



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	BRDESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12082711	12/01/2018 16:17	<a href="#">DOCUMENTOS</a>	Outros Documentos
12082713	12/01/2018 16:17	<a href="#">PAG ADMINISTRATIVO</a>	Outros Documentos
12082717	12/01/2018 16:17	<a href="#">PROCURACAO</a>	Outros Documentos
12112657	16/01/2018 16:01	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
18706870	18/01/2019 11:10	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
18706871	18/01/2019 11:10	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
18707001	18/01/2019 11:14	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
18917223	30/01/2019 14:25	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
18917290	30/01/2019 14:25	<a href="#">0802030-65.2018.8.15.2001</a>	Outros Documentos
18961222	04/02/2019 09:24	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
18961273	04/02/2019 09:24	<a href="#">Bradesco Seg Vanda Carmen 0802030652018</a>	Devolução de Mandado



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

3010911989

VITIMA Diana Guedes Alves da Silva

DATA DO ACIDENTE 11/09/2016 CPF DA VITIMA 083.585.024-27

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Deputado Soares Madruga

Nº 111 COMPLEMENTO Barro Tibiri. Municipios

CIDADE Santa Rita UF AB CEP 58303-355

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

Declaração de Proprietário

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

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

☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) SAMU

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

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

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- 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 6.494/74.
- 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, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/07/2017

IDENTIDADE 3246506

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil

5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil

6ª 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 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, comigo, Agente de Investigação 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, Nº 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) Fatos:**

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



JANE CLENY DE O. C. DANTAS  
Agente de Investigação

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 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
RUA DIÓGENES CHIANCA, 1777  
ÁGUA 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 às 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  
Estatístico  
CREP 00160210171

**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 MADRUGA, N.º III, TIBIRI, Cidade SANTA RITA, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

x 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 0623726651, 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  
PARAIBA, 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 GOMES ALVES DA SILVA, cujo o condutor era  
LUCAS ALVES.

Veículo: HONDA BROS 150

Modelo: NXR KS

Ano: 2011

Placa: DEX 2048 - PB

Chassi: 9C2KD0560BR107277

Data do Acidente: 11/09/2016

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



Assinatura do Declarante



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms  
LUCAS ALVES  
Em test. da verdade. Santa Rita-PB 20/06/2017 11:22:24  
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente  
[2017-002305]JEMOL:R\$ 89,23 FAREM:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,80  
SELO DIGITAL: AFD85493-00V4  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim Dantas  
Escrevente Autorizado

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	Matricula	Tipo Documento
11/09/2016	16:16		
Médico Atendente		Clínica	
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 ADMINISTRADORA 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 METACARPANOS: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO

REMESSA  
110735

**CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGICA DE JOÃO PESSOA LTDA**  
**MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA**

Nome: Diogo Vinicius Hipolito e Silva Registro: 38251778 CONVÊNIO: Hepid  
 Tipo de Cirurgia: Enfit de Janela Anestesiado: DR. Rafael Lou  
 1º Auxiliar: DR. Joub Tipo de Anestesia: Blog  
 Início:                      Término:                      Duração:                     

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.	Materiais	Cód.	Q.	Materiais (Fios)	Cód.	Q.
Adrenalina (amp)	1272		Nitrogênio (amp)	148772		Compressa cirurgica	26182	02	Fio de Algodão Agulhado 2-0	118367	
Água Destilada (amp) 10ML	14290	04	Oximetilazina 1% (Orastina)	121737		Compressa de gaze	133505	02	Fio de Algodão Agulhado 3-0	118338	
Água Destilada 300cm	14282		Pantocina 2mg	12155		Compressa de 2x1cm	91200	01	Fio de Algodão Agulhado 4-0	118066	
Amoxicilina (amp)	35181		Plavix 75mg	12151		Fio de Pêroxide 12	26805		Fio de Algodão SI Agulhado 0	25909	
Amoxicilina (amp)	11705		Quinolona	12142		Fio descartável	27910	05	Fio de Algodão SI Agulhado 2-0	25917	
Amoxicilina Metileno	16764		Propofol 1%	12140		Fio descartável	27910	05	Fio de Algodão SI Agulhado 3-0	25925	
Bupivacaina Composto (amp)	36161		Propofol 1% (amp)	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Cargul Cromado 2-0	25992	
Bupivacaina simples (amp)	36161		Propofol 1% (amp)	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Cargul Cromado 3-0	26000	
Bupivacaina 1200 UI	50452		Quedrol	12144		Fio descartável	27910	05	Fio Cargul Cromado 4-0	26028	
Bupivacaina Isobarica (Neoc)	48180		Ramipril 25 mg (amp)	12142		Fio descartável	27910	05	Fio Cargul Cromado 5-0	26018	
Bupivacaina Pseudo (Neoc)	48194		Soluto de Cloreto de Sódio 250ml	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Cargul Simplex 2-0	25344	
Cefazolin 1G (Keflin)	42071	01	Soluto de Cloreto de Sódio 500ml	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Cargul Simplex 3-0	25950	
Cefazolin 1G (Kefzol)	42071	01	Soluto de Cloreto de Sódio 1000 ml	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Cargul Simplex 4-0	25968	
Ceftriaxona 1G (Rocefin)	43400		Soluto de Cloreto de Sódio 500 ml	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Ethibond 0	85065	
Clorpromazina B (amp)	38450		Soluto de Cloreto de Sódio 250ml	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Ethibond 2-0	85071	
Clonazepam (amp) 4MG	39811		Soluto de Cloreto de Sódio 250 ml	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Ethibond 3-0	31879	
Diazepam (amp)	38075		Soluto de Cloreto de Sódio 400 ml	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Mononylon Nº 0	31968	
Doxetil (amp)	118477		Tiagabina 40mg (amp)	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Mononylon Nº 2	31976	
Dopamina (amp)	38098	02	Tiagabina 30mg (amp)	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Mononylon Nº 3	31984	
Dolasetron (amp)	39081		Flunitrazepam 100mg	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Mononylon Nº 4	31992	
Dormonid 3mg (amp)	40845		Flunitrazepam 80mg	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Mononylon Nº 5	32000	
Dormonid 15mg (amp)	40037		Clonazepam	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Monocryl Nº 0	32239	
Dexametasona 16 (amp) IM 2ml	40094		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Monocryl Nº 2-0	32241	
Dexametasona 16 (amp) IM 2ml	126122		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Monocryl Nº 4-0	32255	
Dexametasona 16 (amp) IM 2ml	119185		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Monocryl Nº 6-0	32271	
Efedrina	40142		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Prolene 0	32050	
Efedrina (amp)	40142		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Prolene 2-0	32069	
Felipran 50 mg (amp)	40263		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Prolene 3-0	146390	
Fenpropion 25 mg (amp)	40190		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 0	12320	
Finastina (amp) 2ML	139923		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 1	84964	
Fentani (amp) 5ML	145419		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 2-0	32239	
Fenacetil 20 mg/2ml	36722		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 4-0	32255	
Fenacetil 40 mg/2ml	36730		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 6-0	32271	
Genitronoma (amp) 80mg/2ml	37460		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 8-0	32287	
Genitronoma (amp) 40mg/ml	75094		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 10-0	32303	
Glicose 50% (amp)	48493		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 12-0	32319	
Glicose 25% (amp)	48581		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 14-0	32335	
Hidrocortisona 100 mg (amp)	36390		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 16-0	32351	
Hidrocortisona 500 mg (amp)	36412		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 18-0	32367	
Hivazone	125144		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 20-0	32383	
Insulina Regular	41602		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 22-0	32399	
Insulina NPH (frasco)	41531		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 24-0	32415	
Levobupivacaina 0.5% C/V (Novab)	134164	01	Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 26-0	32431	
Levobupivacaina 0.5% S/V (Novab)	134165		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 28-0	32447	
Lidocaina 2% C/Vaso 20ml	45233		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 30-0	32463	
Lidocaina 2% Geléia	45237		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 32-0	32479	
Lidocaina 2% S/Vaso 20ml	45250	01	Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 34-0	32495	
Lidocaina 2% SPRAY	45208		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 36-0	32511	
Mefenazepam 15mg/ml	40077		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 38-0	32527	
Mefenazepam 50mg/ml	40053	01	Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 40-0	32543	
Mefenazepam Comp	103950		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 42-0	32559	
Nauseon (amp) 4mg	149448	01	Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 44-0	32575	
	118504		Vitamina	12140		Fio descartável	27910	05	Fio Viciyl Nº 46-0	32591	





## 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

OSTEOSSINTESE 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

## FICHA DE ANESTESIA

Nome: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA Data: 11/07/16  
Idade: 26A Sexo: F M (1)  
Peso: ~ 60kg  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Convênio: Hap-Vida  
Diagnóstico: Prat. Externa do Heteropé (D)  
Cirurgia: Leot. Ex/Prat. Ex Anestesia: Isu. fúnd. de relax (F) Seme  
Cirurgião: Dr. RPAULI (RA) ASA: 1G

1530 - 1540

for c.r. = 20%  $\Rightarrow p = 0.2 = 20\%$  (D)

CARDIOSCÓPIO X	PRESSÃO NÃO INVASIVA X	CAPNOGRAFO X	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT: 97 98 98 98 100				
STCO				
PAC 20 20 25 25 25				

✓✓✓✓✓✓✓✓  
 11111111  
UCCP  
psu  
 Sp = 1000  
 pp = 1000

x e ux  
v 70% / 100%  
E-100 70%  
C-100 70%  
D-100 70%  
F-100 70%

DROGAS			EVENTO
9	Buprenorphine Patch 0.1mg/h		(1) Início da punção
10	E Dextropropriofenol (6)		
11	Lidocaina 2% + 1:100000		
12	Lidocaina 2% + 1:100000		
13	Jornal de enfermagem (SFS 6-1)		
14	Zaxel Dextropropriofenol (10 + 1:100000)		
15			
16			
17			
18			

PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entusãoção:	Oro	Naso	Sonda:
			Respiração:	Espon.	Assist.	Mecân.
			Absorvedor de:	Sem	Com	
			Posição:		Local da Punção:	
			Agulha:		Técnica:	
			Início:		Final:	
			Duração:			

Scanned with CamScanner

SEM ENKURVADO

Ass. Anestesiata - CR





Solicitacao de OPMEs

PAGINA = 0001 0001  
DATA = 16/09/16  
HORA = 10:26:40

PACIENTE

Nome do Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA  
Codigo Paciente: 61038000176002  
Plano: Individual ( ) Empresa ( X ) Qual Empresa: CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS  
Filial Prestador: JOAO PESSOA Empresa Custo Operacional ? Sim ( ) Nao ( X )  
Prestador Solicitante: CLIN ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332558919  
Medico Solicitante: RAFAEL LARA DE FREITAS Telefone: 8335069949

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Codigo AMB/CBHPM: 48020192 Senha: C17311682 Tipo Liberacao Procedimento: NORMAL  
Cirurgia ou procedimento: FRATURA DE FALANGES OU METACARPANOS. TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO  
Elegancia ( ) : Eletivo ( )  
Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Qt Autorizacao	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacao GNHAP	Dt Internacao
12092016	11/09/2016	12/09/2016	12/09/2016	
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador GNHAP	
CEP/GRUPO	VROSARIO	JMARCEL2	ALINEAV	
Qt Informacao Paciente			Qdt Dias	Situacao
12092016			2	LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO

USUARIO COM COBERTURA OPMEs

Codigo	Descricao	Tipic	Fornecedor	Qtd	VL DOU	VL Fornac	VL GNHAP	Tx Com	Autoriz	Tip	Lib
28500003	FIO DE KIRCHNER	ME	PRESTADOR	2	13.00	13.00	13.00	35.00	SM	NR	
99832695	ANCORA	ME	PRESTADOR		197.60	197.60			NAO		
99832720	PLACA EM L 2.7 INCLUI PARAFUSOS	S	PRESTADOR		131.36	131.36			NAO		
99832721	PLACA EM L 2.7 MM INCLUI PARAFUSO	S	PRESTADOR		131.36	131.36			NAO		
99832722	PLACA SEMI TUBULAR 2.7 INCLUI PARV	S	PRESTADOR		146.64	146.64			NAO		
99832785	PARAFUSO CANULADO 3.5 MM	S	PRESTADOR		116.02	116.02			NAO		
99832786	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESS	S	PRESTADOR		120.00	120.00			NAO		
99832792	PARAFUSO CANULADO MINI	S	PRESTADOR		257.29	257.29			NAO		
99832854	PARAFUSO CORTICAL 2.0 MM	S	PRESTADOR		15.34	15.34			NAO		
99832855	PARAFUSO CORTICAL 2.7 MM	S	PRESTADOR		16.94	16.94			NAO		
99832871	MINI FIXADOR EXTERNO	S	PRESTADOR		366.62	366.62			NAO		

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

OPMEs 57636001



## PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 11/09/2016 18:41:19

Nº Prescrição: 0010634147

Atendimento: 38251778

Prontuário: 13921744

Data: 11/09/2016

Hora: 16:40

Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJP

Letto: 1A-107/1

Peso: 70.00 kg

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

### HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL	21:00	12/09 - 00:00	12/09 - 03:00	12/09 - 06:00
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	19:00	
3. CEFAZOLINA SODICA (1.00g) (D1/1)	SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV
4. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV	22:00 12/09 - 06:00
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	18:00 12/09 - 00:00 12/09 - 06:00
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	SN
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	22:00 12/09 - 06:00
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						SN
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA						SN
10. PUNÇÃO C/ JELCO						SN
11. SINAIS VITAIS						
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						SN
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						SN
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						SN
15. COMPRESSÃO COM ÉTER						SN
Alta em: 12/09/2016						ALTA MELHORADO
Alta dada por: RAFAEL LARA DE FREITAS						

PP1531

YORDAN GOMES DE AMORIM

11/09/2016 18:47

192.85.4.103



## 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 1 ANDAR - HGJP    Leito: 1A-109/1    Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

### 2 - REALIZAR/REGISTRANDO

SINAIS VITAIS- TEMPERATURA	<del>19:00</del>	36.6 %	12/09 <del>01:00</del>	36.4 %	12/09 <del>07:00</del>	36.2 %
SSVV - PRESSÃO ARTERIAL	19:00	12/09 <del>01:00</del>	110X70	12/09 <del>07:00</del>	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 HVP 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 08:00	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: HAPVITA 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 FRATURA DE FALANGE DE MSD, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL, FO OCLUSIVA COM FIXADOR, DIETA VO, DIURESE ESPONTÂNEA, MEDICADA CPM, SONO E REPOUSO PRESERVADO, SEGUIE AOS 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.

MT: COLISÃO MOTO X CACHORRO

DT: 11/09/2016 10:40HS

TRAUMA NO JOELHO DIRIETO, MÃO E COTOVELO DIR

HPP: ATENDIDO EM VIA PUBLICA 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 CIRURGICO + EXAMES + ORIENTAÇÃO + PRESCRIÇÃO

SOLICITO

30722411 - TTO CIRURGICO 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.

Dra. Andrea H. Macrala  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.562-3/DF - 13208







## 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.

*Dr. Antônio H. Nogueira*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.582 TROP - 13746

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA  
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR DE: 2246506 SSOS PB  
 CPF: 083.585.024-27 DATA NASCIMENTO: 30/09/1989  
 FUNÇÃO: ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA GUEDES MARIA INEZ LUIZ DA SILVA GUEDES  
 PERMISSAO: ACC CATEG: AB  
 VALIDADE: 24/03/2019 1ª EXPIRACAO: 14/07/2010  
 Nº REGISTRO: 04984202546

VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 971763311

ASSINATURA DO PORTADOR: Diana Guedes Alves da Silva  
 DATA EMISSAO: 28/08/2014  
 LOCAL: JOAO PESSOA, PB  
 ASSINATURA DO EMISSOR: Rodrigo Carvalho  
 58908134014  
 PB028321197  
 DETRAN - PB (PARAIBA)

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 971763311

## 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.

EU DIANA GUEDES ALVES DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 04984202546 EXPEDIDO POR DETRAN - PB EM 28/08/14 ECPF 083585024-27 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou

E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (\*) 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](http://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 OP 013

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.

João 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](http://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>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.303-355</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: x Diana Guedes A. Silva



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

ENERGISA PARÁIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-610  
CNPJ 08.086.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.023

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIA MONOFÁSICO  
Roteiro: 12-8-872-2800  
Nº medidor: 0008057878

Referência: Jan / 2017  
Emissão: 18/01/2017

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000.872.7  
Código para Débito Automático: 00015388

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

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/153980-8**

Jan / 2017

Canal de contato

Apresentação

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

19/01/2017

83 98630.1130

Data prevista da próxima leitura

16/02/2017

CPE/CNPJ/RANI

Anterior Atual Constante Consumo Dias

44217170458

Data Leitura Data Leitura

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,34905	4,4
Consumo > 31 a 100 kWh-BR	47	0,25552	12,0
Subsídio			17,4
ICMS			12,0
PIS			0,9
COFINS			2,7
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			0,0
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			17,4
Devolução Subsídio			17,4

Histórico de Consumo (kWh)

Dez/16	78
Nov/16	68
Out/16	74
Set/16	83
Ago/16	88
Jul/16	84
Jun/16	62
Mai/16	60
Abr/16	41
Mar/16	65
Fev/16	92
Jan/16	105

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	48,99	25,00	12,25
PIS	48,99	1,0400	0,50
COFINS	48,99	4,7801	2,34

**VENCIMENTO TOTAL A PAGAR**  
**26/01/2017 R\$ 32,05**

Média dos últimos meses: 77

RESERVADO AO FISCO

3162.e29a.0756.ee60.5034.fec1.6cc6.8d74.

Indicadores de Qualidade

Composição do valor total da fatura

Limites da ANEEL	Aporado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,79	0,00
DIC TRIMESTRAL	11,59	
DIC ANUAL	23,18	
FIC MENSAL	3,55	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,10	
FIC ANUAL	14,20	
OMC	3,57	0,00
DICR	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)
Serviços de Dist. de Energia PB	8,28
Compra de Energia	7,21
Serviço de Transmissão	0,42
Encargos Setoriais	2,46
Impostos Diretos e Encargos	15,59
Outros Serviços	0,00
<b>Total</b>	<b>32,05</b>

Valor de R\$0,00 (Ref. 11/2016) R\$ 10,08

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Babá 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



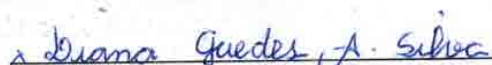
## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**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, n.º. 111, Tibiri, Santa Rita – PB.

**Outorgado:** DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o n.º 17.065, com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, n.º 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, intemem-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.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

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

18011216165971000000011814337





**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, intemem-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 Nº 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)?

---

1ª 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

---

<b>Número</b>	<b>do</b>	<b>Processo:</b>	<b>0802030-65.2018.8.15.2001</b>
<b>Classe:</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>COMUM</b>	<b>(7)</b>
<b>A s s u n t o :</b>			<b>[ S E G U R O ]</b>
<b>Polo ativo:</b>	<b>AUTOR: DIANA GUEDES</b>	<b>ALVES</b>	<b>DA SILVA</b>
<b>Polo passivo:</b>	<b>RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A</b>		

### **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, Manaira, 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 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.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

Vanda Carmen - Gerente Operacional  
Wanderley - Gerente Operacional  
8337/Sucursal João Pessoa - PB  
-31-Jan-2019 07:00:17590-1/1  
Bradesco  
Bradesco Auto Re Cia de Seguros