



Número: **0802030-65.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 7087.5**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA
AUTOR	DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12082 711	12/01/2018 16:17	DOCUMENTOS	Outros Documentos
12082 713	12/01/2018 16:17	PAG ADMINISTRATIVO	Outros Documentos
12082 717	12/01/2018 16:17	PROCURACAO	Outros Documentos
12112 657	16/01/2018 16:01	Despacho	Despacho
18706 870	18/01/2019 11:10	Mandado	Mandado
18706 871	18/01/2019 11:10	Expediente	Expediente
18707 001	18/01/2019 11:14	Certidão	Certidão
18917 223	30/01/2019 14:25	Certidão	Certidão
18917 290	30/01/2019 14:25	0802030-65.2018.8.15.2001	Outros Documentos
18961 222	04/02/2019 09:24	Diligência	Diligência
18961 273	04/02/2019 09:24	Bradesco Seg Vanda Carmen 0802030652018	Devolução de Mandado

IDENTIFICAÇÃO

3010911989

vítima Diana Guedes Alves da SilvaDATA DO ACIDENTE 11/09/2016 CPF DA VÍTIMA 083.585.024-27

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

AVITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR Rua Deputado Scóres MadrugaNº 111 COMPLEMENTO Santos RibeiroCIDADE Santa Rita UF PB CEP 58303-355

E-MAIL _____

TELEFONE (____)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: Declaração do Proprietário

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 5.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
5^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
6^a Delegacia Distrital de Santa Rita



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00256.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00256.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:02 horas do dia 07 de fevereiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6^a Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, comigo, Agente de Investigacao do seu cargo, ao final assinado, compareceu Diana Guedes Alves da Silva, CNH nº 04984202546, CPF nº 083.585.024-27, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Operadora de Caixa, filho(a) de Maria Inez Luiz da Silva Guedes e Antonio José de Oliveira Guedes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/09/1989 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Soares Madruga, N° 111, complemento CASA, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Na Rua da Agência da Caixa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-3406.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Virginio Veloso Borges, Nas Proximidades da Receita Federal, Santa Rita/PB, bairro Tibiri Fábrica;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/09/16 11:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE vinha de carona numa moto tipo HONDA NXR 150 BROS KS, de placa Nº OEX 2048/PB, chassi Nº 9C2KD0560BR107277, de cor vermelha, ano/modelo 2011/2011, em nome de LUCAS ALVES, do Bairro Tibiri II em direção ao centro de Santa Rita/PB; QUE nas proximidades da Receita Federal, um cachorro atravessou a rua e o condutor da moto não conseguiu desviar do animal, vindo a cair; QUE a comunicante foi socorrida pelo SAMU para o Hospital da Hapvida, na cidade de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticada com CID 10 S62 (tratamento cirúrgico do 5 metacarpo), conforme Laudo Médico do hospital assinado pelo médico Dr LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES, CRM/PB 4290; QUE posteriormente, a comunicante foi submetida novamente a tratamento cirúrgico no dia 25/01/2017, quando foi diagnosticada com CID 10 S63 (4º dedo em martelo crônico da mão direita), conforme Relatório Médico assinado pela médica Dra. ANDREA H. NASRALA, CRM 10.582

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 aizada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

JANE CLEMÉNTINA G. DE O. C. DANTAS
Agente de Investigacao

Santa Rita/PB, 07 de fevereiro de 2017.

Diana Guedes Alves da Silva
DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00256.01.2017.1.05.006

1/1



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME
Av. Diógenes Chianca, 1777
Agua Fria - CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

(ATO DECLARATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 611/002, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1419537, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **DIANA GUEDES ALVES DA SILVA** idade 27 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Moto x Animal)** no dia 11/09/2016, na Av. Principal de Tibiri, Bairro: Tibiri Fabrica - Santa Rita - aproximadamente as 11:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital HAPVIDA.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Novembro de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242, 3218.9125

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DIANA GUEDES ALVES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 04984202546 e inscrito no CPF/MF sob o nº 083.585.024-27, residente e domiciliado na RUA DEP. SOARES MADEIRA, N° 111, TIBIRI, Cidade SANTA RITA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Diana Guedes Alves da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 16 de Junho de 2017

Local e data

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUCAS ALVES

RG nº 06237266651, data de expedição 22/07/16,
Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 700.180.554-86, com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DEPUTADO SOARES MADRUGA, nº 111,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DIANA GUENES ALVES DA SILVA, cujo o condutor era
LUCAS ALVES.

Veículo: HONDA Bros 150

Modelo: NXR KS

Ano: 2011

Placa: QEX 2048 - PB

Chassi: QC2K00560BR107277

Data do Acidente: 31/09/2016

Local e Data: João Pessoa, 16 de Junho de 2017



Lucas Alves
Assinatura do Declarante



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



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Atendimento

38251778



27/09/2016 16:39:54

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade				
13921744	DIANA GUEDES ALVES DA SILVA		F	30/09/1989	26				
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil					
3246506 SSPPB PB	8358502427			1-CASADO					
Endereço									
R R MONSENHOR S PIRES FERREIRA 0 MUNICIPIOS SANTA RITA-PB CEP:58303360									
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe							
987483406		MARIA INEZ LUIZ DA SILVA GUEDES							

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
11/09/2016	16:16		
Médico Atendente	Clinica		
2466287 RAFAEL LARA DE FREITAS	5-ORTOPEDICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
2466287 RAFAEL LARA DE FREITAS	5 PQA (CENTRO CIRURGICO)		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CLUBE DE SAUDE ADMINTISTRADORA BENEFICIOS LTDA
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
81038000176002019		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1628116	99996666	C17311682	INTERNACAO
1628116	48020192	C17311682	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO

REMESSA
110735

R4310RI - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO

CLÍNICA ORTOPÉDICA F. TRAUMATOLÓGICA DE JOÃO PESSOA LTDA						
MATERIAL, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA						
Nome: <i>Diana Guedes Alves da Silva</i> Registro: <i>38251778</i> CONVÉNIO: <i>Hopital</i>						
Tipo de Cirurgia: <i>Fractura de fêmur</i> Anestesista: <i>DR. Rafael Leme</i>						
CIRURGIÃO: <i>DR. Rafael Leme</i>						
1º Auxiliar: _____						
Instrumentador(a): _____						
Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	C.	
Nipatol (amp)	1222	04	Oximetrímetro (Orastina)	121537		
Água Desinfetada (amp) 10ML	14290	04	Pantacol Comp.	12155		
Áqua Desinfetada 1000ml	34282		Plastisol (amp)	121581		
Antiprurito	35181		Prótesis (amp)	12160		
Sedal do Metileto	1176		Prótesis (amp)	12162		
Bucocan Compacto (amp)	36064		Quetamina	12164		
Bucocan Simples (amp)	36161		Ranitidina 25 mg (amp)	12166		
Entecabutal 1200 UI	50482		Scopolamônio 250ml	12168		
Bucovasana Iodônica (Neoc.)	48180		Sofá lactado 500 ml	12170	04	
Bucovasana Pessada (Neoc.)	48394		Sofá lactado 500 ml	12172		
Cefalotilina 1G (Kefalin)	42199		Sofá lactado 500 ml	12174		
Cefalotilina 1G (Kefazol)	4207	01	Sofá lactado 500 ml	12176		
Cefotiazona 1G (Kefozil)	43400		Sofá lactado 500 ml	12178		
Cloxacilina Bt (amp)	38390		Sofá lactado 500 ml	12180	01	
Cycladotol 4MG	36811		Sofá lactado 500 ml	12182		
Diazepam (amp)	38075		Sofá lactado 500 ml	12184		
Diazepam (amp)	118477		Sofá lactado 500 ml	12186		
Diorit (amp)	18098	02	Tiamacetamol 40mg (amp)	12188		
Dipiramida (amp)	19084		Tiamacetamol 50mg (amp)	12190	02	
Doloxetina (amp)	40045		Vitamina C 1000mg	12192		
Dormonid 15mg (amp)	40037		Vitamina C 1000mg	12194		
Gelatina B6 (amp) 10ml	40084		Vitamina C 1000mg	12196		
Gelatina B6 DL 10ml	126122		Vitamina C 1000mg	12198		
Glutaral	119185		Vitamina C 1000mg	12200		
Glutaral	40142		Vitamina C 1000mg	12202		
Fenotaxan 50 mg (amp)	49263		Vitamina C 1000mg	12204		
Fenotaxan 25 mg (amp)	49190		Vitamina C 1000mg	12206		
Materiais	Cód.	Q.	Materiais	Cód.	C.	
Algodão	1228		Algodão Descartável	12269		
Algodão	210	01	Algodão	12270		
Algodão	201		Algodão Descartável 3ml	12268	01	
Algodão Descartável 5ml	12267		Algodão Descartável 5ml	12266	01	
Algodão Descartável 10ml	12264		Algodão Descartável 10ml	12262	02	
Algodão Descartável 20ml	12262		Algodão Descartável 20ml	12267	02	
Algodão Aspiração Nº 06	12267		Algodão Aspiração Nº 06	12265		
Algodão Aspiração Nº 08	12265		Algodão Aspiração Nº 08	12263		
Algodão Aspiração Nº 10	12263		Algodão Aspiração Nº 10	12261		
Algodão Aspiração Nº 12	12261		Algodão Aspiração Nº 12	12259		
Algodão Aspiração Nº 14	12259		Algodão Aspiração Nº 14	12257		
Algodão Aspiração Nº 16	12257		Algodão Aspiração Nº 16	12255		
Algodão Aspiração Nº 18	12255		Algodão Aspiração Nº 18	12253		
Algodão Aspiração Nº 20	12253		Algodão Aspiração Nº 20	12251		
Algodão Aspiração Nº 22	12251		Algodão Aspiração Nº 22	12249		
Algodão Aspiração Nº 24	12249		Algodão Aspiração Nº 24	12247	01	
Algodão Aspiração Nº 26	12247		Algodão Aspiração Nº 26	12245	01	
Algodão Aspiração Nº 28	12245		Algodão Aspiração Nº 28	12243	01	
Algodão Aspiração Nº 30	12243		Algodão Aspiração Nº 30	12241	01	
Algodão Aspiração Nº 32	12241		Algodão Aspiração Nº 32	12239	01	
Algodão Aspiração Nº 34	12239		Algodão Aspiração Nº 34	12237	01	
Algodão Aspiração Nº 36	12237		Algodão Aspiração Nº 36	12235	01	
Algodão Aspiração Nº 38	12235		Algodão Aspiração Nº 38	12233	01	
Algodão Aspiração Nº 40	12233		Algodão Aspiração Nº 40	12231	01	
Algodão Aspiração Nº 42	12231		Algodão Aspiração Nº 42	12229	01	
Algodão Aspiração Nº 44	12229		Algodão Aspiração Nº 44	12227	01	
Algodão Aspiração Nº 46	12227		Algodão Aspiração Nº 46	12225	01	
Algodão Aspiração Nº 48	12225		Algodão Aspiração Nº 48	12223	01	
Algodão Aspiração Nº 50	12223		Algodão Aspiração Nº 50	12221	01	
Algodão Aspiração Nº 52	12221		Algodão Aspiração Nº 52	12219	01	
Algodão Aspiração Nº 54	12219		Algodão Aspiração Nº 54	12217	01	
Algodão Aspiração Nº 56	12217		Algodão Aspiração Nº 56	12215	01	
Algodão Aspiração Nº 58	12215		Algodão Aspiração Nº 58	12213	01	
Algodão Aspiração Nº 60	12213		Algodão Aspiração Nº 60	12211	01	
Algodão Aspiração Nº 62	12211		Algodão Aspiração Nº 62	12209	01	
Algodão Aspiração Nº 64	12209		Algodão Aspiração Nº 64	12207	01	
Algodão Aspiração Nº 66	12207		Algodão Aspiração Nº 66	12205	01	
Algodão Aspiração Nº 68	12205		Algodão Aspiração Nº 68	12203	01	
Algodão Aspiração Nº 70	12203		Algodão Aspiração Nº 70	12201	01	
Algodão Aspiração Nº 72	12201		Algodão Aspiração Nº 72	12199	01	
Algodão Aspiração Nº 74	12199		Algodão Aspiração Nº 74	12197	01	
Algodão Aspiração Nº 76	12197		Algodão Aspiração Nº 76	12195	01	
Algodão Aspiração Nº 78	12195		Algodão Aspiração Nº 78	12193	01	
Algodão Aspiração Nº 80	12193		Algodão Aspiração Nº 80	12191	01	
Algodão Aspiração Nº 82	12191		Algodão Aspiração Nº 82	12189	01	
Algodão Aspiração Nº 84	12189		Algodão Aspiração Nº 84	12187	01	
Algodão Aspiração Nº 86	12187		Algodão Aspiração Nº 86	12185	01	
Algodão Aspiração Nº 88	12185		Algodão Aspiração Nº 88	12183	01	
Algodão Aspiração Nº 90	12183		Algodão Aspiração Nº 90	12181	01	
Algodão Aspiração Nº 92	12181		Algodão Aspiração Nº 92	12179	01	
Algodão Aspiração Nº 94	12179		Algodão Aspiração Nº 94	12177	01	
Algodão Aspiração Nº 96	12177		Algodão Aspiração Nº 96	12175	01	
Algodão Aspiração Nº 98	12175		Algodão Aspiração Nº 98	12173	01	
Algodão Aspiração Nº 100	12173		Algodão Aspiração Nº 100	12171	01	
Algodão Aspiração Nº 102	12171		Algodão Aspiração Nº 102	12169	01	
Algodão Aspiração Nº 104	12169		Algodão Aspiração Nº 104	12167	01	
Algodão Aspiração Nº 106	12167		Algodão Aspiração Nº 106	12165	01	
Algodão Aspiração Nº 108	12165		Algodão Aspiração Nº 108	12163	01	
Algodão Aspiração Nº 110	12163		Algodão Aspiração Nº 110	12161	01	
Algodão Aspiração Nº 112	12161		Algodão Aspiração Nº 112	12159	01	
Algodão Aspiração Nº 114	12159		Algodão Aspiração Nº 114	12157	01	
Algodão Aspiração Nº 116	12157		Algodão Aspiração Nº 116	12155	01	
Algodão Aspiração Nº 118	12155		Algodão Aspiração Nº 118	12153	01	
Algodão Aspiração Nº 120	12153		Algodão Aspiração Nº 120	12151	01	
Algodão Aspiração Nº 122	12151		Algodão Aspiração Nº 122	12149	01	
Algodão Aspiração Nº 124	12149		Algodão Aspiração Nº 124	12147	01	
Algodão Aspiração Nº 126	12147		Algodão Aspiração Nº 126	12145	01	
Algodão Aspiração Nº 128	12145		Algodão Aspiração Nº 128	12143	01	
Algodão Aspiração Nº 130	12143		Algodão Aspiração Nº 130	12141	01	
Algodão Aspiração Nº 132	12141		Algodão Aspiração Nº 132	12139	01	
Algodão Aspiração Nº 134	12139		Algodão Aspiração Nº 134	12137	01	
Algodão Aspiração Nº 136	12137		Algodão Aspiração Nº 136	12135	01	
Algodão Aspiração Nº 138	12135		Algodão Aspiração Nº 138	12133	01	
Algodão Aspiração Nº 140	12133		Algodão Aspiração Nº 140	12131	01	
Algodão Aspiração Nº 142	12131		Algodão Aspiração Nº 142	12129	01	
Algodão Aspiração Nº 144	12129		Algodão Aspiração Nº 144	12127	01	
Algodão Aspiração Nº 146	12127		Algodão Aspiração Nº 146	12125	01	
Algodão Aspiração Nº 148	12125		Algodão Aspiração Nº 148	12123	01	
Algodão Aspiração Nº 150	12123		Algodão Aspiração Nº 150	12121	01	
Algodão Aspiração Nº 152	12121		Algodão Aspiração Nº 152	12119	01	
Algodão Aspiração Nº 154	12119		Algodão Aspiração Nº 154	12117	01	
Algodão Aspiração Nº 156	12117		Algodão Aspiração Nº 156	12115	01	
Algodão Aspiração Nº 158	12115		Algodão Aspiração Nº 158	12113	01	
Algodão Aspiração Nº 160	12113		Algodão Aspiração Nº 160	12111	01	
Algodão Aspiração Nº 162	12111		Algodão Aspiração Nº 162	12109	01	
Algodão Aspiração Nº 164	12109		Algodão Aspiração Nº 164	12107	01	
Algodão Aspiração Nº 166	12107		Algodão Aspiração Nº 166	12105	01	
Algodão Aspiração Nº 168	12105		Algodão Aspiração Nº 168	12103	01	
Algodão Aspiração Nº 170	12103		Algodão Aspiração Nº 170	12101	01	
Algodão Aspiração Nº 172	12101		Algodão Aspiração Nº 172	12099	01	
Algodão Aspiração Nº 174	12099		Algodão Aspiração Nº 174	12097	01	
Algodão Aspiração Nº 176	12097		Algodão Aspiração Nº 176	12095	01	
Algodão Aspiração Nº 178	12095		Algodão Aspiração Nº 178	12093	01	
Algodão Aspiração Nº 180	12093		Algodão Aspiração Nº 180	12091	01	
Algodão Aspiração Nº 182	12091		Algodão Aspiração Nº 182	12089	01	
Algodão Aspiração Nº 184	12089		Algodão Aspiração Nº 184	12087	01	
Algodão Aspiração Nº 186	12087		Algodão Aspiração Nº 186	12085	01	
Algodão Aspiração Nº 188	12085		Algodão Aspiração Nº 188	12083	01	
Algodão Aspiração Nº 190	12083		Algodão Aspiração Nº 190	12081	01	
Algodão Aspiração Nº 192	12081		Algodão Aspiração Nº 192	12079	01	
Algodão Aspiração Nº 194	12079		Algodão Aspiração Nº 194	12077	01	
Algodão Aspiração Nº 196	12077		Algodão Aspiração Nº 196	12075	01	
Algodão Aspiração Nº 198	12075		Algodão Aspiração Nº 198	12073	01	
Algodão Aspiração Nº 200	12073		Algodão Aspiração Nº 200	12071	01	
Algodão Aspiração Nº 202	12071		Algodão Aspiração Nº 202	12069	01	
Algodão Aspiração Nº 204	12069		Algodão Aspiração Nº 204	12067	01	
Algodão Aspiração Nº 206	12067		Algodão Aspiração Nº 206	12065	01	
Algodão Aspiração Nº 208	12065		Algodão Aspiração Nº 208	12063	01	
Algodão Aspiração Nº 210	12063		Algodão Aspiração Nº 210	12061	01	
Algodão Aspiração Nº 212	12061		Algodão Aspiração Nº 212	12059	01	
Algodão Aspiração Nº 214	12059		Algodão Aspiração Nº 214	12057	01	
Algodão Aspiração Nº 216	12057		Algodão Aspiração Nº 216	12055	01	
Algodão Aspiração Nº 218	12055		Algodão Aspiração Nº 218	12053	01	
Algodão Aspiração Nº 220	12053		Algodão Aspiração Nº 220	12051	01	
Algodão Aspiração Nº 222	12051		Algodão Aspiração Nº 222	12049	01	
Algodão Aspiração Nº 224	12049		Algodão Aspiração Nº 224	12047	01	
Algodão Aspiração Nº 226	12047		Algodão Aspiração Nº 226	12045	01	
Algodão Aspiração Nº 228	12045		Algodão Aspiração Nº 228	12043	01	
Algodão Aspiração Nº 230	12043		Algodão Aspiração Nº 230	12041	01	
Algodão Aspiração Nº 232	12041		Algodão Aspiração Nº 232	12039	01	
Algodão Aspiração Nº 234	12039		Algodão Aspiração Nº 234	12037	01	
Algodão Aspiração Nº 236	12037		Algodão Aspiração Nº 236	12035	01	
Algodão Aspiração Nº 238	12035		Algodão Aspiração Nº 238	12033	01	
Algodão Aspiração Nº 240	12033		Algodão Aspiração Nº 240	12031	01	
Algodão Aspiração Nº 242	12031		Algodão Aspiração Nº 242	12029	01	
Algodão Aspiração Nº 244	12029		Algodão Aspiração Nº 244	12027	01	
Algodão Aspiração Nº 246	12027		Algodão Aspiração Nº 246	12025	01	
Algodão Aspiração Nº 248	12025		Algodão Aspiração Nº 248	12023	01	
Algodão Aspiração Nº 250	12023					



BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO 1ANDAR - HGJP Leito: 1A-107/1 13/09/2016 16:58

Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA	Atendimento: 38251778	Prontuário: 13921744	Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 8784	Nº: 06438147	11/09/2016	às 16:45

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S626 FRAT DE OUTR DEDOS

Diagnóstico Cirúrgico S626 FRAT DE OUTR DEDOS

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 11/09/2016

Hora Da Cirurgia 16:47

Cirurgia OSTEOSINTESE COM FIO K + DESBRIDAMENTO CIRURGICO

Cirurgião DR RAFAEL LARA

Anestesista DR SAULO

Descrição Cirúrgica
1- ANESTESIA
2 - ANTISEPSIA + ASSEPSIA
3 - COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO
4 - INCISÃO LONGITUDINAL
5- REDUÇÃO DE FRATURA DO 5º METACARPOE FIXAÇÃO COM 01
FIO DE KIRCHNER Nº 1,5, REALIZADO CONTROLE COM USO DE
INTENSIFICADOR DE IMAGEM.
6-SUTURA + CURATIVO
7-TALA GESSADA TIPO GARRAFA



PACIENTE

Nome do Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
 Código Paciente: 61038000176002
 Plano: Individual () Empresa (X) Qual Empresa: CLUBE DE SAÚDE ADMINISTRADORA BENEFÍCIOS
 Filiado Prestador: JOAO PESSOA
 Empresa Custo Operacional? Sim () Não (X)
 Prestador: CLINI ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332558919
 Endereço: Rua Presidente Vargas, 1000 - Centro
 Telefone: 8335069949

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Código AMB/CBH/PM: 46020192 Senha: C17311682 Tipo Liberacão: Procedimento: NORMAL
 Cirurgia ou procedimento: FRATURA DE FALANGES OU METACARPIANOS TRATAMENTO CRURGICO COM FRACAO
 Agência (): Eletivo ()

Exames apresentados para justificar a autorização do procedimento:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Dt Autorização	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacão: GNHAP	Dt Internação
16/09/16	11/09/2016	12/09/2016	12/09/2016	
Autorizado:	Auditor:	Especialista:	Operador: GNHAP	
CEVIGNO	VROSARIO	JMARCELZ	ALINEAV	
Dt Informação Paciente:		Qdt Dias:	Situação:	
16/09/16		2	Liberado	

11379

MATERIAL AUTORIZADO	USUÁRIO COM COBERTURA OPMES	Qtd	VL DOU/VL Fornecido	VL GNHAP	Tx Com Autorizd	Pl. LIB.
29600002 FIO DE KIRSCHNER	ME: PRESTADOR	2	13,00	13,00	35,00	SIM NR
29832655 ANCORA	ME: PRESTADOR		197,60	197,60		NAO
29613720 PLACA EM T 2,7 INCLUI PARAFUSOS	S: PRESTADOR		131,36	131,36		NAO
29832721 PLACA EM L 2,7 MM INCLUI PARAFUSOS	S: PRESTADOR		131,36	131,36		NAO
29832722 PLACA SEMITUBULAR 2,7 INCLUI PARAFUSOS	S: PRESTADOR		146,64	146,64		NAO
29832783 PARAFUSO CANULADO 3,5 MM	S: PRESTADOR		116,02	116,02		NAO
29832767 MINI PARAFUSO DE AUTO-COMPRESSÃO	S: PRESTADOR		120,00	120,00		NAO
29832792 PARAFUSO CANULADO MINI	S: PRESTADOR		257,29	257,29		NAO
29832844 PARAFUSO CORTICAL 2,0 MM	S: PRESTADOR		15,34	15,34		NAO
29832855 PARAFUSO CORTICAL 2,7 MM	S: PRESTADOR		16,94	16,94		NAO
29832911 MINIFERRADOR EXTERNO	S: PRESTADOR		366,62	366,62		NAO

Exames apresentados para justificar a autorização do material:

OBSERVAÇÃO:



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
11/09/2016 10:15 PM

Nº Prescrição: 10635692 Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA Prontuário: 13921744 Data: 11/09/2016 Hora: 22:02
Atendimento: 38251778 Posto: POSTO 1ANDAR - HGJP Leito: 1A-109/1 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

2 - REALIZAR/REGISTRANDO

SINAIS VITAIS- TEMPERATURA	-19:00-	36.6 %	12/09 -01:00-	36.4 %	12/09 -07:00-	36.2 %
SSVV - PRESSÃO ARTERIAL	19:00	12/09 -01:00-	110X70	12/09 -07:00-	110X70	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

11/09/2016 20:00 PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR PROCEDENTE DO BLOCO CIRURGICO EM POI DE FRATURA DE FALANGE MÃO DIRETA CONSCIENTE E ORIENTADA EM HYP SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	ELIANE COSTA FERR
11/09/2016 21:00 PACIENTE ACEITOU A DIETA OFERECIDA	ELIANE COSTA FERR
12/09/2016 00:00 PACIENTE MEDICADA CPM E AFERIDO SSVV SEM INTERCORRENCIAS	ELIANE COSTA FERR
12/09/2016 02:00 PACIENTE SEM QUEIXAS	ELIANE COSTA FERR
12/09/2016 06:00 PACIENTE SEGUE MEDICADA CPM SEGUE SEM INTERCORRENCIAS SEGUE NO SORO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	ELIANE COSTA FERR

PROFISSIONAIS

ELIANE COSTA FERRO MOREIRA (COREN 251914)



Evolução de Enfermagem Internação

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJP Leito: 1A-109/1 11/09/2016 22:00

Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA Atendimento: 38251778 Prontuário: 13921744 Convênio: HAPNDA JOAO

Profissional(is): YORDAN GOMES DE AMORIM COREN 239461 Nº: 06440932 11/09/2016 às 21:50

Nível de Consciência

Descrição	PACIENTE EVOLUI EM EGB, NO POI DE FRACTURA DE FALANGE DE MSD, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL, FONTO OCLUSIVA COM FIXADOR, DIETA VO, DIURESE ESPONTÂNEA, MEDICADA CPM, SONO E REPOSO PRESERVADO, SIGUE OS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ALTA PELA MANHÃ 12-09.
-----------	---

Procedimentos Invasivos	
Cateter Para Diálise	Sim



ANAMNESE MÉDICA

Atesto, para os devidos fins, que o(a) Sr(a) DIANA GUEDES ALVES DA SILVA compareceu à Emergência deste Hospital no dia 11/09/2016 e apresentou trauma de alta energia.

M1: COLISÃO MOTO X CACHORRO

DT: 11/09/2016 10:40HS

TRAUMA NO JOELHO DIRIETO, MÃO E COTOVelo DIR

HPP: ATENDIDO EM VIA PÚBLICA PELO SAMU

BOM ESTADO GERAL. DOR + LIMITAÇÃO NÃO

EF: EDEMA ACENTUADO

ADM: AUSENTE

NEUROVASCULAR PRESERVADO

ESCORIAÇÕES E FEMIMENTO MÃO E JOELHO

RX: FRATURA DO COLO DO 5 MTC 70 GRAUS

HD: FRATURA EXPOSTA DO 5 MTC

CD: INTERNO PARA TTO CIRÚRGICO + EXAMES + ORIENTAÇÃO + PRESCRIÇÃO

SOLICITO

30722411 – TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FALANGE

CID: S626

JP 11/09/2016

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693



RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para fins trabalhistas, que a paciente Diana Guedes Alves da Silva, sofreu acidente de moto no dia 11/09/2016. Apresenta diagnóstico de 4º dedo em martelo crônico da mão direita e foi submetida à tratamento cirúrgico no 25/01/2017 e se encontra imobilizada por 6 semanas e em seguimento ambulatorial.

CID: S63

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2017.

Uma assinatura em tinta azul, que parece ser a de um médico. Acima da assinatura, há uma legenda que lê: "Dr. Andréa H. Negrão" e "CRM 10.882 - 13745".





LAUDO MÉDICO

Declaro, para fins trabalhistas, que o(a) Sr(a) Diana Guedes Alves da Silva, sofreu acidente de moto no dia 11/09/2016. Apresenta diagnóstico de 4º dedo em martelo crônico e fratura do 5º MTC mão direita. Foi submetida à tratamento cirúrgico de ambos diagnósticos. Apresenta déficit de flexão do 5º dedo e em uso de órtese no 4º dedo por 3 semanas. Está em seguimento ambulatorial e reabilitação fisioterápica.

CID: S63 / S62

João Pessoa, 04 de abril de 2017.

Dra. Andreia H. Nusralo
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10.582 TBOI - 13/15





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

E.U. DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG N° 04984201546 EXPEDIDO POR DETRAN - PB EM 28/08/14 E
CPF 083585024-24 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECLUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DIANA GUEDES ALVES DA SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 97529-3

OP013

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

Joaú Pessoa , 16 de Junho de 2017

LOCAL E DATA

x Diana Guedes Alves da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- ATENÇÃO
- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de Invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DIANA GUEDES ALVES DA SILVA,

RG nº 04984202546, data de expedição 28/08/14, Órgão DETRAN - PB,

CPF nº 083.585.024-27, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DEPUTADO SOARES MADRUGA</u>
Número	<u>111</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TIBIRI</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.308-355</u>
Telefone de Contato	<u>83 98630-1130</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 16 de Junho de 2017

Assinatura do Declarante: Diana Guedes A. Silva



MARIA INEZ LUIZ DA SILVA
RUA DEP SCARES MADRUGA, 111 - TIBIRI
SANTA RITA / PB CEP: 58300000 (AG: 1)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO - Br 280, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-01
Rodovia 12 - B - 872 - 2800
Número: 00009057876
Referência: Jan / 2017
Emissão: 19/01/2017
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0003727-7
Código para Desbloqueio Automático: 0000015308

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

Conta referente a	UC (Unidade Consumidora): 5/153980-8	Canal de contato			
Jan / 2017					
Apresentação					
19/01/2017	Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.				
16/02/2017	83 98630.1130				
CPF/CNPJ/RANI:					
44217170456	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Insc. Est.	Data	Lectura	Data	Lectura	
21/12/16	7878	19/01/17	8058	1	77
Faturas em atraso:					
Demonstrativo					
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Consumo até 30kWh-BR	30	0,14805	4,44		
Consumo > 31 a 100kWh-BR	47	0,25552	12,13		
Subsídio			12,13		
ICMS			9,12		
PIS			2,13		
COFINS			0,00		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:					
CONTRIB.SERVILUM PÚBLICA					
Devolução Subsídio					
Histórico de Consumo (kWh):					
Dez/16	79				
Nov/16	88				
Out/16	74				
Sep/16	83				
Agosto/16	88				
Junho/16	64				
Jun/16	62				
Maio/16	60				
Abril/16	41				
Março/16	65				
Fevereiro/16	92				
Janeiro/16	102				
Média dos últimos meses:	77				
VENCIMENTO					
TOTAL A PAGAR					
26/01/2017 R\$ 32,05					
RESERVADO AO FISCO					
3162.e29a 0756 ee60.5034 fec1.6cc6 8d74.					
Indicadores de Qualidade					
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Composição do valor total da fatura		
DIC MENSAL	5,79	0,00	DISCRIMINAÇÃO	Valor (R\$)	
DIC TRIMESTRAL	11,58	NOMINAL	Serviços de Distribuição de Energia Elétrica	6,28	
DIC ANUAL	23,16	CONTRATADA	Compra de Energia Elétrica	7,32	
FIC MENSAL	3,45	LIMITES INFERIOR	Serviço de Transmissão de Energia Elétrica	0,43	
FIC TRIMESTRAL	7,10	LIMITES SUPERIOR	Entregas Retornadas	2,46	
FIC ANUAL	14,20	202	Impostos Diretos e Encargos	15,59	
DMIC	3,37	231	Outros Serviços	0,00	
DICR	12,22		Total	32,05	
ATENÇÃO					
Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$17,43.					

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta nº: 11508664

A/C: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170397805 ASL-0272597/17
Vitima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Data Acidente: 11/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000097529-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Outorgante: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA, brasileira, divorciada, operadora de caixa, portadora do CPF n.º 083.585.024-27 e RG n.º 3246506 SSDS/PB, residente e domiciliado à Rua Deputado Soares Madruga, nº. 111, Tibiri, Santa Rita – PB.

Outorgado: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065, com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, João Pessoa- PB.

Poderes: gerais e de cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Empresa Privada, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo a ação competente em que figure como o autor o outorgante e defendendo-o quando for o réu, ofendido, reclamado ou interessado, podendo conciliar, decidir, transigir, reclamar, fazer acordo, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar compromisso, prestar declarações, receber citação, receber alvarás, impetrar, mandados de segurança e habeas corpus, agravar regimentalmente, receber alvará, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se assim lhe convier, enfim, praticar, todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 22 de Fevereiro de 2017.

DIANA GUEDES ALVES DA SILVA



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802030-65.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos,etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das

lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Josivaldo Felix de Oliveira

Juiz(a) de Direito

Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0802030-65.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em de dez(10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00; correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 18 de janeiro de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpj.pj.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

1801121616597100000011814337



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802030-65.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos,etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das

lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Josivaldo Felix de Oliveira

Juiz(a) de Direito



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
1ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO N° 0802030-65.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos da notificação do perito.

Zimbra jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

perícia

De : 1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br> Sex, 18 de jan de 2019 11:12
Assunto : perícia
Para : antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos de nº0802030-65.2018.8.15.2001, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou

fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

1^a Vara Cível da Capital-Pb, 18 de janeiro de 2019.

ALEX OLINTO DOS SANTOS

Chefe de Cartório



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0802030-65.2018.8.15.2001
Classe: COMUM (7)
Assunto:
Polo ativo: AUTOR: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A [SEGURÓ]

CERTIDÃO

Certifico e dou fé fazer juntada, nesta data, da manifestação do perito.

JOÃO PESSOA, 30 de janeiro de 2019
SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR

João Pessoa, 25 de janeiro de 2019.

Ao Excelentíssimo Juiz da 1ª Vara Cível da Capital
Referente ao Processo nº 0802030-65.2018.8.15.2001

Assunto: Aceitação de encargo e designação de data de perícia

Senhor Juiz,

Venho através deste, comunicar a Vossa Excelência a aceitação de encargo, bem como os honorários profissionais arbitrados, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme convênio entre o Tribunal de Justiça da Paraíba e a Seguradora Líder, referente aos processos que tramitam nesta Unidade Judiciária, relacionados aos pedidos de indenização do seguro obrigatório DPVAT, com as mesmas características realizadas no Mutirão DPVAT pelo Tribunal de Justiça da Paraíba e as Seguradoras integrantes do Consórcio. Aproveito a oportunidade para solicitar que seja intimada a seguradora ao pagamento antecipado dos honorários periciais.

Por oportuno, solicito que sejam intimadas as partes que irem realizar as periciais solicitadas, a partir das 14:00 horas da tarde do dia 29/03/2019, na Policlínica das Praias, localizada na Avenida Ruy Carneiro, nº 166, Manaíra, munido de todos os atestados e exames complementares de que dispõe.

Dados do perito: Antonio Vituriano de Abreu, CRM 2279 – PB, CPF: 095.649.504-49, conta corrente no Banco do Brasil – Ag. 3396/ Conta Corrente – 118901-8.

Atenciosamente,


Dr. Antonio Vituriano de Abreu
Médico Ortopedista-Traumatologista

CRM: 2279

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado. Dou fé.

JOÃO PESSOA

1 de fevereiro de 2019

DIRSON BARBOSA JUNIOR

Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0802030-65.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em dez(10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00; correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 18 de janeiro de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS
Servidor

Vanda Carmem Antônio Wanderley
Gerente Operacional
8337/Sicurseg
3337/Sicursal João Pessoa - PB
Gerente Operacional
3337/Sicursal João Pessoa - PB
-31-1760-2012-07-05-177590-p/
Bradesco Auto Re Caixa de Seguros

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18011216165971000000011814337

Assinado eletronicamente por: ALEX OLINTO DOS SANTOS
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>


19011811104679500000018203631