



Número: **0800677-05.2023.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **19/04/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75586 235	04/07/2023 10:05	Petição	Petição
75586 237	04/07/2023 10:05	2884224_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_07	Outros Documentos
75586 239	04/07/2023 10:05	2884224_JUNTADA_DE_DOCS_07	Outros Documentos

EM ANEXO





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 **Niló Trigueiro Dantas**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **047.951.774 / 65**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSSIMAR LEIS DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº **119577934,81**

do sinistro de DPVAT cobertura **invalidéz** da Vítima **DO MESMO**

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Roldão Zacarias de Macedo	Número: 145	Complemento: casa
Bairro: JK	Cidade: Picuí	Estado: PB
E-mail: nilotdantas@hotmail.com	CEP: 58.187-000	Tel.(DDD): (83) 99912-5490

Local e Data: **Picuí/PB, 17 de Fevereiro de 2023**

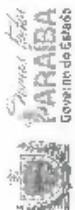

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





10/5/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4760 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 29/05/2020

Paciente: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS (SEM DOCUMENTACAO) Idade: 02020 N° ATEND: 2161391

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 29/05/2020 HORA : 12:59:29

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS DE EMBRIAGUEZ : SIM

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PÁ: TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

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

ESCALA DE Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

VERMELHO

HTQG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Agência de Atendimento
COREN-PB 0084-ENF

Data da internação: 29/05/2020 Hora: 13:53:02

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDU PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	
2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	
4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2161429	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 19/08/1989
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD: _____ Nº do Telefone: _____	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____	
14 - CÓDIGO MUNICÍPIO _____	15 - UF _____
16 - CEP _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR E FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA	
21 - CID 10 PRIMÁRIA _____	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____	
26 - CLÍNICA	27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 988016296938549	
29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 988016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO	
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/05/2020	
32 - ASSINATURA E CARTÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - Nº DO BILHETE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - SÉRIE
37 - CNPJ EMPRESA	
38 - CNES DA EMPRESA	
39 - CBO	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO	
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
42 - CDA ORGÃO EMISSOR	
43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF	45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - ASSINATURA E CARTÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA PEREIRA
Av. Maj. Fernando Pessoa, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB
NOME: Fábio Marcos Crispim Lima

CNPJ: 06.708.355/0001-57
Data: 29/05/2020



PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

Número do Prontuário: 1

DATA DA CIRURGIA: 29/05/2020

Número do Atendimento: 2161429 Clin: ALA AMARELA / Est: 6 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 29/05/2020

Atendimento: 2161429

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + EXPOSTA DE PE DIREITO

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: Data da Cirurgia: 29/05/2020

Equipe:

Cirurgião: FÁBIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 1: DR WAGNER FAI. CAO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: KESSIA

Anestesista: DR JOVANDÉ

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
2) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3) LAVAGEM EXASTIVA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
4) REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGEM
5) SUTURA + CURATIVO

Data 29/05/2020

Assinatura/Carimbo
Fábio Marcos Crispim Lima

Dr. Fábio Crispim
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
29/05/2020
CRM 15.173



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
Nome: <u>Josimar Diniz dos Santos</u> Nº <u>31-12-1969</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
CIRURGIA	<u>T.T. Urg. fístula cist. de túbio</u>		CIRURGIÃO	<u>Dr. Edmar F. Netto</u>	
ANESTESIA	<u>Rapina</u>		ANESTESIA	<u>Dr. Joviano</u>	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
<u>Kecia</u>	<u>29-05-20</u>	<u>14:45</u>	<u>16:45</u>		
Ord.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtz.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalina amp.	04	Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.	06	Catgut cromado Sertix		
	Dimazc amp.		Catgut Simples		
	Dorantina amp.		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Cera pl osso		
	Inova ml		Ethibond		
	Kotlar ml		Ethibond		
	Mecaina 2 % ml		Ethibond		
	Micobal amp.		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.		Fio de Algodão Sulup		
	Proloxiol Im		Fio de Algodão Sulup		
	Quelixin ml	05	Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		Mononylon		
	Thionembutal ml		Mononylon		
	Tracrium amp.		Prolene Sertix		
Qtz.	MEDICAÇÕES				
04	Agua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 23		
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		
02	Dipirona amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 15		
02	Flebotomid amp.	04	Luvax 7.0		
	Gentamicina amp.	05	Luvax 7.5		
	Glicose amp.	05	Luvax 8.0		
	Glucop de Cálcio amp.	05	Luvax 8.5		
	Hacmacel ml.	05	Oxigênio lit		
	Heparina ml.		Poliflix		
	Kanaklin amp.	05	PVPf Olegemante ml		
	Lasix amp.	04	PVPf Tópico ml.		
	Medrothinazol.	02	Sabão Antisséptico		
	Plasil amp.		Saco coletor P/L		
	Proamina	03	Seringa desc. 10 ml		
	Revlan amp.		Seringa desc. 20 ml		
	Stuplanon amp.		Seringa desc. 95 ml		
	Cefalolina 1g		Sonda		
			Sonda folloy		
			Sonda Nasogástrica		
			Sonda Uretral nº		
			Sterydren ml		
			Tornetinha		
Qtz.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vasclina ml		
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28		Ialeco		
01	Aguilha desc. 3 x 4.5	25	Alcool 70°		
	Alcool de Enfermagem		Alcool iodado ml		
04	Alcool Iodado ml	15	Ataduras de Crepon		
	Ataduras de Gessada		Ataduras de Melileno amp.		
	Benzina ml		Benzina ml		
GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes Lot. Número: V120591177 Fabricação: 08/2018 Validade: 03 Anos Código: 2345 Quantidade: 08 PCS Nome Técnico: PINO IMPLANTAVEL Modelo Comercial: PINO DE SCHANZ Número de Registro: AR/VISA: 60046330010 Mar Fabric: ASTA F136 Implantac: Materiais Médicos & Hospitalares Ltda. Est: São Paulo, 0555 - Valinhos/SP CEP: 13278-078 Resp. Técnico: Agnir A. Bispo CREA-SP 0083950588 Ampliação: 10/2018 Adversários e Interesses: Ver Instrução de Uso em www.implantavel.com.br PRODUTO MEDICO INVASIVO - ESTERIL - ETO Classe 3 SOROS SG Normotérmico fr 500 ml SG Gelado fr 500 ml SG Hipertermico fr 500 ml SG Ringr fr 500 ml SG 500 ml ORTESE E PRÓTESE WETCO 01 protador extraoral 350 EQUIPAMENTOS (X) Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar () Serra () Eletrocautério () Desfibrilador () Oxícapiógrafo () Foco Frontal (X) Cardiomonitor () Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico CIRCULANTE RESPONSÁVEL					



[illegible]

FOLHA DE ANESTESIA - SR28



HOSPITAL.

MATERIAL CIRÚRGICO

Av. Francisco Moura, 336A - Centro
João Pessoa-PB CEP: 58013-940
Fone: (83) 303-1.5400
E-mail: vendas@cortical.com.br
financeiro@cortical.com.br

FORNECEDOR

NOME DO PACIENTE

PROCEDIMIENTO

REGISTRO

DATA

CONVÊNIO

MEMBRO OPERADO

NOME DO MÉDICO _____

Comunicamos que utilizamos o (s) material (ais) aqui descrito (s) no paciente supra citado.

Responsável pelo fornecimento





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0641

Hospital: Hospital de São Paulo Código: _____Procedimento: Reparo de Fratura Segmentar Cód. Procedimento: _____Paciente: Yessimar Diniz dos SantosData da Cirurgia: 04/06/2022 Nº prontuário: 2161496 Convênio: UnimedCirurgião: M. Ricardo / M. M. Código: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	haste Blocomaster, Tubular 09x34			
01	Parafuso 4.5 mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

					Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm <i>Blocomaster</i>	Nº	40	45	50		
	Qtd.	01	01	01		
	Cód.					
Parafuso Cortical () mm	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº					
	Qtd.					
	Cód.					

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Id. do consultor: _____ Total: _____

Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Arthur Pires
Médico
CRM 12.589

Antes Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bloimplants.com.br



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Data da Internação: 29/05/2020

Data da Alta: 06/06/2020

Registro: 2161429

Tempo de Permanência: -18412

Diagnóstico Inicial: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E PÉ DIREITOS

Diagnóstico Final: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA E PÉ DIREITOS

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 06/06/2020

Equipe:

Cirurgião: FABIO MARCOS CRISPIM LIMA

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): DOR E FERIMENTO EM PERNA D

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, TIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR PISAR NO CHÃO COM O MEMBRO CIRURGIADO ATÉ ORDEM DO MÉDICO NO DIA DA CONSULTA DE RETORNO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADO AO FISIOTERAPEUTA. PRESCREVO ANALGÉSICO, XARELTO E CIPROFLOXACINO

Medicações para Casa: ARTROSIL CIPROFLOXACINO XARELTO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 06/06/2020

Assinatura/Carimbo
Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Jefferson Daviny dos

Santos PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 5.82 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 29 / 05 / 2020 A 06 / 06 / 2020 NECESSITANDO DE

60 (sessenta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. Dr. Mathius Paschoa

Campina Grande 06 / 06 / 2020 CRM-PB 11.579

Ass. do médico - Nº. do CRM _____

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável _____

MOD. 060





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

possui João Luiz dos
Santos

foi atendido (às) hoje, às 9:20 ()
horas, necessitando de 60 (sessenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S82.2

Campina Grande, 12/08/2020

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEO: 12455
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, Nº 423
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM Nº

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

MOD.004





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DO DAMIÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE DAMIÃO

DECLARAÇÃO

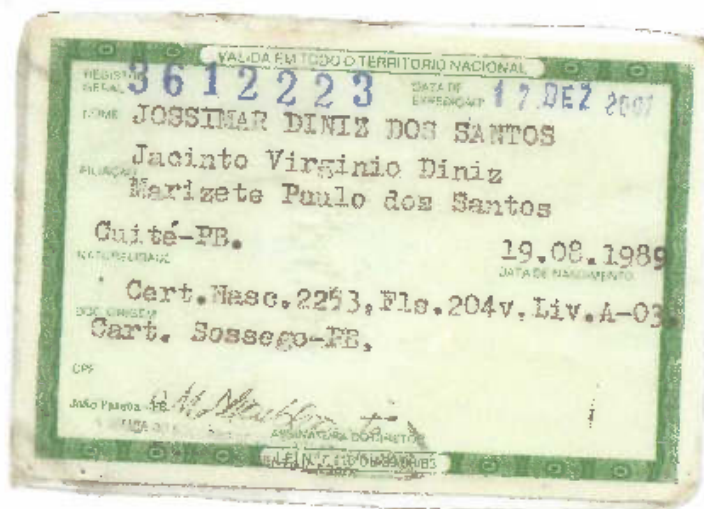
Declaro para os devidos fins de prova que o Sr(o)
Jossimar Diniz dos Santos, portador do CPF: 119.577.934-81 e
CNS 708401702911868, no dia 29/05/2020 por volta das 08:30hs, foi
solicitado para um atendimento da vítima de acidente automobilístico,
no qual o mesmo foi atendido e removido pela nossa equipe até o
Hospital de Trauma de Campina Grande – PB.

Damião-PB, 09 de março de 2022.


Ialysa Dayane G. Martins
COREN-PB 279789-ENF









PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230006415 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/05/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA. P.1,2
FERIMENTO EXPOSTO EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO E HASTE INTRAMEDULAR. DEMAIS
CONSERVADOR. P.5,9
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3230006415 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/05/2020 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2023

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA. P.1,2
FERIMENTO EXPOSTO EM PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO E HASTE INTRAMEDULAR. P.5,9
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Josimar Diniz dos Santos, brasileiro(a),
União Estável, Agricultor, portador(a) do RG nº.
361.22.23 expedido por SSP / PB em 17 / 12 / 2003 e do CPF nº.
119.577.934-81, residente na (o)
Rua Joaquim Sabino Sabino, S/N, Cunha
município de Sossogo - PB, CEP 58177-000.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picui – PB. e-mail: nilodantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Josimar Diniz dos Santos, ocorrido em 29 / 05 / 2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo de natureza INVALIDEZ, a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Sossogo - PB, 15 de março de 2022.

CARTÓRIO
Sossogo - PB

Josimar Diniz dos Santos
outorgante

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS Rua Francisco Avelar Dantas, 136 - Centro - Sossogo PB - 58177-000
Fone: (83) 99127-4520/ 99149-4744 E-mail: cartoriosossogo@rcpnepb.com.br
Tribuna Titulo: Anísio Gonçalves da Silva Avelino - S. Instituições: Augusto César Neto e José Carlos Araújo de Melo

Revizinho, como Autêntica e Verdadeira a(s) firma(s) de:

JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Por ser igual ao original. Dou fé.

Selo Digital: AMT04459-5BHW

Consulte a Autenticidade: <https://selodigital.rcpnepb.com.br>
Imprimíveis: R\$11,20 TARPIN R\$0,34 PEPJ + MP R\$2,26
Km locomoção da viabilidade. Sossogo PB, 15-03-2022



Josimar Diniz dos Santos
Escritor



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005998/23

Vítima: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

CPF: 119.577.934-81

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

Data do acidente: 29/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS : 119.577.934-81

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.





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, 06 de Abril de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3230006415

Vítima: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005776-2

Conta: 0000011446-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

119 537 934-81

JOSSEMAN DINIZ DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSSEMAN DINIZ DOS SANTOS 6 - CPF: 119 537 934-81
7 - Profissão: AGENTE 8 - Endereço: Rua José Maria Gomes 5320 São Paulo 9 - Número: 512 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 58177-000
15 - E-mail: nilotdantas@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (83) 3371-2274

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): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AMPLACO
AGÊNCIA: 5376 2 CONTA: 11446 4

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vai nascer)? ☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 11/01/23, 23/02/2023

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA-GERAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
13ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PICUI
DELEGACIA DE BARRA DE SANTA ROSA



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

Nº 04/2022

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 29/05/2020, por volta das 08H30, Rodovia PB-133, no Distrito Telha, Zona Rural, Barra de Santa Rosa/PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 10/03/2022, às 16H10MIN.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS, brasileiro, união estável, agricultor, ensino fundamental incompleto, natural de Cuité - PB, nascido aos 19/08/1989, filho de Jacinto Virgínia Diniz e Marizete Paulo dos Santos, portador do RG: 3612223 SSP/PB e CPF: 119.577.934-81, residente na Rua Antonio Ferreira de Macedo, S/N, Sossego-PB.

TESTEMUNHA (S):

1º – FRANCISCA TOMAZ DA SILVA, residente na Rua Antonio Ferreira de Macedo, S/N, Sossego-PB, portador do RG Nº 1.771.448 (2ª via) SSDS/PB e CPF: 065.613.974-03.

2º – JOSÉ NILSON BELO DA SILVA, residente na Rua Anísio Panciano, S/N, Sossego-PB, portador do RG: 2.197.211 SSDS/PB e CPF: 052.899.694-03.

NARRATIVA: QUE no 29/05/2020, por volta das 08H30, Rodovia PB-133, nas proximidades do Distrito Telha, a vítima se encontrava conduzindo a **MOTOCICLETA HONDA CG 125 TITAN, COR AZUL, PLACA: BYK 2416/PB, ANO E MODELO 1995/1995, CHASSI: 9CJC2501SR564113, RENAVAN: 619292186**, emplacada em nome de **JOSENILDO SOUZA COSTA**, quando um animal (caprino) saiu de um matagal e atravessou na frente do veículo, tendo o condutor perdido o controle da motocicleta, vindo cair ao solo, perdendo imediatamente os sentidos; QUE ficou sabendo que populares acionaram a equipe de saúde da cidade de Damião/PB, a qual efetuou sua transferência para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB com fratura exposta na tíbia (pé direito e ossos da perna direita); QUE deu entrada na data do fato, ficando internado até 06/06/2020, tendo passado por duas cirurgias, conforme documentação em anexo; QUE procurou esta Delegacia de Polícia para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

DECIO DE SOUZA LIMA FILHO
DELEGADO DE POLÍCIA-MAT. 135.521-0

COMUNICANTE: X Jossimar Diniz dos Santos

ESCRIVÃO:

Júlio Cezar da Silva
Agente de Investigação - PCPB
Mat. 181970-4



Declaração de Inexistência de IML

[X] 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.



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1912 CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/04/2023
NUMERO DO DOCUMENTO:	PAG_8201339
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS

BANCO: 237
AGÊNCIA: 05776
CONTA: 000000011446

Número da Autenticação

134D06F16430848D





OLIVE CONVERSIONAL SALVA TENDÃO: Subgrupo B1
Classif. RESMTC 31/S. Classe BADA RENDE
Licença. VONTRAFICHO
Rúbrica 1º-261-850-280C Nº Modulo. 00003208JL7



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1345187-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00013515

REGISTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00013051877

 VALOR DA FATURA R\$ 0,00	 VENCIMENTO 04/03/2021
 REFERÊNCIA Fev / 2021	 CONSUMO 34kWh

1.13 kWh
MÉDIA 24h

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO	
Jan/21	1316,28
Nov/20	918,11 (R\$)

DESCRIÇÃO

C/C	Descrição	Ano	Valor Total	Valor Base Calc		Alc	C/MD	Base Calc	IMRIS	C/MD	Base Calc	IMRIS	C/MD	Base Calc	IMRIS
				Total	100%										
001	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
002	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
003	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
004	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
005	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
006	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
007	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
008	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
009	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
010	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
011	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
012	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
013	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
014	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
015	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
016	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
017	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
018	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
019	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
020	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
021	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
022	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
023	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
024	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
025	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
026	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
027	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
028	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
029	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
030	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
031	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
032	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
033	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
034	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
035	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
036	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
037	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
038	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
039	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
040	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
041	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
042	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
043	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
044	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
045	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
046	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
047	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
048	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
049	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
050	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
051	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
052	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
053	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
054	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
055	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
056	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
057	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
058	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
059	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
060	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
061	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
062	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
063	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
064	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
065	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
066	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
067	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
068	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
069	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
070	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
071	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
072	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
073	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
074	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
075	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
076	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
077	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
078	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
079	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
080	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
081	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
082	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
083	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
084	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
085	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
086	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
087	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
088	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
089	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
090	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
091	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
092	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
093	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
094	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
095	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
096	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
097	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
098	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
099	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								
100	Despesa com Aluguel - BR	30	1.000,00	3,82	200	0	0,00								

CD	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
001	CD. Código de Classificação do Sistema	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
002	Tabela de Taxas Atividade	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00

RESERVADO AO F1520

0302.1212, 0302.8444, 4302, 2002, 0002, 0402

38

31

31

26

26

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

31

செய்தி: கருணாநிதி மருத்துவமனையில் சிகிச்சை

INDICADORES DE QUALIDADE

[illegible]

ATENÇÃO

ATENÇÃO
- Para obter o preço de venda de 20% de desconto, o cliente deve pagar o valor de 10,45% de 20% de desconto, ou seja, 2,09% de desconto.
- Para obter o preço de venda de 20% de desconto, o cliente deve pagar o valor de 10,45% de 20% de desconto, ou seja, 2,09% de desconto.

© 2000 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. Reproduction or translation of this work without permission in writing from John Wiley & Sons, Inc. is prohibited.

- HSA160: Carga (p) (atmosf.) sobre el conjunto de la grúa. Asumiendo:

(for information) case or otherwise.

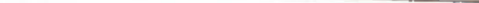
ENTURAS LÁ REVISÃO

do prazo de 30 (trinta) dias, contados da data da publicação, não poderá ocorrer a qualquer modificação após esta data de publicação.

28 - Quando for faturado com a Bóia Rêde, o cliente deverá pagar o valor da fatura no prazo de 30 dias.

Exclusão do ICMS pago no âmbito do Fisco OF 010, conforme legislação em vigor.

30/3806).



100

LIQ MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:05:50

cc/ConsultaDocumentos/list/view_ccam3x=2207041005462500000007313073

[5408F000000071007000](#)

54625900000071207366

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:05:50

Num. 75586237 - Pág. 27

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410054625900000071207366>

Número do documento: 23070410054625900000071207366



PC -00

NILO TRIGUEIRO DANTAS
R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145
CENTRO
58187-000 PICUI - PB



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	9.089,44
Pagamento efetuado em 13/02/2023	- 9.089,44
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	5.679,90
Total desta fatura	5.679,90

030323

Previsão prox. Fechamento: 03/04/2023

Titular **NILO TRIGUEIRO DANTAS**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.9264**

O total da sua fatura é:
R\$ 5.679,90

Com vencimento em:
13/03/2023

Limite total de crédito 17.000,00
Limite utilizado no mês **5.676,94**
Disponível para saque no Brasil **520,00**
Disponível para saque no exterior **1.820,00**

Preparamos para você outras opções para pagamento da sua fatura:

Pagamento mínimo:

R\$ 854,50

Parcelas fixas:

R\$ 716,64
+23x R\$ 716,64

Total ao optar pelo pagamento mínimo: R\$ 6.557,93

Total: R\$ 17.199,36

O Total acima é composto pelo valor do pagamento mínimo + valor não pago acrescido de encargos.

Em caso de pagamento entre o mínimo e o total, o valor que não foi pago irá para a próxima fatura acrescido de encargos previstos no verso desta fatura.

Caso você pague qualquer valor inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso e serão cobrados juros, multa e mora.

**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000**

Número do Documento 00135717798/0332247
Nome do Pagador/CPF/CNPJ NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário PÇA ALFREDO EGYDIO DE S. ARANHA, 1000S 7 AJABAQUARA - SÃO PAULO - SP

recibo do pagador

Nosso Número 175/35717798-8
Valor do Documento R\$ 5.679,90
Vencimento 13/03/2023

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.75355 71779.882043 00173.090002 7 000			
Local de Pagamento Pague sua fatura nos caixas do Grupo Big, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.					Data de Vencimento 13/03/2023
Nome do Beneficiário/ CNPJ/CPF/Endereço HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A - 03.012.230/0001-69 PÇA ALFREDO EGYDIO DE S. ARANHA, 1000S 7 AJABAQUARA - SÃO PAULO - SP					Agência / Código Beneficiário 2040/01730-9
Data do Documento 13/03/2023	Número do Documento 00135717798/0332247	Espécie DOC. FT	Aceite N	Data do Processamento 03/03/2023	Nosso Número 175/35717798-8
Uso do Banco	Carteira 175	Espécie R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 5.679,90
Instruções de responsabilidade do beneficiário. Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quantia a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento. O não pagamento poderá gerar inscrição nos órgãos restritivos de crédito.					(-) Descontos / Abatimentos (+) Juros / Multa (=) Valor Pago
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP NILO TRIGUEIRO DANTAS - 047.951.774-65 R ROLDAO ZACARIAS DE MACEDO 145 - 58187-000 PICUI - PB - - CENTRO Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:05:50
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410054625900000071207366>
Número do documento: 23070410054625900000071207366

Num. 75586237 - Pág. 28



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

Processo: 08006770520238150161

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSSIMAR DINIZ DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CUITE, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:05:50
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410055055300000071207368>
Número do documento: 23070410055055300000071207368

Num. 75586239 - Pág. 2