



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
36625993	13/11/2020 10:33	2764521_CONTESTACAO_Anexo_02	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

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 15/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARNALDO BURITI PORTO

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





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,

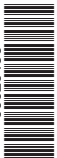
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16065402

Pag. 00877/00878 - carta_01 - INVALIDEZ

00020439





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





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**

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, retorne 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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE.

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0238390-20 3 - CPF da vítima: 025.333.434-98 4 - Nome completo da vítima: 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: ARNALDO BURITI PORTO 6 - CPF: 025.333.434-98

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA JOSE CIRINO DA SILVA 9 - Número: 613 10 - Complemento:

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: MONTADAS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58143000

15 - E-mail:

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 469 4 CONTA: 6.613 3

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PB 25.08.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Arnaldo Buriti Porto

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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.



Nº 046086.01.2020.0.00.704

1/2



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.



Nº 046086.01.2020.0.00.704 2/2





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



OCCORRÊNCIA Nº 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 Nº 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 Medio Completo, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 2030995, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE.

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0238390-20 3 - CPF da vítima: 025.333.434-98 4 - Nome completo da vítima: 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: ARNALDO BURITI PORTO 6 - CPF: 025.333.434-98

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA JOSÉ CIRINO DA SILVA 9 - Número: 663 10 - Complemento:

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: MONTAÑAS 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58145000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 05-996651925

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: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 2469 4 CONTA: 6.613 3

(Informar o dígito se existir) (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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascen)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PB 25.08.20 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Arnaldo Buriti Porto 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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



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
00042 PR/166544

Pocinhos, 15 de JULHO de 2020.

Govinda D. dos Santos Dantas
Responsável Técnica SAMU POCINHOS

SAMU
192



ELIVANA GALDINO DE SOUZA
RUA JOSE CIRINO DA SILVA, 813 / CASA - CENTRO
MONTADAS / PB CEP: 58145000 (AQ: 71)

CPF/CNPJ/RANI: 048.013.724-22

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC E1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 6 - 75 - 455 - 3720 NP Medidor: 00001182733



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
66 kWh

2,38 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

Sujeito a corte!

Reaviso de vencimento:
Seu fornecimento poderá ser suspenso
a partir de 25/06/20.
Regularize seus débitos.

FATURAS EM ATRASO
Mai/20 R\$7,46

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Taxa de Tributos	Valor Base Calc	Alíq	ICMS Base Calc	PIS (R\$) Colins (R\$)	COFINS (R\$)
0601	Consumo em kWh	66	0,780000	51,51	25	12,87	51,51	0,47
0607	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			8,99	0,00	0	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item
Taxa de Tributos: 0,545400

RE DO AO FISCO 9001.8729.0088.8155.8a02.18cf.c678.5384

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Jun/19	79
Jul/19	65
Ago/19	49
Sep/19	46
Out/19	80
Nov/19	22
Dez/19	19
Jan/20	19
Fev/20	3
Mar/20	0
Abr/20	28
Mai/20	60
Média	47

LEITURAS

Anterior 13/05/20	10954
Atual 10/06/20	11020
Consumo	66 kWh
Período	28 dias
Constante do medidor	1

PRÓXIMA LEITURA

10/07/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	14,14	23,37
Compra de Energia	17,83	29,44
Serviço de Transmissão	2,10	3,47
Encargos Setoriais	2,13	3,52
Impostos Diretos e Encargos	24,50	40,50
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	60,50	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 4/2020) R\$8,55

INDICADORES DE QUALIDADE

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	6,15	0,00	4,80	24,00
Vezeas que o cliente ficou sem energia - FIC	3,36	0,00	6,72	13,45
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	3,63			
Duração da interrupção individual em decorrência - DIOR	12,22			

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (89) 99135-5540.
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não seja pago a fatura(s) acima relacionada(s), permanece por(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/06/2020. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esse data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado às contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Leitura confirmada

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.095.182/0001-40 - Ins. Est. 16.015.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 045.684.603 - Emissão: 01/06/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica 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, 813 / CASA - CENTRO
MONTADAS / PB CEP: 58145000

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

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.182 / 0001-40

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880

Agência / Código do beneficiário: 3084-3/2447-3



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

15/06/2020

HTCG-Painel Administrativo


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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2170069

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: ARNALDO BURITI

CEP: 58145000

Nascimento: 20/11/1978

COUETO

Sexo: M

Telefone: 986651925

Cidade: Montadas

Idade: 041

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA BURITI

RG:

Nº: 613

Responsável: ELIVANA GALDINO DE SOUZA

CPF:

Profissão: AGRICULTOR

Estado Civil: Casado(a)

Data de

CNS: 14525458474

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MURO

Atend: 15/06/2020

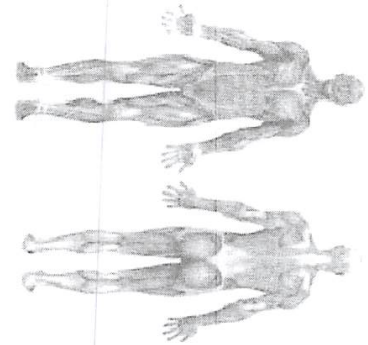
CONVÊNIO: SUS

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 15/06/20

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Ematema subcutâneo
10. Ematema
11. Equimose
12. F. Alma branca
13. F. Alma de fogo
14. F. Corturo
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de sangue
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinoorrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Lesão de moto.

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Antecedente queda de moto, lesão capilar, dor cervical e dor em braço e punho.

ALERGIA:

DIPIRONA

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia: () Radiografias: () Tomografia computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR às Dia / /

Especialista: Ortop, (Arta Ortopedia) Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SR 2500 ml	
2	Tilatil 40 - 14mg + 40 EV.	15:06:15
3	EVAD 100SCABONDURAFIA	
4	Realizada em:	
5	15/06/2020	
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X REALIZADO EM: 15/06/20
Endereço: Rua de Oliveira
CRM-PB 5982



HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Dr. Felipe
Ortega y Gasset
Ortega y Gasset y Gasset

5) Als wieder, da wir sehr (aber ein bisschen)

Dr. ALBERTO G. Pascoal
NEUROLOGIA 9010
CRM/PE 28034

[Handwritten signature]

$$= NBUC =$$

16/06/2020

Exemplos de variáveis contínuas

for α do not depend on α .

Os anos de bons, em que se de
deu o pechin (E) e 'HTD, se atras
que se no momento.

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs

2006/2007

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

() Centro cirúrgico

() Interrogatorio (retrato)

() Alta hospitalar / () A revelia

✓ () Decisão Médica

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

()Òbító

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

Powers eroderen en een evaluatie doen

to take ops from the bus
to the 15, 20th floor
to the 15, 20th floor
to the 15, 20th floor

6/11/2015 15/06/2015 / June

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	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---



15/06/2020

HTCG-Painel Administrativo



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 COUTO Idade: 041 N° ATEND: 2170069

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

ESPECIALIDADE : **CIRURGIA**

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

SINAIS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS : DIPIR
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

Escala de Intensidade da Dor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor média dor pior dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU POCINHOS
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Iapontina Lima
COREN-PB 571.985-ENF

15/06/2020 # cirurgia geral #
22:20 paciente consciente, orientado, eupneico, hemodinamicamente estável, repetido dor torácica esquerda. Examen complementar sem alterações (USG FAST, Rx tórax, palco e cervical).
CD: Alta da cirurgia geral
Aos cuidados da neurocirurgia

Ianikel Thieff da S. Peixoto
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA
CRM 9568/PB





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

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

DADOS CLÍNICOS:	<u>Trauma de Tórax + MG</u> <u>Roxo + Tórax PA</u>
-----------------	---

MATERIAL A EXAMINAR:	RAIO X REALIZADO EM: <u>06/06/20</u>
----------------------	--

EXAMES SOLICITADOS:	<u>Antituberculose (E)</u> <u>Roxo X Tórax</u> <u>Punko (E)</u>	<u>Pelo AP.</u> <u>Caracal P.</u> <u>Cristiano Trajano de Oliveira</u> <u>Endoscopia Digestiva</u> <u>Cirurgia Geral</u> <u>CRM-PB 5982</u>
---------------------	---	--

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>	Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: <u>15/06/20</u>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	



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



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Arnaldo Burity 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"/>														

DADOS CLÍNICOS:

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
15/06/2020

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG FAST

URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:

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

Carimbo e Assinatura do Médico

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

Causa 307

RECEBUEMOS
O DIA 13/11/2020
O VALOR DE R\$ 10.000,00
EM FAVOR DO ESTADO





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

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

ULTRASSONOGRAMA 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



SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

PACIENTE: ARNALDO BURITI COUTO

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.

RADIOGRAFIA DE PELVE

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

CONT...

14


Dr. William R T Neto
CRM/PB: 6733



SECRETARIA DE ESTADO
DE SAÚDE



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado




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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
ARNALDO BURITI PORTO

DOC. IDENTIDADE / DOB. EMISSOR UF
2030995 SSP PB

CPF
025.333.434-98

DATA NASCIMENTO
20/11/1971

FILIAÇÃO
ARMANDO SALES PORTO
MARIA BURITI PORTO

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB. AD

Nº REGISTRO
00407935196

VALIDADE
27/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
16/10/1998

OBSERVAÇÕES
A ;

ASSINATURA DO PORTADOR
Arnaldo Buriti Porto

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
08/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
04138212648
PB034407316

PARAÍBA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1474469774

PROIBIDO PLASTIFICAR
1474469774



CONTRAN **DENATRAN**

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 011755220272
 EXERCÍCIO 2015
 VIA 0018018050-9 00/000000000 2015

ARNALDO BURITI PORTO
 NOME

CPF / CNPJ 02533343498
 PLACA ANT / UF RM054 PB
 CHASSI 9C2JG1801ER210190
 PLACA MMV5364/PB

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA / NAO APPLIC
 COMBUSTIVEL GASOLINA
 MARCA / MODELO HONDA / CG 125
 CATEGORIA 2 P/11 / CV
 ANO FAB 1989
 ANO MOD 1989
 COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 25/02/2015
 VENC. COTA ÚNICA 1º
 VENC. / COTAS 2º
 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0
 IOF (R\$) 0
 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0
 DATA DE PAGAMENTO 25/02/2015

REST. BEN. TRIBUTÁRIO 0

PCETINHO = PB LOCAL 25/02/2015

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 011755220272
 EXERCÍCIO 2015
 VIA 0018018050-9 00/000000000 2015

ARNALDO BURITI PORTO
 NOME

CPF / CNPJ 02533343498
 PLACA ANT / UF RM054 PB
 CHASSI 9C2JG1801ER210190
 PLACA MMV5364/PB

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA / NAO APPLIC
 COMBUSTIVEL GASOLINA
 MARCA / MODELO HONDA / CG 125
 CATEGORIA 2 P/11 / CV
 ANO FAB 1989
 ANO MOD 1989
 COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 25/02/2015
 VENC. COTA ÚNICA 1º
 VENC. / COTAS 2º
 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0
 IOF (R\$) 0
 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0
 DATA DE PAGAMENTO 25/02/2015

REST. BEN. TRIBUTÁRIO 0

PCETINHO = PB LOCAL 25/02/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 08.245.600/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 Nº 011755220272
 EXERCÍCIO 2015
 VIA 0018018050-9 00/000000000 2015

ARNALDO BURITI PORTO
 NOME

CPF / CNPJ 02533343498
 PLACA ANT / UF RM054 PB
 CHASSI 9C2JG1801ER210190
 PLACA MMV5364/PB

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA / NAO APPLIC
 COMBUSTIVEL GASOLINA
 MARCA / MODELO HONDA / CG 125
 CATEGORIA 2 P/11 / CV
 ANO FAB 1989
 ANO MOD 1989
 COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 25/02/2015
 VENC. COTA ÚNICA 1º
 VENC. / COTAS 2º
 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0
 IOF (R\$) 0
 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0
 DATA DE PAGAMENTO 25/02/2015

REST. BEN. TRIBUTÁRIO 0

PCETINHO = PB LOCAL 25/02/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 08.245.600/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238390/20

Número do Sinistro: 3200303899

Vítima: ARNALDO BURITI PORTO

Data do acidente: 15/06/2020

CPF: 025.333.434-98

CPF de: Próprio

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

