs _____

Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / A revejila
 Internação (setor) _____ \ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Jóbito

Liliana Galdino de Souza
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



15/06/2020

HTCG-Painel Administrativo



Primeros Términos
Governo do Estado
PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 15/06/2020

Paciente: ARNALDO BURITI COURO Idade: 041 N° ATEND: 2170069

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO
DATA: 15/06/2020 HORA: 19:27:19

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MURO

SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ: NÃO

SINAIS VITIAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES: () SIM (X) NÃO HAS: () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA: () SIM (X) NÃO

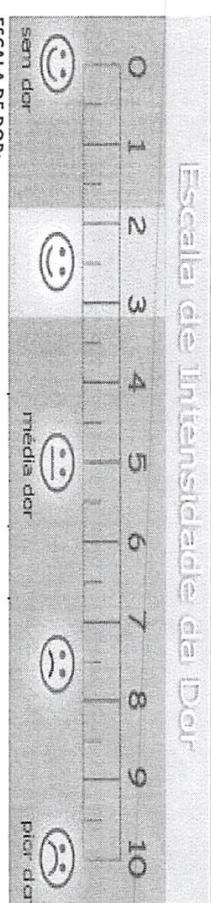
ALERGIAS: DIPR
MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA () AGITACAO () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () ALERGIAS () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



CLASSEIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITIAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU POCINHOS
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Laponira Lima
COREN-PB 571985-ENF

15/06/20
22:20

* cirurgia veraf *

paciente consciente, orientado, estabilizado

espírito, neurofuncionalmente intacto. Exame referindo dor torácica direita. Exames complementares normais (USG abdominal, Rx tórax, pelvo e cervical).

LAST, Rx tórax, pelvo e cervical (verif).

CD: Alta da cirurgia veraf

Ao considerar da neurocirurgia

linkel Thiago da S. Pereira
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA
CRM 9568/PB





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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Aurraldo Bento Couto										PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:			PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>									

DATOS CLÍNICOS.

ICOS: Terapia de Tensas + MG
~~Roxo + Preto PA~~

MATERIAL & EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM: 16/06/2013

EXAMES SOLICITADOS:

Rosa +

Anteriora (RA)
Tórax (RA)
Punho (E)

Palmer AF

Cristiano E. Gómez

Cognosca
Cristiano Trajano de Oliveira
Endoscopia Digestiva
Cirurgia Geral
CRM-PB 5982

Carimbo e Assinatura do Médico

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	 Dr. Mário Oliveira Gastroenterologista CRM-PB 5982
DATA: 15/06/10	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Carimbo e Assinatura do Médico





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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	<i>Arnaldo Brumto Coito</i>						PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					

DADOS CLÍNICOS:

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

15/06/2020

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG FAST

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	<p><i>GJ</i></p> <p>Cristiano Trajano de Oliveira Endoscopia Digestiva Cirurgia Geral CRM-PB 5982</p> <p>Carimbo e Assinatura do Médico</p>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Mod. 002



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>

Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 19

Com 30





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

PACIENTE:	ARNALDO BURITI COUTO
DATA DO EXAME:	15/06/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

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

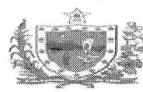
Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. José Roberto Maia Junior
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR
CRM/PB 6101





PACIENTE: ARNALDO BURITI COURTE
SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE

DATA DO EXAME: 15.06.2020

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura alinhada no radio distal.

14

RADIOGRAFIA DE PELVE

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

CONT...


Dr. William R T Neto
CRM/PB: 6733



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>
Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 22



PACIENTE: ARNALDO BURITI COUTO

DATA DO EXAME: 15.06.2020

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

15

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Eixo Vertebral normal.
- Ausência de alterações morfológicas e texturais.
- C6-C7 não incluídos no estudo.
- Espaços intervertebrais preservados.

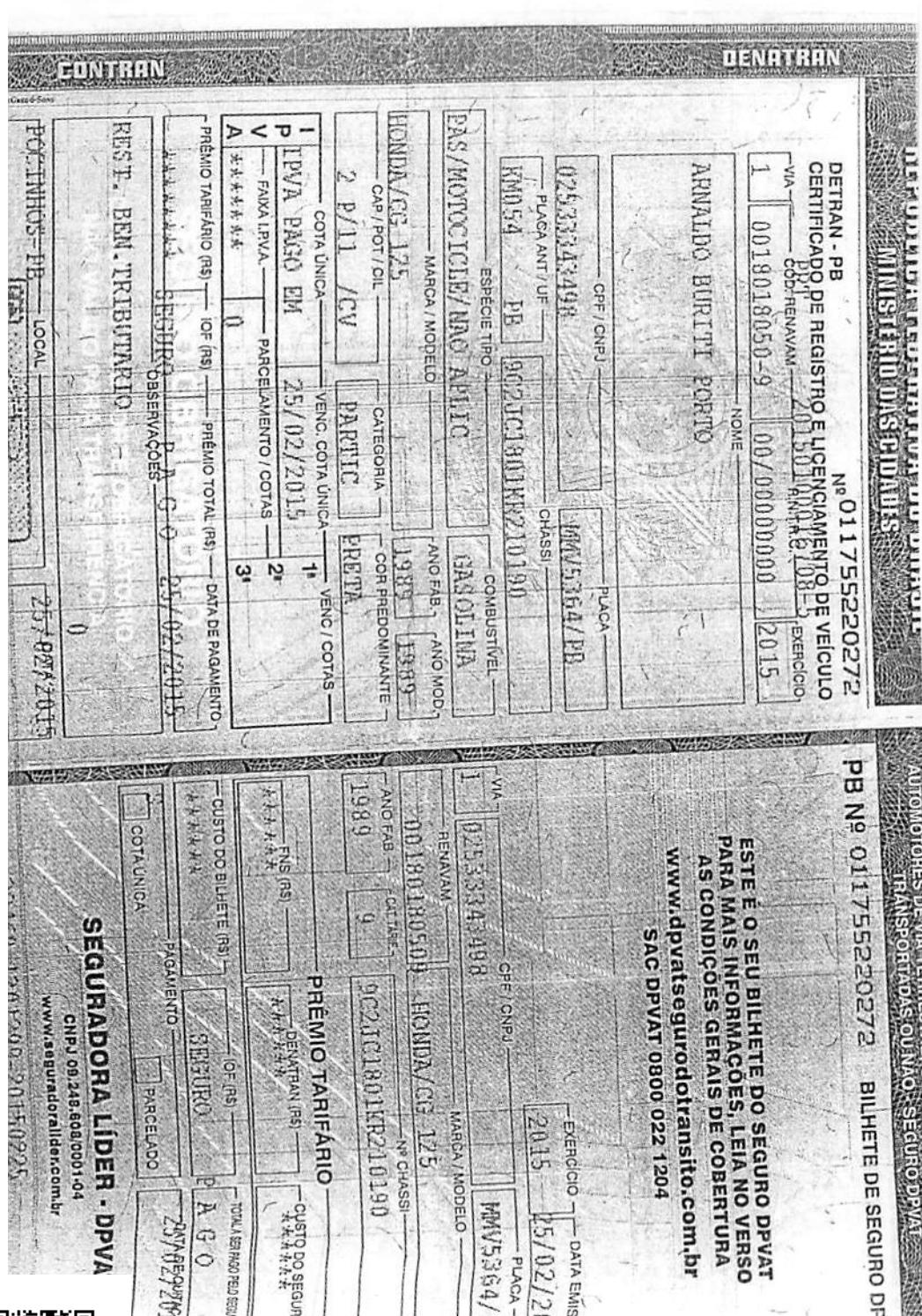

Dr. William R T Neto
CRM/PB: 6733



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>
Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 23





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TURRES - 13/11/2020 10:33:57
http://pje.tjci.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?y=20111310335736700000034962968

Número do documento: 20111310325736700000034962968

Num. 36625003 Pág. 25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303899 **Cidade:** Montadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO BURITI PORTO **Data do acidente:** 15/06/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das

sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>
Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 26

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238390/20

Número do Sinistro: 3200303899

Vítima: ARNALDO BURITI PORTO

CPF: 025.333.434-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2020

Titular do CPF: ARNALDO BURITI PORTO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/09/2020
Nome: ARNALDO BURITI PORTO
CPF: 025.333.434-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ARNALDO BURITI PORTO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:33:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310335736700000034962968>
Número do documento: 20111310335736700000034962968

Num. 36625993 - Pág. 27